LIBRO DE RESÚMENES

XI Congreso Iberoamericano de Cirugía Pediátrica

XLIX Congreso Chileno de Cirugía Pediátrica

1 al 4 de septiembre del 2026
Hotel Sheraton, Santiago, Chile

Contenido

PF-D1.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES - PÓSTER D1.1 (AM) 22

P001) MANEJO DE TRAUMA PENETRANTE POR MÚLTIPLES HERIDAS DE ARMA BLANCA GUIADO POR ROTEM: REPORTE DE CASO. 22

P002) PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA REGLA PECARN EN EL TRAUMATISMO ABDOMINAL PEDIÁTRICO: ESTUDIO OBSERVACIONA RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO. 23

P003) PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL: A PROPOSITO DE UN CASOCLINICO EN EDAD PEDIATRICA 24

P004) PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR TRATADO MEDIANTE BYPASS AUTÓLOGO EN UN ADOLESCENTE. 25

P005) TRAUMATIC APPENDICITIS IN CHILDREN: CLINICAL AND SURGICAL FINDINGS FROM A THREE-CASE SERIES 25

P006) PERITONITIS GENERALIZADA POR PERFORACIÓN APENDICULAR POR ASCARIS LUMBRICOIDES EN LACTANTE MAYOR 26

P007) PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS APENDICECTOMÍAS NEGATIVAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SEIS AÑOS 27

P008) DESINVAGINACIÓN NEUMÁTICA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA EN INVAGINACIÓN INTESTINAL: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS. 28

P009) PÁNCREAS ECTÓPICO COMO PUNTO GUÍA PATOLÓGICO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL PEDIÁTRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE 36 CASOS PUBLICADOS. 29

P010) IMPACTO DEL CAMBIO DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO EN APENDICITIS COMPLICADA EN HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS 30

P011) UN CASO SIN CABEZA: INVAGINACIÓN INTESTINAL IDIOPÁTICA EN LA ADOLESCENCIA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. 31

P012) CUERPOS EXTRAÑOS INUSUALES EN CIRUGÍA ABDOMINAL PEDIÁTRICA 33

P013) SERIE DE CASOS CLÍNICOS DE TRAUMA ABDOMINAL 33

P014) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ASOCIADAS A STREPTOCOCCUS ANGINOSUS EN APENDICITIS PEDIÁTRICA COMPLICADA 34

P015) TRAUMATISMO PANCREÁTICO EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA 35

P016) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE URGENCIA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 36

P017) INVAGINACIÓN YEYUNOILEAL RETRÓGRADA CON ENTERITIS AGUDA ISQUÉMICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN LACTANTE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA RECIENTE 37

P018) PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LA PERITONITIS DIFUSA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: IMPLICANCIAS PARA EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO 38

P019) SEDOANALGESIA SEGURA EN URGENCIA PEDIÁTRICA: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA EL MANEJO DE LESIONES ACCIDENTALES 39

P020) MANEJO DE APENDICITIS AGUDA GANGRENOSA SIN ANTIBIÓTICOS POSTOPERATORIOS: REVISIÓN DE NUESTROS RESULTADOS 40

P021) CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN COMPLEJO ASISTENCIAL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, SANTIAGO, CHILE – ATENCIONES DE URGENCIAS ENTRE LOS AÑOS 2018 – 2025 41

P022) PERFIL MICROBIOLÓGICO Y PATRONES DE RESISTENCIA EN PERITONITIS APENDICULAR PEDIÁTRICA: UN LLAMADO A LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA) 42

P023) PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE REDUCCIÓN NEUMÁTICA EN INVAGINACIÓN INTESTINAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y COSTO-EFECTIVIDAD EN UN ENTORNO DE RECURSOS LIMITADOS 43

P024) VISIÓN CRÍTICA DE SEGURIDAD PARA COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA 44

P025) REPARO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA DE MORGAGNI 44

P026) PERFIL QUIRÚRGICO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, 2020-2026 45

P027) DESENLACES CLÍNICOS DE PACIENTES LLEVADOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON ALTA TEMPRANA. EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS EN BOGOTÁ D.C 45

P028) TORSIÓN VESICULAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO 46

P029) SANGRADO CENTINELA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FÍSTULA ARTERIOENTÉRICA TRAS HEPATICOYEYUNOSTOMÍA POR QUISTE DE COLÉDOCO: REPORTE DE CASO 47

P030) QUISTE HIDATIDICO MUSCULAR, TODO UN DESAFÍO 48

P031) RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE MEMBRANA DUODENAL INCOMPLETA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE PREESCOLAR CON SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE UN CASO 49

P032) ABORDAJE DE TUMORES DE CABEZA DE PÁNCREAS EVITANDO DUODENOPANCREATECTOMÍA 50

P033) TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO METASTÁSICO EN PEDIATRÍA: TRASPLANTE HEPÁTICO COMO ESTRATEGIA CURATIVA 51
P034) COLEDOCOLITIASIS PERSISTENTE ASINTOMÁTICA EN LA INFANCIA. REPORTE DE CASO. 52
P035) DRENAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO AUTÓCTONO EN UN PREESCOLAR SÉPTICO. INFORME DE UN CASO EN CHILE. 53
P036) SERIE DE CUATRO CASOS DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS INTRAABDOMINALES EN PEDIATRÍA: HETEROGENEIDAD CLÍNICA Y DESAFÍOS EN EL MANEJO 54
P037) EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE DE COLÉDOCO EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – BREÑA, DURANTE EL PERIODO 2015 AL 2021. 55
P038) INVAGINACION INTESTINAL ILEO COLICA POR DIVERTICULO DE MECKEL, PRESENTACIÓN DE UN CASO. 55
P039) ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN PEDIATRÍA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ECUADOR. 56
P040) PRESERVACIÓN ESPLÉNICA EN MANEJO DE QUISTES ESPLÉNICOS GIGANTES, UNA ENTIDAD INUSUAL EN PEDIATRÍA 57
P041) CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL QUISTE DE COLÉDOCO TIPO I PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA INICIAL Y EVOLUCIÓN TÉCNICA EN ECUADOR 58
P042) RESOLUCIÓN DE NEUMONÍA COMPLICADA REFRACTARIA A MANEJO MÉDICO CON DECORTICACIÓN Y APLICACIÓN DE FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS. REVISIÓN DE UN CASO 59
P043) NEUMONÍA COMPLICADA CON DESENLACES CLÍNICOS VARIABLES: SERIE DE TRES CASOS 60
CGE-D1.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D1.1 61
O001) FACTORES CLÍNICOS PREOPERATORIOS ASOCIADOS A RESECCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INVAGINACIÓN INTESTINAL 61
O002) FACTORES ASOCIADOS A FALLA DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN COLECCIONES RESIDUALES INTRAABDOMINALES POSTAPENDICECTOMÍA 62
O003) ESTANDARIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA CERVICAL EN PEDIATRÍA: REDUCCIÓN DEL ERROR DIAGNÓSTICO ENTRE QUISTE TIROGLOSO Y DERMOIDE MEDIANTE EL ÍNDICE SIST. 63
O004) CARCINOMA SUPRARRENAL PEDIÁTRICO: UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO BRASILEÑO 64
O005) ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL RABDOMIOSARCOMA UTEROVAGINAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES 65

O006) TUMOR BENIGNO, CIRUGÍA COMPLEJA: 10 AÑOS DE MANEJO QUIRÚRGICO DEL GANGLIONEUROMA PEDIÁTRICO EN UN CENTRO 66
O007) EFECTOS DEL USO DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA DE TUMORES HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS 67
PL01) COMPUTED TOMOGRAPHY IN PEDIATRIC APPENDICITIS: IS ROUTINE USE NECESSARY? 68
PL02) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 69
PL03) FIBRINOLÍTICOS INTRAPLEURALES FRENTE AL ABORDAJE QUIRÚRGICO INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PLEURAL EN NIÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS 70
PL04) USO DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROBLASTOMA EN PACIENTES DE 0 A 12 AÑOS, EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM, ENTRE ENERO DE 2019 A DICIEMBRE DE 2024¨ 71
CN-D1.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA NEONATAL D1.1 72
O008) LA REALIDAD DE LA CIRUGÍA NEONATAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PERSPECTIVA Y OPINIÓN DEL CIRUJANO PEDIÁTRICO 72
O009) CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y ROBÓTICA PEDIÁTRICA EN IBEROAMÉRICA: ¿DÓNDE ESTAMOS HOY? - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTICÉNTRICA 73
O010) OCLUSIÓN TRAQUEAL FETOSCÓPICA EN FETOS CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA IZQUIERDA 74
V01) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: RECONOCIMIENTO Y MANEJO DE UNA COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA 75
PL05) PERFORACIÓN RECTAL PRENATAL ENTIDAD INUSUAL CON SIGNOS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS 76
PL06) LAPAROSCOPIC CHOLANGIOGRAPHY COMBINED WITH LIVER BIOPSY FOR THE EVALUATION OF NEONATAL CHOLESTASIS: A THREE-CASE SERIES 77
PL07) FETAL MANAGEMENT OF CERVICAL LYMPHANGIOMA USING INTRAUTERINE SCLEROTHERAPY AND EXIT PROCEDURE 78
PL08) “FETI” PROCEDURE TO SECURE INTRAPARTUM AIRWAY - CASE REPORT OF FETAL GOITER CAUSED BY IATROGENIC IODINE SUPPLEMENTATION 79
PL09) TENDENCIA TEMPORAL Y DISPARIDADES REGIONALES DE LA GASTROSQUISIS EN BRASIL (2020 A 2024): ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL 79
PL10) IS THORACOSCOPIC REPAIR SUPERIOR TO OPEN REPAIR FOR NEONATAL CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA? 80

PL11) EMBOLIA POR DIÓXIDO DE CARBONO (CO2) DURANTE LAPAROSCOPÍA NEONATAL: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE ASOCIADA AL NEUMOPERITONEO .. 81

CGE-D1.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D1.2 (ORAL-VIDEO-PÓSTER) 82

O011) ESTUDIO PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE INSUFLACIÓN VALVELESS CON RECIRCULACIÓN DE CO2 SOBRE LA VENTILACIÓN INTRAOPERATORIA Y EL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA ROBÓTICA PEDIÁTRICA 82

O012) DOSIS ULTRA-BAJAS E INTERVALOS CORTOS DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA PEDIÁTRICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO..... 83

O013) RESECCIÓN DE QUISTE DE COLÉDOCO CON ROBOT DA VINCI Y HEPATODUODENOANASTOMOSIS. PRIMERA SERIE EN LATINOAMÉRICA 84

O014) ALTA PREVALENCIA DE COLECISTITIS CRÓNICA EN 110 COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS PEDIÁTRICAS CONSECUTIVAS EN UN ÁREA DE ALTO RIESGO ONCOLÓGICO. 85

O015) HEPATITIS LITIÁSICA EN PEDIATRÍA: LA TRANSAMINASAS COMO SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS..... 86

O016) MANEJO SECUENCIAL CON CPRE Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN COLEDOCOLITIASIS PEDIÁTRICA COMPLICADA CON PANCREATITIS BILIAR..... 87

PL12) EXPERIENCIA INSTITUCIONAL CON DERIVACIÓN MESO-REX EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL EXTRAHEPÁTICA 88

PF-D1.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES - PÓSTER D1.2 (PM) 89

P044) TRAUMA PANCREÁTICO PEDIÁTRICO POR ACCIDENTE EN BICICLETA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE MANEJO TERAPÉUTICO..... 89

P045) LESION INTESTINAL POR TRAUMA CONTUSO EN LA EDAD PEDIATRICA 90

P046) HERNIA TRAUMATICA PARED ABDOMINAL: OPERAR O ESPERAR? 90

P047) AUTO-INVAGINACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL CON EXTENSIÓN ÍLEO-CÓLICA 91

P048) NEUMOPERITONEO COMO ÚNICA PISTA: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UNA PERFORACIÓN INTESTINAL ATÍPICA. REPORTE DE CASO CLÍNICO. 92

P049) TRAUMA PENETRANTE POR ARMA BLANCA EN ADOLESCENTES: SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS QUIRÚRGICOS ANTE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA 93

P050) MANEJO QUIRÚRGICO DEL FIBROSARCOMA EPITELIOIDE ESCLEROSANTE PEDIÁTRICO DE PARED TORÁCICA: ENTIDAD RARA Y AGRESIVA 94

P051) TIMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN PREESCOLAR CON TIMOMA Y MIASTENIA GRAVIS: UNA ESTRATEGIA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA PRESERVAR LOS PRINCIPIOS ONCOLÓGICOS..... 96

P052) SARCOMA DE EWING RENAL Y DEL URÉTER: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS EN LA FUNDACIÓN HOMI - CENTRO DE REFERENCIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA 96

P053) TORSIÓN DE QUISTE OVÁRICO CON AMPUTACIÓN PARCIAL DEL OVARIO EN PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO DE UNA PRESENTACIÓN INUSUAL 98

P054) PANCREATECTOMÍA CENTRAL CON PANCREATO YEYUNO ANASTOMOSIS DE CABEZA Y COLA DE PÁNCREAS CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX PARA UN TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS: REPORTE DE CASO. 98

P055) MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE OVÁRICO COMPLEJO CON DIAGNÓSTICO PRENATAL: REPORTE DE DOS CASOS 99

P056) INVAGINACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN CON COMPROMISO INTESTINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO 100

P057) ABSCESO ISQUIORRECTAL Y FISTULAS COLOGÁSTRICA Y COLOYEYUNAL SECUNDARIAS A COLITIS POR DERIVACIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPUNG Y SEGMENTO DE COLON ABANDONADO POR 14 AÑOS. 101

P058) QUISTE ONFALOMESENTERICO EN PACIENTE PEDIATRICO INTERNADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA 102

P059) PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO 103

P060) INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA EN ADOLESCENTES: ¿TOMOGRAFÍA, REDUCCIÓN RADIOLÓGICA O CIRUGÍA? CASO CLÍNICO Y REVISIÓN ESTRUCTURADA DE LA LITERATURA 105

P061) FÍSTULA RECTOVAGINAL EN UNA NIÑA: UN RETO DIAGNÓSTICO EN MALFORMACIONES ANORRECTALES 106

P062) DUPLICACIÓN TOTAL DE COLON: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA 106

P063) COLECTOMÍA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA CON RESERVORIO ILEAL EN J Y ANASTOMOSIS ÍLEO-RECTAL: UNA ALTERNATIVA PARA LA PRESERVACIÓN FUNCIONAL Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN ADOLESCENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR 107

P064) LA FIBRA NO SIEMPRE MEJORA EL TRÁNSITO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR REMANENTE DEL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO 108

P065) CUANDO EL APÉNDICE TIENE UN PROPÓSITO: EXTRACCIÓN TRANSAPENDICULAR DE CUERPOS EXTRAÑOS RETENIDOS EN CIEGO. 109

P066) MEGACOLON TÓXICO SECUNDARIO A CONSTIPACIÓN CRÓNICA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS 110

P067) VÓLVULO SIGMOIDES EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON MANEJO ENDOSCÓPICO: REPORTE DE UN CASO INFRECUENTE 111

P068) FÍSTULAS ENTEROENTÉRICAS MÚLTIPLES SECUNDARIA A INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS NO MAGNÉTICOS. REPORTE DE CASO. 111

P069) ACALASIA ESOFÁGICA PEDIÁTRICA DE INICIO TEMPRANO ASOCIADA A SÍNDROME DE ALLGROVE INCOMPLETO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO 112
P070) ENFERMEDAD DE JODHPUR: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE SEIS CASOS 113
P071) VIABILIDAD EN LA CONSERVACIÓN DEL ESÓFAGO NATIVO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA TIPO I 114
P072) CORRECCIÓN TARDÍA DE ATRESIA ESOFÁGICA LONG-GAP CON INTERPOSICIÓN DE TUBO GÁSTRICO INVERTIDO 115
P073) DIVERTÍCULO ESOFÁGICO CONGÉNITO. UNA ENTIDAD MUY POCO FRECUENTE 116
P074) TRICOBEZOAR, CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCION INTESTINAL 117
P075) PERFORACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A INGESTA DE CEMENTO 118
P076) MEMBRANA ANTRAL CONGÉNITA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN DE LA SALIDA GÁSTRICA EN ESCOLAR CON VÓMITO CRÓNICO: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA ENTIDAD RARA 119
P077) SALVAMENTO EXITOSO DE UN COLON TRANSPUESTO TRAS 10 AÑOS DE ESTENOSIS: CUANDO LA PRESERVACIÓN AÚN ES POSIBLE 120
P078) RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO AUTÓLOGO DE CARTÍLAGO COSTAL EN ESTENOSIS SUBGLÓTICA CONGÉNITA GRADO III: PRIMER CASO REPORTADO EN BOLIVIA. 121
P079) DESENREDANDO LA CABEZA Y LOS INTESTINOS TRICOBEZOAR Y SÍNDROME DE RAPUNZEL 122
P080) BRONCOTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO Y EXTRATEGIA QUIRÚRGICA 123
P081) BRONCOTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA 124
P082) REFUERZO BRONQUIAL CON PARCHE DE PERICARDIO: INNOVACIÓN RECONSTRUCTIVA EN CIRUGÍA TORÁCICA PEDIÁTRICA 125
P083) TRICOBEZOAR GÁSTRICO PEDIÁTRICO: COMPARACIÓN ENTRE ABORDAJE VIDEOASISTIDO HÍBRIDO Y CIRUGÍA ABIERTA. HACIA CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA 126
CN-D1.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA NEONATAL D1.2 127
O017) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA GASTROSQUISIS Y EL ONFALOCELE: UNA UMBRELLA REVIEW CON METAANÁLISIS DE MÁS DE 58.000 NEONATOS 127
O018) EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PREDICTORES DE NECESIDAD DE SILO EN PACIENTES CON GASTROSQUISIS SIMPLE. 128

PL13) PERITONITIS MECONIAL QUÍSTICA ASOCIADA A ATRESIA YEYUNAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN REPORTE DE CASO 129

O019) DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ESTENOSIS INTESTINAL POSTERIOR A ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO TRAS EL MANEJO CONSERVADOR 130

PL14) PRESERVACIÓN DE MALLA PROTÉSICA MEDIANTE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN UN ONFALOCELE GIGANTE NEONATAL: REPORTE DE UN CASO 130

PL15) FACTORES PREDICTIVOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y MORTALIDAD EN LA ENTEROCOLITIS NECROSANTE NEONATAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA 131

PL16) UNA VISIÓN DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ESTENOSIS HIPERTROFICA CONGENITA DEL PILORO DURANTE EL PERIODO 2021 A 2024 EN CHILE 132

CU-D1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA UROLÓGICA D1 (ORAL-VIDEO-PÓSTER) 133

O021) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE OPERATIVO: ANÁLISIS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN-DINDO EN EL PROGRAMA 133

O022) RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE LA FIMOSIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. 134

O023) AVANCE MEATAL SIN URETROPLASTÍA PARA LA CORRECCIÓN DEL HIPOSPADIAS GLANDULAR Y CORONAL: UNA SIMPLIFICACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA. 135

O024) PRIAPISMO ISQUÉMICO IDIOPÁTICO REFRACTARIO EN UN ADOLESCENTE: DESAFÍOS EN EL MANEJO DE UNA URGENCIA UROLÓGICA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA 136

V02) INJERTO DE DIVERTÍCULO URETRAL: ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA EL MANEJO DEL DIVERTÍCULO URETRAL SECUNDARIO EN HIPOSPADIAS PROXIMAL OPERADA 137

PL17) ADHESIVO TISULAR/CIANOACRILATO FRENTE A SUTURA CONVENCIONAL EN LA CIRCUNCISIÓN PEDIÁTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS COMPARATIVOS 138

PL18) USO DE PINZA BIPOLAR EN CIRCUNCISIÓN PEDIÁTRICA: PATRONES DE PRÁCTICA ENTRE URÓLOGOS PEDIÁTRICOS 139

PL19) EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN HIPOSPADIAS EN UN CENTRO TERCIARIO ENTRE 2018 Y 2024: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS. 140

PL20) CUERPO EXTRAÑO EN URETRA EN ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO. 141

O025) ORQUIDOPEXIA VIDEOASISTIDA (OVA): UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA PARA EL TRATAMIENTO DEL TESTÍCULO NO DESCENDIDO PALPABLE DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN 142

O026) HERNIA INGUINAL ENCARCELADA EN PEDIATRÍA: ¿ESTAMOS VIENDO MÁS CASOS QUE ANTES? ANÁLISIS DE MÁS DE UNA DÉCADA EN UN CENTRO DE REFERENCIA. 143

O027) DISPLASIA QUÍSTICA DE LA RETE TESTIS: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE DE TUMOR TESTICULAR EN PEDIATRÍA 143

O028) POLIORQUIDISMO INGUINAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO 144

PL21) SOBREDIAGNÓSTICO Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL TESTÍCULO NO DESCENDIDO CONGÉNITO: TRAZABILIDAD DEL FLUJO CLÍNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. 146

PL22) INFLUENCIA DE LA PUNTUACIÓN TWIST EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE TORSIÓN TESTICULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 146

O074) EFICACIA Y SEGURIDAD DE MIRABEGRÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO 147

O075) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL CON POLIDIMETILSILOXANO - 10 AÑOS DE EXPERIENCIA 148

O095) PIELOPLASTIA ROBÓTICA PEDIÁTRICA: CURVA DE APRENDIZAJE, REPRODUCIBILIDAD E INFLUENCIA DE LA EDAD 149

O096) ¿ES LA ROBÓTICA MÁS REPRODUCIBLE QUE LA ENDOUROLOGÍA? ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CURVAS DE APRENDIZAJE EN LA ESTENOSIS PIELOURETERAL PEDIÁTRICA. 150

GGE-D2.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D2.1 152

O030) EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL CON DISPOSITIVOS HÍBRIDOS PICC-PORT EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADOLESCENTES: UNA SERIE DE CASOS DE 10 PACIENTES 152

O031) ASOCIACIÓN ENTRE LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EN LOBECTOMÍAS POR TUMORES PULMONARES Y MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ENTRE 2014 Y 2025. 153

O032) COLOCACIÓN ECOGUIADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA. 154

O033) DILATACIÓN ENDOSCÓPICA RÍGIDA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN ESTENOSIS SUBGLÓTICA POSTINTUBACIÓN: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL. 155

O034) EVOLUCIÓN CLÍNICA E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA AISLADA: EXPERIENCIA EN 7 AÑOS. . 156

O035) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA RECURRENTE Y ADQUIRIDA: 23 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA. 157

PL23) GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS PEDIÁTRICAS: RESULTADOS DE 10 AÑOS DE PROCEDIMIENTOS EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE 158

CP-D2.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D2.1 159

O036) IMPLEMENTACIÓN DE FLUJO DE TRABAJO DIGITAL MEDIANTE MÁSCARAS COMPRESIVAS 3D EN LA REHABILITACIÓN KINÉSICA DE CICATRICES E INJERTOS FACIALES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS..... 159

O037) COLGAJO DE MUSTARDÉ COMO ESTRATEGIA RECONSTRUCTIVA EN SECUELA FIBROADIPOSA FACIAL DE UN HEMANGIOMA DE LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO 159

O038) MALFORMACIÓN LINFÁTICA CERVICOFACIAL GIGANTE DE CRECIMIENTO ACELERADO: CUÁNDO ABANDONAR LA ESCLEROTERAPIA Y OPTAR POR CIRUGÍA RADICAL CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA. 160

O039) ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN UNA PRESENTACIÓN FULMINANTE 161

O040) EFICACIA DE LA ANESTÉSIA TÓPICA (GEL LAT) EN LA SUTURA DE HERIDAS FACIALES PEDIÁTRICAS: ADIÓS A LA AGUJA. 162

O041) EXPERIENCIA INICIAL CON DISPOSITIVO DE MANEJO FECAL EN GRANDES QUEMADOS PEDIÁTRICOS 163

O042) TRAUMA DEL PABELLÓN AURICULAR EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA CLÍNICA Y ALGORITMO DE TRATAMIENTO. 164

PF-D2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES - PÓSTER D2 (AM) (PANTALLAS 1 Y 2: C. GENERAL Y ESPECIALIDADES; PANTALLA 3: C. NEONATAL; PANTALLA 4: C. PLÁSTICA Y QUEMADOS) 166

P084) TUMOR DESMOIDE FACIAL PEDIÁTRICO EN REGIÓN CIGOMÁTICA: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL 166

P085) HAMARTOMA HEPÁTICO MESENQUIMAL GIGANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PLANEACIÓN QUIRÚRGICA CON MODELO 3D 167

P086) INHIBICIÓN TEMPRANA DE LA VÍA MTOR CON SIROLIMUS: CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER COMPLICADO. 168

P087) TUMORES MALIGNOS DE MAMA EN PACIENTES INFANTOJUVENILES 168

P088) ABORDAJE ROBÓTICA DE PARAGANGLIOMA EN ÓRGANO DE ZUCKERKANDL TRAS ADRENALECTOMÍA BILATERAL POR FEOCROMOCITOMA EN LA INFANCIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO 169

P089) LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: UNA TRAMPA DIAGNÓSTICA POTENCIALMENTE LETAL 170

P090) SARCOMA SINOVIAL PULMONAR: NO TODO NÓDULO ES BENIGNO 171

P091) QUISTES DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS 172

P092) LIPOBLASTOMA PERIANAL NEONATAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO 173

P093) ADENOCARCINOMA DE COLON EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: REPORTE DE TRES CASOS CLÍNICOS 174

P094) TUMOR DESMOIDE GIGANTE ROTO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL CERRADO, REPORTE DE UN CASO. 175

P095) MASA QUÍSTICA MEDIASTINAL PRENATAL: EL RETO DIAGNÓSTICO DE UN QUISTE NEUROENTÉRICO 175

P096) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LACTOBEZOAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FIBROSIS QUÍSTICA EN UN LACTANTE MENOR: REPORTE DE CASO. 177

P097) CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES DE CORDÓN UMBILICAL Y PLACENTA HUMANO PARA REGENERAR TRAQUEA EN MODELO MURINO 178

P098) ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA NANEAS EN EL VALLE DEL ACONCAGUA 179

P099) MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN EL VALLE DEL ACONCAGUA 180

P100) EXPERIENCIA Y DESENLACES CON REEMPLAZO DE ESÓFAGO POR LA TÉCNICA SCHARLI MODIFICADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. RESULTADOS A CORTO PLAZO DE UNA TÉCNICA NOVEDOSA 181

P101) SEGURIDAD DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCIARIO IBEROAMERICANO ... 182

P102) MANEJO ACTUAL DE LA SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA: EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL 182

P103) NECROSIS GÁSTRICA EN PREESCOLAR. REPORTE DE UN CASO 183

P104) ATRESIA ESOFAGICA TIPO II DE GRAN BRECHA: DESAFÍOS EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA 184

P105) FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA RECURRENTE EN PREMATURO CON CARDIOPATÍA COMPLEJA 185

P106) EXPERIENCIA DE PACIENTES CON ESTENOSIS SUBGLÓTICAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL PERIODO DEL 2015 AL 2020 186

P107) CUANDO LA INVAGINACIÓN INTESTINAL OCULTA EL DIAGNÓSTICO FINAL: SÍNDROME DE WAUGH EN UN LACTANTE DE 7 MESES 187

P108) TOXINA BOTULÍNICA EN DEFECTO DE PARED ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 188

P109) APÉNDICE CECAL COMO CONTENIDO DE UN ONFALOCELE PEQUEÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO 188

P110) TOXINA BOTULÍNICA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN GASTROSQUISIS NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. 190

P111) ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO EN PACIENTE GASTROSTOMIZADO: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO DE UNA PATOLOGÍA COMÚN, A PROPÓSITO DE UN CASO 191

P112) HERNIA INTERNA TRANSMESENTÉRICA CONGÉNITA ENMASCARADA POR SEPSIS NEONATAL: REPORTE DE CASO 191

P113) CASO INTERESANTE DE INVAGINACIÓN INTESTINAL CON ATRESIA YEYUNO-ILEAL EN UN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO 192

P114) UN GRAN RETO, UNA PEQUEÑA ENTRADA: ROMPIENDO LA BARRERA DEL PESO EN LA CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA PARA OBSTRUCCIÓN DUODENAL. REPORTE DE CASO 193

P115) HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFIO DIAGNÓSTICO 194

P116) NEUMOPERITONEO NEONATAL: MÁS ALLÁ DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE 196

P117) MÁS ALLÁ DE LA TORSIÓN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESCROTO AGUDO NEONATAL EN UN CASO DE PERIORQUITIS MECONIAL CON HERNIA INCARCERADA 196

P118) SÍNDROME DE BLUEBERRY MUFFIN COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA GRAVE: UN RETO DIAGNÓSTICO NEONATAL 197

P119) REPARACIÓN PRIMARIA NEONATAL DEL ONFALOCELE GIGANTE MEDIANTE TERAPIA VAC Y TOXINA BOTULÍNICA: SERIE DE TRES CASOS 198

P120) USO DE PELNAC, NUEVA MATRIZ DÉRMICA, PARA COBERTURA CUTÁNEA EN HEK DE ANTEBRAZO 199

P121) MULTIPLE MILIARY OSTEOMA CUTIS OF THE FACE FOLLOWING A DOG BITE INJURY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW 200

P122) FASCITIS NECROTIZANTE MULTIFOCAL PEDIÁTRICA: DESAFÍO DE MANEJO AGUDO, RECONSTRUCTIVO DE SECUELAS Y TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO.343 201

P123) MANEJO ESTÉTICO DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA FRONTAL MEDIANTE LIPOFILLING SERIADA: REPORTE DE UN CASO BASADO EN EVIDENCIA. 202

P124) NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO DE LA REGIÓN FRONTAL EN PEDIATRÍA: RECONSTRUCCIÓN ESTÉTICA POR ETAPAS CON EXPANSIÓN TISULAR. REPORTE DE UN CASO. 203

P125) MANEJO RECONSTRUCTIVO ESCALONADO DE AVULSIÓN FACIAL EXTENSA POR MORDEDURA CANINA. REPORTE DE CASO. 204

P126) COMPLICACIONES EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMA VERRUCOSO Y USO DE SIROLIMUS. ¿PODRÍA EL ADYUVANTE SER LA CAUSA DE LAS COMPLICACIONES? PRESENTACIÓN DE 1 CASO. 205

P127) NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: EL ROL DEL CIRUJANO EN LA PATOLOGÍA CUTÁNEA GRAVE, UNA SERIE DE CASOS 206

CGE-D2.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D2.2 206

O043) USO DE LA TERMOGRAFÍA INFRARROJA EN LA EVALUACIÓN PRIMARIA DE TUMORES ÓSEOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO. 206
O044) MANEJO DE LESIONES QUÍSTICAS OVÁRICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE: ENCUESTA INTERNACIONAL 208
O045) EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO SIOP-RTSG UMBRELLA 2016 EN TUMORES RENALES NO-WILMS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN SANTIAGO DE CHILE 209
O046) CINÉTICA DE DESCENSO DE AFP Y DESENLACE EN HEPATOBLASTOMA PRETEXT III/IV OPERADO. 210
O047) CONCORDANCIA DE IMÁGENES Y HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS EN TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS EN PEDIATRÍA 211
O048) SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS EN PEDIATRÍA 211
PL24) PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN ONCOPEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA PÚBLICO PIONERO DE CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO OVÁRICO. PERSPECTIVA DESDE LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA 212
CP-D2.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D2.2 214
O049) ANÁLISIS DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO GES 55 GRAN QUEMADO: COMPARACIÓN ENTRE EL SISTEMA GRD Y LAS CANASTAS GES ESTRATIFICADAS POR GRAVEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 214
O050) RECONSTRUCCIÓN DE QUEMADURA PROFUNDA PALMAR BILATERAL EN UN LACTANTE BASADA EN SUBUNIDADES ESTÉTICO-FUNCIONALES, RESTAURACIÓN DE PLIEGUES PALMARES E INJERTOS COMBINADOS: HACIA UN NUEVO CONCEPTO RECONSTRUCTIVO 215
O051) MUCORMICOSIS EN PACIENTES GRANDES QUEMADOS PEDIÁTRICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. 216
V04) TECNOLOGÍA LASER EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA 216
GGV-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D3.1 (VIDEO) 217
V05) EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE DE COLÉDOCO 217
V06) PORTOENTEROSTOMÍA DE KASAI LAPAROSCÓPICA: DEMOSTRACIÓN TÉCNICA PASO A PASO DE UN PROCEDIMIENTO POCO DIFUNDIDO EN LATINOAMÉRICA 218
V07) SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS COMO CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UNA ADOLESCENTE SIN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO: REPORTE DE CASO 219
V08) SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR SUPRA E INFRADIAFRAGMÁTICO: REPORTE DE UN CASO CON RESECCIÓN COMBINADA TORACOSCÓPICA Y LAPAROSCÓPICA 220

V09) EDUCACIÓN MÉDICA Y USO DE TECNOLOGÍA DE ÚLTIMA GENERACIÓN PARA LA GRABACIÓN Y TRANSMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. 221
V10) MANEJO DE EMPIEMA Y PERFORACIÓN PULMONAR POR VIDEO TORACOSCOPIA SECUNDARIO A BRONCOASPIRACIÓN INADVERTIDA DE ESPIGA VEGETAL..... 222
V11) ABORDAJE NEUMOVAGINAL DE MALFORMACIONES MÜLLERIANAS 223
CGE-D3) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D3 224
O052) CRIOANALGESIA TORACOSCÓPICA COMO ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA DE PECTUS EXCAVATUM 224
O053) DESARROLLO DE UNA CURRÍCULA DE ENTRENAMIENTO ROBÓTICO PEDIÁTRICO MEDIANTE EL SIMULADOR MT-BOX 225
O054) FACTORES PREDICTORES DE CIRUGÍA TORÁCICA EN NIÑOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PEDIÁTRICO DE REFERENCIA 226
O055) INNOVACIÓN EN CRIOANALGESÍA: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS SIMULADOS PARA PROCEDIMIENTOS TORACOSCÓPICOS Y PERCUTÁNEOS 227
O056) EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO EN EL USO DE CRIOABLACIÓN INTRAOPERATORIA EN PACIENTES OPERADOS DE PECTUS EXCAVATUM 228
O057) ASOCIACIÓN ENTRE MALFORMACIONES DE PARED TORÁCICA ANTERIOR Y ESCOLIOSIS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS ENTRE 2022 Y 2025..... 229
O058) TIMECTOMÍA TORACOSCÓPICA BILATERAL EN MIASTENIA GRAVIS: ANÁLISIS DE 60 CASOS PEDIÁTRICOS A LO LARGO DE 15 AÑOS..... 230
O059) TRATAMIENTO DE EMPIEMA PLEURAL PEDIÁTRICO CON DRENAJE PLEURAL Y FIBRINOLÍTICO INTRAPLEURAL: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO TERCIARIO 231
O060) MEDICIÓN INTRAOPERATORIA DE LA RIGIDEZ TORÁCICA EN LA CORRECCIÓN DE PECTUS EXCAVATUM. IMPLICACIONES CLÍNICAS 232
O061) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 233
PF-D3) SESIÓN TRABAJOS LIBRES - PÓSTER D3 (AM) (PANTALLAS 1 Y 2: C. GENERAL Y ESPECIALIDADES; PANTALLA 3: C. NEONATAL, PANTALLA 4: C. PLÁSTICA Y QUEMADOS) 234
P128) CLUB DE RESIDENTES IBEROAMERICANOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA: RESULTADOS INICIALES DE UNA INICIATIVA DE EDUCACIÓN COLABORATIVA INTERNACIONAL..... 234
P129) UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA VIDEOTORACOSCOPIA EN NIÑOS CON SOSPECHA DE PLEURESIA TUBERCULOSA 235

P130) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS SIMULADOS PARA MALFORMACIONES DE LA PARED TORÁCICA (PECTUS EXCAVATUM) 236

P131) APROXIMACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA FUERZA LABORAL QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA EN IBEROAMÉRICA 237

P132) MÁS ALLÁ DEL PERÍODO NEONATAL: HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA COMO RETO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO 238

P133) USO DE CRIOANALGESIA COMO PARTE DEL PROTOCOLO RECUPERACIÓN ACELERADA (ERAS)DESPUÉS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL PECTUS EXCAVATUM 239

P134) DESAFIANDO EL DOLOR POSTOPERATORIO EN PECTUS EXCAVATUM: PRIMERA SERIE INSTITUCIONAL DE CRIOANALGESIA INTERCOSTAL. 240

P135) MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA TIPO 1 EN ADOLESCENTE 241

P136) DENERVACIÓN SIMPÁTICA CARDÍACA IZQUIERDA VIDEOTORACOSCÓPICA EN EL SÍNDROME DE QT LARGO REFRACTARIO NEONATAL 242

P137) MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULAS BRONCOPLEURALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS BAJO SOPORTE ECMO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA 243

P138) MALFORMACIÓN LINFÁTICA DEL MEDIASTINO ANTERIOR EN UN RECIÉN NACIDO: ESCLEROTERAPIA COMO ALTERNATIVA AL MANEJO QUIRÚRGICO MAYOR 243

P139) SÍNDROME BLUE RUBBER BLEB NEVUS E INVAGINACIÓN INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO 244

P140) ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS “DR. CARLOS SÁENZ HERRERA” DEL 1 DE ENERO 2011 AL 31 DE DICIEMBRE 2024 245

P141) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO FRENTE A CIRUGÍA ABIERTA EN EL SINUS PILONIDAL PEDIÁTRICO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES. 246

P142) ¿QUÉ PACIENTES REALMENTE SE BENEFICIAN DE UNA DERIVACIÓN TIPO SANTULLI? EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO Y PROPUESTA DE UN ALGORITMO DE SELECCIÓN. 247

P143) MALFORMACIÓN ANORRECTAL CON FISTULA VAGINAL EN H: UN HALLAZGO INTRAOPERATORIO INUSUAL. REPORTE DE CASO. 248

P144) QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL PERFORADO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO 249

P145) DIVERTICULITIS CECAL EN PEDIATRÍA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA. REPORTE DE UN CASO 250

P146) VÓLVULO DE SIGMOIDES RECURRENTE EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 251

P147) RESULTADOS CLÍNICOS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA 252

P148) IMPACTO DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS ASOCIADAS SOBRE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES 253

P149) VARIANTES POCO FRECUENTES DE MALFORMACIONES ANORRECTALES: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA. 254

P150) SITUS INVERSUS, MALROTACIÓN INTESTINAL Y MEMBRANA DUODENAL EN UN NEONATO: UNA TRÍADA INFRECUENTE 255

P151) “ATRESIA DUODENAL Y MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE CASO” 255

P152) PERFORACIÓN INTESTINAL ÚNICA YEYUNAL EN PREMATURO EXTREMO: UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE 256

P153) ATRESIA MÚLTIPLE DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EN UN RECIEN NACIDO: ATRESIA DE ESÓFAGO, DUODENAL Y YEYUNOILEAL 257

P154) REPORTE DE CASO: NECROSIS INTESTINAL DE ÍLEON TERMINAL Y COLON TOTAL POR ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE FULMINANTE EN UN NEONATO DE 2 DÍAS DE VIDA 258

P155) HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS COMO SIMULADOR DE ENTEROCOLITIS EN PACIENTE PRETÉRMINO 259

P156) HEMANGIOMA CONGÉNITO RÁPIDAMENTE INVOLUTIVO DE PARED ABDOMINAL: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL 260

P157) PENTALOGÍA DE CANTRELL CLASE III Y SÍNDROME DE GOLTZ: UN DESAFÍO RECONSTRUCTIVO 261

P158) RESOLUCIÓN DE ATRESIA INTESTINAL COMPLEJA MEDIANTE ABORDAJE QUIRÚRGICO CIRCUMBILICAL TIPO BIANCHI SIN ASISTENCIA DE RETRACTOR ALEXIS: REPORTE DE CASO. 262

P159) TERATOMA SACROCOCCÍGEO: UN DESAFIO QUIRÚRGICO ANTE Y PÓS-NATAL 263

P160) PROLAPSO VESICAL A TRAVÉS DE URACO PERMEABLE: REPORTE DE CASO 264

P161) TERATOMA OROFARINGEO CONGENITO 265

P162) USO DE IMPRESIÓN 3D DE LA OREJA SANA EN PACIENTES CON MICROTIA COMO MOLDE DE RECONSTRUCCIÓN CON CARTÍLAGO COSTAL TALLADO 266

P163) RECONSTRUCCION NASAL DIFERIDA POST MORDEDURA DE PERRO EN LA INFANCIA 267

P164) DEGUANTAMIENTO DE MANO DERECHA: REPORTE DE CASO 268

P165) EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CON ANGIOGRAFÍA POR VERDE DE INDOCIANINA Y TERMOGRAFÍA EN LA RECONSTRUCCIÓN AURICULAR POR MICROTIA 269

P166) CLINICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN PRIMARY PALATOPLASTY: A 12-YEAR RETROSPECTIVE STUDY 269
P167) ESCLEROTERAPIA CON USO DE DOXICICLINA PARA EL TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UN CENTRO REGIONAL 270
P168) FOSITA LABIAL CONGÉNITA AISLADA COMO UNICA SOSPECHA DE SINDROME DE VAN DER WOUDE 271
P169) RECONSTRUCCIÓN COLUMELAR TOTAL, PRODUCTO DE NECROSIS SECUNDARIA A SOPORTE VENTILATORIO EN PACIENTE PREMATURO: REPORTE DE CASO CLÍNICO 272
P170) PILOMATRIXOMAS MÚLTIPLES EN PEDIATRÍA: REPORTE DE TRES CASOS..... 273
CGC-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D3.1 274
O062) RESULTADOS DE LA TRANSICIÓN DESDE TÉCNICAS CON COLGAJOS A PROCEDIMIENTOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS EN ENFERMEDAD PILONIDAL EN UN CENTRO TERCIARIO ENTRE 2018 Y 2026: RESULTADOS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA 274
O063) ANORRECTOPLASTÍA SAGITAL POSTERIOR CON PRESERVACIÓN DEL PERINÉ: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL 276
O064) CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, QUIRÚRGICA E HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIVERTÍCULO DE MECKEL: SERIE RETROSPECTIVA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN COLOMBIA 277
O065) REHABILITACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS CONSTIPADOS SEVEROS: EXPERIENCIA PRELIMINAR. 277
O066) DEVELANDO LA ZONA DE TRANSICIÓN EN ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG 278
O067) LONGITUD DEL CANAL COMÚN COMO PREDICTOR DE LA ANATOMÍA UTEROVAGINAL Y LA MORBILIDAD GINECOLÓGICA EN PACIENTES CON CLOACA 279
O068) VÓLVULO COLÓNICO EN PEDIATRÍA: MÁS ALLÁ DEL VÓLVULO SIGMOIDEO... 280
O069) CIRUGÍA COLORRECTAL ROBÓTICA PEDIÁTRICA EN ECUADOR: EXPERIENCIA Y EVOLUCIÓN EN 16 PACIENTES 281
PL25) DIVERTÍCULO DE MECKEL DE BORDE MESENTÉRICO: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL. REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. 282
PL26) DERIVACIÓN FECAL CONTINENTE EN PEDIATRÍA: RESULTADOS CLÍNICOS Y SEGURIDAD DE LAS TÉCNICAS DE MALONE Y NEOMALONE 283
PL27) CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA DE PACIENTES OPERADOS DE QUISTE PILONIDAL EN MODALIDAD ELECTIVA (2014-2025) 284
CP-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D3.1 284
O070) EVALUCIÓN DEL MODELO DE SIMULACIÓN MANO PEDIÁTRICA 284

O071) DE LA PERDIDA DEL DOMINIO AL CIERRE: UN VIAJE POR ETAPAS PARA RECUPERAR LA CAVIDAD ABDOMINAL. REPORTE DE CASO 285
O072) CIERRE ASISTIDO POR VACÍO COMO ESTRATEGIA DE SOPORTE BIOMECÁNICO EN EL MANEJO CONSERVADOR DE LAPAROTOMÍAS PEDIÁTRICAS DE ALTO RIESGO . 286
V12) MEDICIÓN VOLUMÉTRICA DE LIPOTRANSFERENCIA MEDIANTE SMARTPHONE 288
CU-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA UROLÓGICA D3.1 (ORAL-VIDEO-PÓSTER) 288
O073) REIMPLANTE POR REFLUJO VESICOURETERAL PRIMARIO EN MENORES DE 1 AÑO 288
O076) DERIVACIONES URINARIAS Y CONDUCTOS PARA ENEMAS ANTERÓGRADOS, UTILIDAD DEL APÉNDICE EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA. 289
O077) LESIÓN POLIPOIDE INTRALUMINAL EN MITROFANOFF: CAUSA “CURIOSA” QUE DIFICULTA LA CATETERIZACIÓN 290
V13) AMPLIACIÓN VESICAL ASISTIDA POR ROBOT 291
O094) EXTROFIA VESICAL EN LA EDAD ADULTA: CUANTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD A LARGO PLAZO MEDIANTE DATOS DE LA VIDA REAL 292
O020) RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA APENDICOVESICOSTOMÍA DE MITROFANOFF ABIERTA, LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA EN NIÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA 293
CP-D3.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D3.2 294
O078) ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS ENTRE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA TRATADOS MEDIANTE FARINGOPLASTIA DE COLGAJO FARÍNGEO POSTERIOR DE PEDÍCULO SUPERIOR O MEDIANTE TÉCNICA DE ESFÍNTER: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO 294
O079) PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA CON RECONSTRUCCIÓN 3D A TRAVÉS DE SEGMENTACIÓN DE IMÁGENES EN 3D SLICER. 295
O080) VERSATILIDAD DEL PEDÍCULO SUPEROMEDIAL EN REDUCCIÓN MAMARIA Y MASTOPEXIA 296
O081) COLGAJO DE MUCOSA DEL CORNETE INFERIOR PARA RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DEL PISO NASAL EN UNA MALFORMACIÓN CRANEOFACIAL DE LA LÍNEA MEDIA: REPORTE DE UN CASO. 297
O082) PATIENT-REPORTED OUTCOMES IN A CLEFT POPULATION: A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS USING CLEFT-Q© 298
O083) CÁLCULO DE VOLÚMENES FACIALES EN EL ESPECTO ÓCULO AURICULO VERTEBRAL 299
O084) MASTOPEXIA BILATERAL EN ADOLESCENTE CON PTOSIS MAMARIA SEVERA: REPORTE DE CASO 300

O085) MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON SECUENCIA DE PIERRE ROBIN EN UN CENTRO DE FISURAS: PROPUESTA DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO (ETAPA TEMPRANA). 301

O086) QUEILOPLASTIA COMISURAL EN MACROSTOMIA UNILATERAL: REPORTE DE CASO 302

O087) MANEJO Y COBERTURA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DE FASCEITIS NECROTIZANTE: ANÁLISIS DE UN CASO 303

O088) EVALUACIÓN POLISOMNOGRÁFICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FISURA PALATINA SOMETIDOS A FARINGOPLASTIA: RIESGO DE SAHOS Y FACTORES ANATÓMICOS ASOCIADOS. 303

O089) INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA SECUNDARIA A FISURA PALATINA: FRECUENCIA, MANEJO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS EN UNA COHORTE DE 20 AÑOS DE UN CENTRO GES CHILENO 304

O090) EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN FISURA PALATINA EN CENTRO GES: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS 305

O091) ANÁLISIS DE FÍSTULAS PALATINAS EN UNO DE LOS CENTROS GES DEL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON FISURA LABIO PALATINA, DURANTE LOS 20 AÑOS DE LA GARANTÍA. 306

CU-D3.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA UROLÓGICA D3.2 (ORAL-VIDEO-PÓSTER) 307

O092) ADENOMA NEFROGÉNICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: RETOS DIAGNÓSTICOS Y DE MANEJO POST ANÁLISIS RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA SERIE MULTICÉNTRICA INTERNACIONAL 307

O093) PÓLIPOS GENITOURINARIOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: PROPUESTA MANEJO POST ANALISIS DE SERIE INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA 308

PL28) LEIOMIOSARCOMA VESICAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASO Y DESAFÍO TERAPÉUTICO EN UN TUMOR EXCEPCIONAL 309

PL29) RABDOMIOSARCOMA PARATESTICULAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA: EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE UNA PATOLOGIA INFRECUENTE 310

PL30) CUANDO UNA TUMORACIÓN RENAL NO ES WILMS: PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN PEDIATRÍA UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. . 311

O097) PIELOLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR NEFROSCOPIA SEMIRRÍGIDA Y PIELOPLASTIA PARA EL MANEJO SIMULTÁNEO DE LITIASIS RENAL Y ESTENOSIS DE LA UNIÓN URETEROPIÉLICA: REPORTE DE CASO 312

V14) QUISTE RENAL GIGANTE: MANEJO QUIRURGICO EN PREESCOLAR 313

PL31) DILATACIÓN CON BALÓN RECUBIERTO CON PACLITAXEL COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN ESTENOSIS PIELOURETERAL RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO. . 313

PL32) “DOBLE SISTEMA PIELOURETERAL COMPLETO CON SISTEMA INFERIOR ASOCIADO A ESTENOSIS PIELOURETERAL Y LITIASIS, ABORDAJE QUIRÚRGICO EN UN SOLO TIEMPO: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO” 315

O098) UN DESAFÍO MULTISISTÉMICO: MANEJO INTEGRAL DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE PRUNE BELLY ASOCIADO A MALFORMACIÓN ANORRECTAL 315

O099) HAMARTOMA URETERAL: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE ESTENOSIS URETERAL EN LA INFANCIA 316

O100) MANEJO UROLÓGICO ESCALONADO EN SÍNDROME DE PRUNE BELLY CON COMPROMISO UROLÓGICO Y RENAL SEVERO: REPORTE DE CASO 317

V15) URETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT 319

PL33) DE LA DISMENORREA SEVERA AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: MANEJO LAPAROSCÓPICO DE UN HEMIÚTERO NO COMUNICADO EN ADOLESCENTE..... 319

PL34) MASA PÉLVICA CALCIFICADA PERSISTENTE COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UNA DUPLICACIÓN VESICAL COMPLETA EN UN PACIENTE CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: CASO CLÍNICO 320

PL35) ARACNOIDITIS ADHESIVA COMO CAUSA INFRECUENTE DE VEJIGA E INTESTINO NEUROGÉNICO PEDIÁTRICO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO..... 321

PL36) ILEO-VAGINOPLASTÍA PARA MANEJO DEFINITIVO DE AGENESIA VAGINAL SIN USO DE OSTOMÍA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO 322

O029) ¿SUSTITUIRÁ LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL URÓLOGO PEDIÁTRICO EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA URETRAL? 323

V03) MODELO DE SIMULACIÓN EN VEJIGA DE SILICONA DE BAJO COSTO PARA EL ENTRENAMIENTO EN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL 324

MT-D3) SESIÓN TRABAJOS LIBRES - MEJORES TRABAJOS D3 325

O101) TERMOGRAFÍA INFRA-ROJA COMO APOYO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES VASCULARES EN PEDIATRÍA. 325

O102) MOMENTO ÓPTIMO DE REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN PACIENTES CON SOPORTE ECMO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL 326

O103) RECURRENCIA TRAS REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA: COMPARACIÓN ENTRE LAS TÉCNICAS BURNIA Y JARETA 327

O104) MODELO DE SILICONA 3D PARA ENTRENAMIENTO EN PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA PEDIÁTRICA 328

O105) FACTORES DE RIESGO DE REINTERVENCIÓN EN PACIENTES TRATADOS MEDIANTE FUNDUPLICATURA DE NISSEN 329

O106) PERSISTENCIA DE FÍSTULA TRAQUEOCUTÁNEA EN PEDIATRÍA, CORRELACIÓN CON TÉCNICA QUIRÚRGICA 330

O107) “DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO PORCINO EX VIVO DE ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA PARA EL ENTRENAMIENTO EN TRAQUEOPLASTIA POR DESLIZAMIENTO 331
O108) EVALUACIÓN DE UNA CÁMARA ENDOSCÓPICA MINIATURIZADA PARA SIMULACIÓN DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA NEONATAL 332
O109) OBSTRUCCIÓN POR MECONIO DEL PREMATURO EXTREMO: INGENIERÍA INVERSA Y MODELAMIENTO FENOTÍPICO PARA EL RECONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE UNA PATOLOGÍA EMERGENTE 332
Índice por Título 335
Índice por Autor 351

PF-D1.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES - PÓSTER D1.1 (AM)

P001) MANEJO DE TRAUMA PENETRANTE POR MÚLTIPLES HERIDAS DE ARMA BLANCA GUIADO POR ROTEM: REPORTE DE CASO.

Jiménez Rivera, M.(1); Guerrero Quesada, G.(1); Vargas Salas, M.(1);
(1): Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera, San José, Costa Rica

Introducción: El trauma penetrante pediátrico es una causa infrecuente pero altamente letal de hemorragia masiva y choque hemorrágico. La coagulopatía inducida por trauma constituye un factor determinante en la evolución de estos pacientes, y su identificación temprana es fundamental para orientar una reanimación hemostática efectiva.

Presentación del caso: Se presenta el caso de un paciente masculino de 9 años con múltiples heridas por arma blanca en cuello, tórax, abdomen y extremidades, quien ingresó en asistolia, sin ventilación espontánea y en choque hemorrágico severo. Durante la reanimación inicial se realizó toracotomía de resucitación con control temporal de dos laceraciones cardíacas, seguida de laparotomía exploratoria, con control de daños y protocolo de transfusión masiva. La monitorización seriada mediante tromboelastometría rotacional (ROTEM) evidenció hiperfibrinólisis severa e hipofibrinogenemia profunda, permitiendo instaurar una estrategia de reanimación hemostática guiada por objetivos. Los controles posteriores mostraron recuperación progresiva de los parámetros de coagulación, con resolución de la hiperfibrinólisis tras el control quirúrgico de la hemorragia y la terapia transfusional dirigida.

Conclusión: El uso temprano de ROTEM en trauma pediátrico severo permite identificar alteraciones hemostáticas de forma rápida y dinámica, facilitando una reanimación guiada por objetivos. En pacientes con hemorragia exanguinante secundaria a trauma penetrante, su integración dentro del manejo multidisciplinario puede optimizar la toma de decisiones transfusionales y contribuir al control hemostático oportuno. En el presente caso, la implementación de esta estrategia se asoció con una evolución clínica favorable y una recuperación completa. Durante el seguimiento no se documentaron secuelas neurológicas ni cardiovasculares, siendo la única secuela observada una cicatriz queloide en el sitio de la toracotomía. La evolución observada demuestra cómo un abordaje coordinado entre cirugía de trauma y reanimación hemostática guiada por viscoelastometría puede traducirse en resultados clínicos excepcionalmente favorables, incluso en escenarios de extrema gravedad.

P002) PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA REGLA PECARN EN EL TRAUMATISMO ABDOMINAL PEDIÁTRICO: ESTUDIO OBSERVACIONA RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Zelaya Contreras, L.(1); Ruiz, M.(2); Ruiz, P.(2); Vázquez, F.(2); Garrido, J.(2); Paredes, R.(2); Parente, A.(3);
(1): Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España (2): Hospital Universitario Reina Sofía, CORDOBA, España (3): Hospital Universitario Reina Sofí, CORDOBA, España

Introducción

El traumatismo abdominal (TA) es una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en niños. Aunque la TC es el estándar diagnóstico, implica radiación ionizante. Las reglas de predicción de lesiones intraabdominales desarrolladas por la Red de Investigación Aplicada en Urgencias Pediátricas (PECARN) se diseñaron para reducir el uso innecesario de TC. Nuestro objetivo fue evaluar rendimiento y utilidad de dichas reglas en niños atendidos en urgencias por traumatismo abdominal cerrado (TA).

Material y métodos:

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un hospital terciario (2014–2025). Se incluyeron pacientes menores de 18 años con TA evaluados mediante TC. Las variables de la regla PECARN se aplicaron de forma retrospectiva. El rendimiento diagnóstico se evaluó mediante sensibilidad, especificidad, valores predictivos, exactitud y razón de verosimilitud negativa, con intervalos de confianza del 95%.

Resultados:

Se incluyeron 42 pacientes; 34 (81,0%) presentaron lesión intraabdominal en la TC, de los cuales 4 requirieron cirugía, y 8 (19,0%) tuvieron TC normal. La regla PECARN fue positiva en 33/34 pacientes con lesión y negativa en 1. La sensibilidad fue del 97,1% (IC95%: 85,1–99,5), la especificidad del 25,0% (IC95%: 7,1–59,1), el valor predictivo positivo del 84,6% (IC95%: 70,3–92,8), el valor predictivo negativo del 66,7% (IC95%: 20,8–93,9) y la exactitud global del 83,3% (IC95%: 69,4–91,7). La razón de verosimilitud negativa fue 0,12 (IC95%: 0,01–1,14).

Conclusiones:

La regla clínica evaluada mostró alta sensibilidad para detectar lesiones intraabdominales en niños con traumatismo abdominal y podría reducir el uso de tomografía computarizada sin comprometer la seguridad diagnóstica.

P003) PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL: A PROPOSITO DE UN CASOCLINICO EN EDAD PEDIATRICA

Diaz B, A.(1); Diaz M, C.(2);
(1): Hospital San Jose de Victoria, TEMUCO, CHILE (2): Becada de Anatomia Patologica UFRO, TEMUCO,

Introducción

El pseudoaneurisma de la arteria temporal superficial (PATS) es una patología vascular caracterizada por un aumento de volumen pulsátil en dicho territorio. Descrito en 1740 por Thomas Bartholin, cuenta con solo unos 400 casos reportados a nivel mundial, siendo una condición excepcionalmente rara en la edad pediátrica.

Informe del Caso Clínico

Un niño de 12 años acudió a urgencias tras sufrir una caída con contusión frontal y compromiso de conciencia. Tras ser evaluado clínicamente y mediante una TAC de cerebro, se descartaron complicaciones neuroquirúrgicas, dándosele de alta con protocolo de cuidados de TEC.

Tres semanas después, consultó en el policlínico de cirugía infantil por la aparición de un tumor firme, no pulsátil y levemente doloroso a la compresión en la región temporoparietal derecha. Se le realizó una ecografía de partes blandas con Doppler que reveló un tumor vascular con flujo marcado, compatible con PATS. El paciente fue intervenido bajo anestesia general para efectuar una extirpación en bloque del tumor, previa ligadura de sus vasos aferente y eferente. El estudio de anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Discusión y Conclusión

El PATS es extremadamente raro; de los cerca de 400 casos publicados, menos de 200 corresponden a pacientes pediátricos. La mayoría se asocia a traumas contusos craneanos y se manifiesta habitualmente después de tres semanas.

- Diagnóstico: La ecografía Doppler es el *gold estándar*. La tomografía debe reservarse para casos especiales, evitándola en niños por el riesgo de radiación ionizante.

- Tratamiento: La extirpación quirúrgica es lo más efectivo, aunque existen alternativas como embolizaciones o inyecciones de trombina.
- Diagnóstico diferencial: Debe distinguirse de quistes epidérmicos, dermoides, pilomatrixomas, hematomas calcificados o adenopatías.

P004) PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR TRATADO MEDIANTE BYPASS AUTÓLOGO EN UN ADOLESCENTE.

Magaña, M.(1); Saavedra, J.(2); Lillo, J.(3); Velarde, J.(4);
(1): Universidad de Valparaíso, CONCÓN, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (3): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (4): Hospital Dr Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: El pseudoaneurisma infeccioso de la arteria mesentérica superior es excepcional, con incidencia de 0.01 - 2.6%. Su presentación es oligosintomática, hasta la ruptura (10-50%) generando una alta mortalidad (22-40%). Presentamos el caso de un adolescente con pseudoaneurisma micótico de arteria mesentérica superior secundario a endocarditis infecciosa, tratado mediante bypass venoso autólogo.

Caso clínico: Paciente masculino de 13 años, inmigrante boliviano sin antecedentes clínicos disponibles, con historia de dos meses de adinamia y dolor abdominal periumbilical recurrente, con múltiples consultas y manejo sintomático en Región de Atacama, evoluciona con cuadro de abdomen agudo realizándose tomografía de abdomen y pelvis con contraste que evidencia aneurisma sacular de arteria mesentérica superior de 28 x 20 x 26 mm proximal a bifurcación yeyunoileal sin signos de ruptura o isquemia intestinal. Es derivado a nuestro centro para resolución. Al ingreso destaca soplo cardíaco por lo que se realiza ecocardiograma que identifica vegetación mitral de 15mm. Los hemocultivos resultan positivos a Streptococcus sanguini estableciéndose diagnóstico de endocarditis infecciosa sin evidencia de cardiopatía previa e iniciándose Vancomicina endovenosa.

Dado el alto riesgo de complicación, se decide una resolución quirúrgica precoz. En el intraoperatorio se identifica pseudoaneurisma infeccioso pulsátil, con signos inminentes de ruptura. Se realiza bypass de arteria mesentérica superior con injerto autólogo de safena. Ecocardiograma transesofágico intraoperatorio evidencia vegetación mitral de 17mm determinando insuficiencia valvular severa. Evoluciona favorablemente, siendo trasladado a centro de origen para continuar tratamiento y seguimiento.

Discusión: Los pseudoaneurismas infecciosos de la arteria mesentérica superior son excepcionales en pediatría. La literatura disponible se limita a reportes aislados y, en nuestra revisión, no identificamos casos pediátricos tratados mediante bypass venoso autólogo, su reconocimiento precoz y manejo quirúrgico oportuno son fundamentales para evitar complicaciones potencialmente fatales.

P005) TRAUMATIC APPENDICITIS IN CHILDREN: CLINICAL AND SURGICAL FINDINGS FROM A THREE-CASE SERIES

Campos Ocáriz, R.(1); Augusto Carvalho Camanducaia, G.(1); Souza Brito, V.(1); Ocáriz Bazzano, F.(1);
(1): Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, Brasil

Background

Traumatic appendicitis is a rare condition in children, and its relationship with blunt abdominal trauma remains controversial. Diagnosis may be delayed because symptoms are initially attributed to the traumatic event. We describe the clinical and surgical findings of three children with traumatic appendicitis following blunt abdominal trauma.

Methods

A retrospective review of three pediatric cases of traumatic appendicitis following blunt abdominal trauma was performed. Clinical presentation, interval between trauma and symptom onset, imaging findings, operative findings, histopathological results, surgical approach, and postoperative outcomes were analyzed.

Results

Three previously healthy boys aged 9–12 years developed persistent or progressive abdominal pain following blunt abdominal trauma. Symptoms began immediately after trauma in two patients and within 6 hours in the remaining one. Mechanisms of injury included a bicycle handlebar impact, a horse-riding fall, and a direct kick to the abdomen during a football match. Computed tomography was performed in two patients: one demonstrated an enlarged appendix with an appendicolith, mesenteric hematoma, and periappendiceal lymphadenopathy, whereas the other showed appendiceal enlargement associated with isolated periappendiceal lymphadenopathy. Ultrasonography in the third patient demonstrated a 9-mm appendix. Two patients underwent laparoscopic appendectomy and one underwent open appendectomy. Intraoperative findings revealed Grade II appendicitis in two patients and Grade IV perforated appendicitis with diffuse purulent peritonitis in one. Histopathological examination confirmed appendicitis in all three patients. Postoperative recovery was uneventful, and all patients were discharged between postoperative days 2 and 7.

Conclusions

Although rare, traumatic appendicitis should be considered in children presenting with persistent or progressive abdominal pain after blunt abdominal trauma, as early recognition and prompt surgical evaluation may help avoid delays in diagnosis and treatment.

P006) PERITONITIS GENERALIZADA POR PERFORACIÓN APENDICULAR POR ASCARIS LUMBRICOIDES EN LACTANTE MAYOR

Arias Avalos, R.(1); Medina Flor, S.(2); Sanchez Romero, J.(2); Jaffal, Z.(2);
(1): HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay (2): HOSPITAL REGIONAL CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay

RESUMEN

La apendicitis aguda constituye una de las principales causas de abdomen agudo quirúrgico en la población pediátrica, entre las causas frecuentes se encuentra la obstrucción luminal, el cual puede deberse a parásitos, en particular Áscaris lumbricoides, distribuido en regiones tropicales y vinculado a condiciones sanitarias deficientes. Aunque la mayoría de las infecciones cursan de manera asintomática, en determinadas circunstancias puede dar lugar a complicaciones graves, tales como obstrucción intestinal, apendicitis e incluso perforación intestinal con desarrollo de peritonitis.

Caso clínico: lactante mayor masculino, con historia de 5 días de detección de heces y gases, en tratamiento con supositorio de glicerina con expulsión de parásitos con materia fecal. Se agrega dolor abdominal tipo cólico más fiebre, recibe ivermectina y vaselina vía oral en su 1er día de internación. Al 2do día recibe pirantel pamoato más colocación de sonda nasogástrica por distensión abdominal. Al 5to día mal estado general, hipoactivo, abdomen tenso y doloroso donde se indica laparotomía con hallazgo de: peritonitis generaliza por apéndice cecal perforado por áscaris con parásitos libres en cavidad abdominal. Pasa a unidad de cuidados intensivos por 3 días, luego a sala 5 días y es dado de alta sin complicaciones.

Discusión: La perforación intestinal por Ascaris lumbricoides es una complicación rara pero grave, que puede evolucionar hacia una peritonitis. Este caso destaca la importancia de mantener alta sospecha clínica en pacientes pediátricos de zonas endémicas y de vigilar la respuesta al tratamiento inicial. El manejo oportuno quirúrgico es fundamental para una evolución favorable. Asimismo, se refuerza la relevancia de la prevención primaria mediante desparasitación periódica y mejoras en las condiciones sanitarias.

Palabras Claves: Apendicectomía, perforación intestinal, Ascaris lumbricoides.

P007) PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS APENDICECTOMÍAS NEGATIVAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SEIS AÑOS

Hernández Prieto, H.(1); Gallo Bonilla, D.(1); Tinoco Guzmán, N.(1);
(1): Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá, Colombia

Introducción:

La apendicectomía negativa (AN) representa un desafío diagnóstico en pediatría y un indicador de calidad quirúrgica, asociándose a morbilidad evitable. El objetivo fue describir el perfil clínico-epidemiológico de pacientes pediátricos con AN, evaluar la adherencia a rutas diagnósticas e identificar complicaciones postoperatorias.

Materiales y métodos:

Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. Se revisaron historias clínicas de pacientes entre 0 y 18 años llevados a apendicectomía por sospecha de apendicitis aguda durante el periodo 2018-2024. Se incluyeron los casos con histopatología de hiperplasia folicular linfoide. Se analizaron variables demográficas, clínicas, paraclínicas y complicaciones quirúrgicas.

Resultados:

De 2.475 apendicectomías pediátricas evaluadas, 86 correspondieron a AN (tasa 3.5%). La mediana de edad fue de 9 años (RIC: 6-13), con distribución equilibrada por sexo. El 55.8% consultó tras 24 horas de inicio de los síntomas; predominaron náuseas/vómito (73.8%). Un tercio no tuvo ecografía (32.1%) y la tomografía se utilizó en <10%. El abordaje laparoscópico predominó (93%). Los menores de 5 años tuvieron una mayor prevalencia de AN (7.1%). Se documentaron complicaciones postoperatorias en un 15% de la cohorte, con una mediana de estancia hospitalaria de 1 día.

Discusión:

La tasa institucional de AN (3.5%) se considera baja y es equiparable a las series pediátricas internacionales. La inespecificidad clínica y el uso limitado de imágenes diagnósticas, especialmente en menores de 5 años, aumentan la complejidad diagnóstica. La incidencia del 15% de complicaciones postoperatorias demuestra que la AN conlleva una morbilidad evitable, subrayando su impacto directo en la morbilidad de los pacientes pediátricos.

Conclusión:

Los menores de 5 años constituyen un grupo de especial interés por su presentación atípica. Resulta imperativo optimizar los protocolos diagnósticos para disminuir las cirugías innecesarias y sus complicaciones asociadas.

P008) DESINVAGINACIÓN NEUMÁTICA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA EN INVAGINACIÓN INTESTINAL: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS.

Ceballos Cruz, A.(1); Morales Ruiz, I.(1); Madariaga Ulloa, A.(1); Rebollar Castillo, A.(1); Asz Sigall, J.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatria, Ciudad de México, México

Introducción

La invaginación intestinal representa una urgencia que amerita una reducción rápida para prevenir la progresión a isquemia intestinal. El método inicial de manejo varía entre instituciones, en muchos casos la reducción neumática representa un método útil para el manejo de emergencia. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia y efectividad del manejo con reducción neumatica en nuestra institución.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo del uso de la desinvaginación neumática para el tratamiento de la invaginación intestinal en el periodo de 2015-2025. Se analizó ademas de datos demográficos la efectividad y recurrencia del manejo con desinvaginación neumática.

Resultados

Se incluyeron 230 pacientes con una edad media de 17 meses (1 mes–16 años); el 58.6% fueron hombres y el 41.3% mujeres. La desinvaginación neumática se realizó como tratamiento inicial en 201 pacientes (87%), con éxito en 169. De estos, el 62% se redujo al primer intento, el 17% al segundo y el 20% al tercero. La tasa de recidiva fue del 6.5% (n=35).

Discusión

La desinvaginación neumática mostró una tasa de éxito del 84% y baja recidiva, lo que apoya su uso como tratamiento de primera línea. En nuestra experiencia, hasta tres intentos permitieron la resolución de la mayoría de los casos, reduciendo la necesidad de desinvaginación por taxis y la exposición a su morbimortalidad asociada.

Conclusión

La desinvaginación neumática es una alternativa útil, rápida y efectiva para el manejo de la invaginación intestinal y debe ser considerada entre las alternativas de primera línea.

P009) PÁNCREAS ECTÓPICO COMO PUNTO GUÍA PATOLÓGICO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL PEDIÁTRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE 36 CASOS PUBLICADOS.

Madariaga Ulloa, A.(1); Cavazos Castro, A.(1); Altamirano Montealvo, D.(1); Asz Sigall, J.(1); (1): Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México

Introducción

La invaginación intestinal es una de las principales causas de obstrucción intestinal en pediatría; sin embargo, la presencia de un punto guía patológico es poco frecuente. El

páncreas ectópico constituye una causa excepcional, especialmente cuando se localiza en el íleon. La presentación de este caso busca destacar su relevancia diagnóstica y terapéutica, así como revisar la evidencia disponible sobre esta rara entidad.

Material y Método

Estudio retrospectivo descriptivo de un caso clínico. Se realizó revisión de la evolución clínica, tratamiento quirúrgico, estudio histopatológico y revisión narrativa de la literatura publicada.

Resultados

Se presenta un paciente masculino de 3 años con dolor abdominal agudo, vómito y evacuaciones con sangre y moco. La ecografía mostró signos compatibles con invaginación intestinal. Tras el fracaso de la reducción neumática bajo fluoroscopia, se realizó laparotomía exploradora con reducción manual, identificándose una lesión de 1×1×1 cm en íleon como punto guía patológico. Se efectuó resección segmentaria con anastomosis primaria. El estudio histopatológico confirmó páncreas ectópico subseroso tipo I de Heinrich, con acinos, conductos e islotes de Langerhans. La evolución postoperatoria fue satisfactoria, sin complicaciones, otorgándose el alta hospitalaria al quinto día. Además, la revisión de la literatura identificó 36 casos pediátricos reportados, predominando pacientes masculinos y lesiones localizadas en íleon.

Discusión

El páncreas ectópico representa una causa extremadamente rara de punto guía para invaginación intestinal pediátrica. La literatura muestra que debe sospecharse una lesión subyacente ante edad atípica, recurrencia o fracaso de la reducción no quirúrgica. La exploración quirúrgica permite resolver la invaginación, identificar lesiones submucosas que pueden pasar inadvertidas y obtener el diagnóstico histopatológico definitivo. Este caso refuerza la importancia de mantener un alto índice de sospecha para optimizar el tratamiento y prevenir recurrencias.

P010) IMPACTO DEL CAMBIO DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO EN APENDICITIS COMPLICADA EN HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS

Bello, A.(1); Herrera, P.(1); Peña, P.(1); Castro, R.(2); Yáñez, V.(2);
(1): Hospital Dr. Exequiel González Cortés, San Miguel, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción:

El manejo de la apendicitis complicada en pediatría está constantemente en revisión. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto de un cambio en el protocolo antimicrobiano, respecto a estancia hospitalaria y frecuencia de complicaciones.

Material y método:

Estudio de cohorte retrospectivo comparando dos protocolos (Grupo A: Octubre 2022 a Octubre 2023 vs. Grupo B: Noviembre 2023 a Octubre 2024, con nuevo protocolo). Los pacientes fueron estratificados por severidad diagnóstica. Se compararon días de estancia y complicaciones utilizando pruebas t de Welch, U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado y Fisher (se considerará significativo $p<0,05$).

Resultados:

Se incluyeron 476 pacientes (Grupo A=249; Grupo B=227). El Grupo B tuvo una estancia hospitalaria significativamente menor (4,64 ±2,75 vs 5,61 ±6,43 días; $p=0,030$), observando un cambio en la distribución de la curva con disminución significativa de la desviación estándar global ($p<0,001$). En el subgrupo de peritonitis difusa disminuyeron clínicamente las complicaciones (30,1% vs 26,6%), con reducciones relativas en reoperaciones (-35,4%), obstrucción intestinal (-42,0%), re-hospitalizaciones (-51,7%) y colecciones (-9,2%). En este subgrupo, la reducción promedio de estancia fue -1,82 días (7,04 ±2,75 vs. 8,86 ±9,34 días); que si bien no alcanzó significación ($p=0,08$), mostró una tendencia clínica importante, y se acompañó de una disminución altamente significativa de su desviación estándar ($p<0,001$).

Discusión:

A pesar de ser una cohorte histórica retrospectiva, el cambio de protocolo demostró acortar la estancia y disminuir significativamente la dispersión de las hospitalizaciones prolongadas. Considerando la magnitud del grupo y la reducción de estancia, significó un ahorro de 220 días-cama para nuestro hospital en el período estudiado. Asimismo, se redujo considerablemente los porcentajes de complicación, sin alcanzar significación estadística.

Conclusión:

La revisión y análisis de nuestros resultados permite validar cambios que mejoran la evolución de nuestros pacientes y optimizan la utilización de los recursos institucionalees.

P011) UN CASO SIN CABEZA: INVAGINACIÓN INTESTINAL IDIOPÁTICA EN LA ADOLESCENCIA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Lagos, J.(1); Claro, A.(1); Galano, D.(1); Steuer, C.(1); Reyes, N.(1);
(1): Hospital Base Valdivia, Valdivia, Chile

INTRODUCCIÓN:

La invaginación intestinal es la introducción de un segmento intestinal en uno distal, con riesgo de isquemia y perforación. En lactantes suele ser idiopática, mientras que en adolescentes y adultos predomina la causa estructural. El objetivo de este trabajo es presentar un caso inusual en rango etario y etiología.

MATERIALES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de caso, revisión de ficha y bibliografía.

RESULTADOS:

Masculino 14 años, sano. Consulta por dolor abdominal progresivo, vómitos profusos y diarrea, derivado a Urgencias por sospecha de obstrucción intestinal con niveles hidroaéreos en radiografía abdominal. Destaca masa palpable sensible en fosa iliaca derecha. TC abdomen-pelvis describe signos de invaginación ileocólica con edema, sin dilatación proximal, masas ni linfonodos.

Se realiza laparotomía media, desinvaginación manual, presentando en último tramo compromiso de serosa y perforación de íleon a 20 cm de válvula ileocecal, lográndose desinvaginación total. Se resecan 35 cm de íleon distal comprometidos y anastomosis término-terminal. Apéndice cecal sano, no se identifican masas, adenopatías ni divertículo de Meckel. Paciente evoluciona de manera favorable, alta al quinto día, biopsia confirma etiología idiopática.

DISCUSIÓN:

La invaginación afecta principalmente entre los 3 meses y 3 años de vida, disminuyendo su incidencia con la edad. La tríada clásica: dolor abdominal, deposiciones mucosanguinolentas y masa palpable, solo se presenta en 30% de casos. La etiología infantil es idiopática en un 90%, pudiendo tener resolución no invasiva, mientras que en adultos generalmente deriva de una lesión estructural (cabeza de invaginación), requiriendo resección.

Este caso resulta inusual, no solo se aparta de la epidemiología habitual por edad, sino que desafía la tendencia en adolescentes al manifestarse de forma idiopática.

En conclusión, si bien la invaginación idiopática es clásica en lactantes, puede presentarse en edades mayores. Es vital sospechar este diagnóstico ante una sospecha de obstrucción intestinal en urgencias, para lograr un tratamiento oportuno.

P012) CUERPOS EXTRAÑOS INUSUALES EN CIRUGÍA ABDOMINAL PEDIÁTRICA

Jauregui, L.(1); Quispe, J.(1); Ugarte, C.(2); Peñaranda, A.(2);
(1): Hospital de Niños Dr.Mario Ortiz Suarez, Santa Cruz, Bolivia (2): Hospital de Niños Dr.Mario Ortiz Suarez, Santa Cruz, Boliiva

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños constituye una de las urgencias más frecuentes en pediatría, principalmente entre los 6 meses y los 3 años de edad. Aproximadamente el 80–90 % de los objetos atraviesan el tracto gastrointestinal de forma espontánea; sin embargo, menos del 1 % requiere tratamiento quirúrgico. Los cuerpos extraños múltiples, de características inusuales o con ausencia de progresión radiológica pueden ocasionar obstrucción intestinal o impactación en sitios poco habituales, representando un desafío diagnóstico y terapéutico.

Objetivo: Describir una serie de hallazgos inusuales de cuerpos extraños que requirieron tratamiento quirúrgico en pacientes pediátricos.

Método: Estudio retrospectivo de todos los pacientes sometidos a extracción quirúrgica de cuerpos extraños durante la gestión 2024 en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes entre 7 meses y 4 años (mediana: 2 años). Cuatro pacientes (66,7 %) presentaron obstrucción intestinal clínica y radiológica. Los cuerpos extraños identificados fueron: dos globos inflados con aire, un Orbeez® impactado en íleon, una astilla de madera alojada en el apéndice, dos tornillos retenidos en el apéndice y tres imanes agrupados en íleon. Se realizaron tres enterotomías dos apendicectomías (33,3 %) y un ordenamiento intestinal para extracción de imanes (La evolución postoperatoria fue favorable en el 100 % de los pacientes, sin complicaciones.

Conclusión: Aunque la mayoría de los cuerpos extraños ingeridos progresan espontáneamente, los objetos inusuales o sin avance radiológico pueden ocasionar obstrucción intestinal y requerir cirugía. La correlación clínico-radiológica y la intervención oportuna son fundamentales para evitar complicaciones. Nuestra serie demuestra que el tratamiento quirúrgico individualizado es seguro y efectivo, con una tasa de recuperación del 100 %.

P013) SERIE DE CASOS CLÍNICOS DE TRAUMA ABDOMINAL

Jauregui, L.(1); Marcelo, U.(1); Anagua, J.(1); Quispe, J.(1); Ugarte, C.(1); Penaranda, A.(1); Semperetegui, D.(1);
(1): Hospital de Niños Dr.Mario Ortiz Suarez, Santa Cruz, Bolivia

Introducción:

El manejo del trauma abdominal cerrado en Pediatría ha evolucionado actualmente, mejorando diagnóstico y tratamiento precoz, garantizando mayor sobrevida y menor mortalidad Según las Guias ATOMAC 2.0 (2022), el trauma abdominal cerrado requiere resolución quirúrgica cuando presenta las siguientes características: Inestabilidad hemodinámica con hipotensión sostenida refractaria a reanimación, evisceración evidente, FAST que evidente hemoperitoneo masivo. Los traumas penetrantes en su mayoría son quirúrgicos.

Objetivo Describir los traumas abdominales de manejo quirúrgico, ilustrar las distintas lesiones observadas, su modo de presentación, método diagnóstico y resolución en un hospital de referencia nacional.

Metodología

Se hace revisión retrospectiva de 2020 al 2025 de los pacientes que requirieron manejo quirúrgico representaron el 20 % del total de casos, observándose el sexo, edad, mecanismo, diagnóstico y tratamiento realizado.

Resultados

Se encontraron en total 11 pacientes los cuales fueron (3)Trauma Hepático (2)Trauma duodenal (2) Penetrante (2) Trauma Esplénico (2) Exposición de epiplón (1) perforación de Yeyuno,(1) empalamiento. Los traumas hepático el mecanismo de golpe directo y aplastamiento, del trauma duodenal su mecanismo es golpe directo . Los trauma penetrantes su mecanismo fue caída de altura. Y las esplenectomías fueron por desaceleración. En todos los casos se realizó ECOFAST y 10 pacientes TAC de abdomen. El abordaje fue tradicional en 9 pacientes y laparoscópico (2) , (1)exploración rectal en empalamiento. Todos los pacientes tuvieron recuperación exitosa. Un paciente con estenosis uretral postraumática.

Conclusiones

El papel del cirujano pediatrico en atención integral del trauma abdominal cerrado garantiza la sobrevida del paciente hemo dinámicamente inestable y con traumatismo penetrante. La cirugía mínimamente invasiva en trauma en pacientes estables puede ser un recurso a tomar en cuenta para el diagnóstico y tratamiento.

P014) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ASOCIADAS A STREPTOCOCCUS ANGINOSUS EN APENDICITIS PEDIÁTRICA COMPLICADA

Carrera, F.(1); Briceño, F.(1); Paredes, F.(1); Andrades, V.(1); Jana, B.(1); Almuna, C.(1); Sánchez, C.(1); Garrido, M.(1); Weibel, Á.(2); González, G.(3);
(1): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): Centro Interdisciplinario de

Investigación Biomédica en Ingeniería para la Salud (MEDING) Universidad de Valparaíso, Chile, Santiago, Chile (3): Profesora visitante Lerner College of Medicine. Case Western Reserve University. Cleveland Clinic Children's Hospital Profesora Asociada Universidad de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El *Streptococcus anginosus* group (SAG) agrupa a *S. anginosus*, *S. constellatus* y *S. intermedius*, cuyo reporte en apendicitis aguda pediátrica va en aumento, con escasa caracterización de su impacto clínico. Objetivo: Determinar si la infección por SAG se asocia a una evolución postoperatoria más compleja en peritonitis apendicular pediátrica.

Métodos: Cohorte de 72 pacientes pediátricos con peritonitis apendicular sometidos a apendicectomía laparoscópica y antibioterapia empírica comparable. Se analizó SAG(+) (n=9) vs SAG(-) (n=63) en variables demográficas, admisión hospitalaria, incremento de terapia antibiótica, requerimiento de unidad de paciente crítico (UPC), reintervención y complicaciones, mediante test de Mann-Whitney y Fisher exacto, y regresión logística de Firth/lineal ajustada por edad y extensión de peritonitis. Dentro del grupo SAG(+), se determinó la proporción correspondiente específicamente a *S. anginosus* versus las otras especies del grupo.

Resultados: De los 9 pacientes SAG(+), 7 (77,8%) correspondieron a *S. anginosus*, 1 (11,1%) a *S. constellatus*, y 1 (11,1%) a *S. intermedius*. Los pacientes SAG(+) presentaron mayor mediana de hospitalización (9 vs 6 días, p=0,007), duración de antibióticos intravenosos (10 vs 6 días, p=0,010), incremento de terapia antibiótica (55,6% vs 9,5%, p=0,003), requerimiento de UPC (37,5% vs 4,8%, p=0,017), reintervenciones no-programadas (44,4% vs 7,9%, p=0,011) y más complicaciones totales (44,4% vs 14,3%, p=0,050), sin diferencias significativas en edad, ni extensión de peritonitis. En el análisis multivariado ajustado, SAG(+) se mantuvo como predictor independiente de incremento de terapia antibiótica (aOR 14,7), UPC (aOR 9,5), reintervención (aOR 6,9) y complicaciones totales (aOR 4,5), y de mayor estancia hospitalaria (β= +4,4 días ajustados).

Conclusión: La infección por SAG —mayoritariamente representada por *S. anginosus*— se asocia de forma independiente a una evolución clínica más tórpida en peritonitis apendicular pediátrica, no explicada por la mayor extensión de peritonitis. Estos hallazgos, en una muestra pequeña, apoyan su validación en cohortes prospectivas de mayor tamaño.

P015) TRAUMATISMO PANCREÁTICO EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Sabarots, J.(1); Dallegre, M.(1); Camila Mariana, A.(1); Sferco, C.(1); Marcelo Fabian, M.(1); (1): Hospital de ninos de la Santisima Trinidad, Cordoba, Argentina

Introducción

El traumatismo pancreático en la población pediátrica, representa entre el 2 y el 9% de los traumatismos abdominales cerrados. Su manejo continúa siendo motivo de controversia, especialmente en lesiones con compromiso del conducto pancreático principal. El objetivo del estudio fue analizar la experiencia de un centro en el tratamiento del trauma pancreático pediátrico.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes menores de 15 años con traumatismo pancreático secundario a trauma cerrado de abdomen entre febrero de 2012 y enero de 2025. Se analizaron variables demográficas, mecanismo del trauma, grado de lesión según la clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST), valores de amilasemia, hallazgos imagenológicos, tratamiento realizado, complicaciones y tiempo de internación.

Resultados

Se incluyeron 22 pacientes con una edad media de 5,7 años; el 68% fueron de sexo masculino. Ocho pacientes presentaron lesiones grado 1, siete grado 2 y siete grado 3. El manejo conservador se realizó en 19 pacientes (86,4%), mientras que tres requirieron pancreatectomía corporocaudal. Se registraron seis complicaciones: una colección peripancreática y cinco pseudoquistes pancreáticos. Tres pseudoquistes resolvieron espontáneamente, uno requirió drenaje transgástrico y otro cistogastroanastomosis. Las lesiones grado 3 presentaron una mayor frecuencia de complicaciones (p=0,005) y una estancia hospitalaria significativamente más prolongada (p=0,017). No se observaron diferencias significativas entre el grado de lesión y la edad, el sexo, el mecanismo del trauma, la amilasemia ni el estudio de imagen realizado.

Discusión

En esta serie, el manejo conservador demostró ser una estrategia efectiva en la mayoría de los pacientes, incluso en lesiones grado 3. Aunque las complicaciones fueron más frecuentes en lesiones de mayor gravedad, la mayoría pudo resolverse mediante seguimiento clínico e intervenciones mínimamente invasivas, evitando resecciones pancreáticas. Estos resultados respaldan el tratamiento conservador, siempre que el manejo se realice en centros con experiencia.

P016) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE URGENCIA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Sorrentino, G.(1); Beltran, P.(1); Peréz, C.(1); Muñoz, N.(1); De La Cuadra, J.(2); Correia, G.(1); (1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción:En Chile la Ley 21.430 del Decreto Nº 604 extendió la atención pediátrica hasta los 18 años, permitiendo que adolescentes fueran manejados por cirujanos pediátricos. El Hospital Padre Hurtado en 2021 fue uno de los primeros en implementar esta medida, incorporando patologías tradicionalmente de adultos. El objetivo fue describir el impacto de la extensión de la edad pediátrica en las intervenciones quirúrgicas de urgencia en pacientes de 15 a 18 años.

Materiales y método:Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes entre 15 y 18 años sometidos a cirugía de urgencia entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Se analizaron edad, sexo, diagnóstico y procedimiento quirúrgico, clasificando las patologías según su origen.

Resultados:La apendicitis aguda fue la principal cirugía, con 227 apendicectomías (45,4 anuales). Le siguieron el escroto agudo (16 casos), la enfermedad biliar (6 colecistitis agudas y 2 colangitis), derrames pleurales complicados, obstrucción intestinal, divertículo de Meckel perforado e infecciones de partes blandas. Destacan los traumatismos de alta energía y lesiones penetrantes por arma blanca y de fuego con compromiso torácico, abdominal y vascular. Estos pacientes requirieron procedimientos complejos, incluyendo cirugía de control de daños, resección intestinal, esplenectomías, esofagostomías cervicales, yeyunostomías, hemicolectomias, toracotomías, reparación cardíaca, reconstrucción vascular, fasciotomías, videotoracoscopías y cirugías reconstructivas.

Discusión:Los hallazgos reflejan mayor diversidad y complejidad de las patologías, se realizaron procedimientos que requieren competencias avanzadas y un estrecho trabajo multidisciplinario con los cirujanos de adulto. La experiencia de un hospital mixto permitió integrar ambos equipos, favoreciendo el pronóstico de los pacientes.

Conclusiones: La extensión de la edad pediátrica modificó el perfil de la cirugía de urgencia, aumentando no solo en volumen sino también en complejidad y diversidad. Estos resultados respaldan la importancia de la formación del cirujano pediátrico en trauma complejo y cirugía hepatobiliar, además del trabajo conjunto con los cirujanos de adultos.

P017) INVAGINACIÓN YEYUNOILEAL RETRÓGRADA CON ENTERITIS AGUDA ISQUÉMICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN LACTANTE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA RECIENTE

Hernández Valencia, E.(1); Ramírez Garnica, M.(1); Barajas Medina, A.(1);
(1): Hospital de Especialidades Pediatrico León, León, Guanajuato, México

Introducción: La invaginación intestinal es la introducción de un segmento intestinal dentro de otro y constituye causa relevante de obstrucción en lactantes, usualmente ileocólica y anterógrada. Su fisiopatología incluye congestión venolinfática, edema parietal, compromiso arterial, isquemia y necrosis. Las lesiones guía incluyen divertículo de Meckel, pólipos, duplicaciones, linfoma, estenosis y dispositivos intraluminales. La invaginación retrógrada,

definida por progresión distal sobre proximal, es excepcional; la mayor serie pediátrica reporta 12 casos entre 4719 pacientes (0.25%). La literatura reciente está constituida predominantemente por reportes de caso, lo que limita la caracterización clínica.

Métodos: Reporte de caso clínico y revisión narrativa de publicaciones pediátricas indexadas de los últimos cinco años sobre invaginación retrógrada, incluyendo series, estudios observacionales y reportes clínicos.

Resultados: Paciente femenino de 1 año, antecedente de enfermedad de Kawasaki sin afección cardiaca cuatro meses previos. Inició siete días antes del ingreso con fiebre >40 °C, sin respuesta a aminopenicilina, asociando hiperemia conjuntival, exantema generalizado, rinorrea hialina, vómito gástrico con progresión biliar, distensión abdominal y evacuaciones semipastosas. Presentó elevación de reactantes de fase aguda y factores procoagulantes, con datos clínicos sospechosos de síndrome inflamatorio multisistémico, sin confirmación serológica para SARS-CoV-2. Evolucionó con irritación peritoneal y radiografía compatible con oclusión intestinal. En laparotomía urgente se identificó invaginación yeyunoileal retrógrada con segmento estenótico como cabeza invaginante. Se realizó resección y anastomosis término-terminal yeyunoileal en dos planos, a 50 cm del ángulo de Treitz. Histopatología: enteritis aguda isquémica.

Conclusiones: Este caso aporta evidencia clínico-quirúrgica e histopatológica de una variante excepcional. Su importancia radica en documentar una invaginación yeyunoileal retrógrada con abdomen agudo obstructivo e isquemia intestinal, en un contexto inflamatorio que puede mimetizar patología quirúrgica. La progresión clínica y la isquemia histológica sustentaron laparotomía urgente.

P018) PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LA PERITONITIS DIFUSA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: IMPLICANCIAS PARA EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO

Mora Fritis, C.(1); Cabezas, C.(1); Cordonier, E.(2); Jones, N.(1); Guevara, M.(1); Queupan, L.(3); Mora Lobo, C.(3); Yanine, J.(3); Campos Varas, J.(3);
(1): Residente Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile - Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile (2): Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile (3): Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile

Introducción: La apendicitis aguda constituye la urgencia quirúrgica más frecuente en pediatría. En la apendicitis complicada con peritonitis difusa existe sobrecrecimiento bacteriano, predominando Escherichia coli, Bacteroides fragilis, Streptococcus spp. y Pseudomonas aeruginosa. El tratamiento antibiótico empírico es fundamental para prevenir complicaciones infecciosas; sin embargo, en Chile existe escasa información sobre el perfil microbiológico de esta entidad. El objetivo fue caracterizar la epidemiología microbiana de la peritonitis difusa secundaria a apendicitis mediante cultivos intraoperatorios.

Método: Estudio observacional, prospectivo, realizado en pacientes de 1 a 15 años sometidos a apendicectomía por peritonitis apendicular difusa en un hospital pediátrico de alta complejidad de Santiago, entre abril de 2025 y abril de 2026. Se recolectaron variables demográficas, clínicas y microbiológicas. El manejo fue estandarizado mediante protocolo institucional. Se obtuvo aprobación por Comité de Ética del Servicio de Salud correspondiente.

Resultados: Se incluyeron 97 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, con una edad promedio de 9,65±3,44 años, siendo el 61% de sexo masculino. Se obtuvo cultivo intraoperatorio el 94% de los casos, con positividad de 96%. El 71% presentó crecimiento polimicrobiano. Se identificaron 176 aislamientos, predominando E. coli (86%), P. aeruginosa (33%), Streptococcus constellatus (31%) y Streptococcus anginosus (23%). El 13,3% de las cepas de E. coli fueron productoras de BLEE, y el 55% presentó resistencia a al menos un antibiótico, principalmente cotrimoxazol y cefazolina, sin resistencia a carbapenémicos.

Conclusiones: La microbiología observada confirma el carácter polimicrobiano de la peritonitis difusa secundaria a apendicitis pediátrica. La elevada frecuencia de Streptococcus plantea revisar el esquema antibiótico empírico institucional basado en amikacina y metronidazol, dada su cobertura limitada frente a estos microorganismos. Este estudio constituye la primera caracterización prospectiva nacional de esta población y aporta evidencia local para optimizar el tratamiento antibiótico empírico y fortalecer los programas de uso racional de antimicrobianos.

P019) SEDOANALGESIA SEGURA EN URGENCIA PEDIÁTRICA: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA EL MANEJO DE LESIONES ACCIDENTALES

Cisternas, V.(1); Veas, M.(1); Bustos, C.(2);
(1): Residente de Cirugía Pediátrica, Universidad de Concepción, Concepción, Chile (2): Cirujana Pediátrica, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Introducción

Las lesiones accidentales en la infancia, como heridas, quemaduras y otros traumatismos de partes blandas, son motivos frecuentes de atención en urgencia y pueden requerir procedimientos dolorosos, entre ellos curaciones, aseo, sutura, inmovilización o reducción. En este escenario, la sedoanalgesia protocolizada permite realizar intervenciones oportunas, seguras y humanizadas, disminuyendo dolor, ansiedad y estrés asociado al procedimiento.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 15 años sometidos a sedoanalgesia intravenosa con ketamina 1 mg/kg y midazolam 0,1 mg/kg, según protocolo institucional, entre enero de 2018 y diciembre de 2024. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, diagnóstico, procedimiento, tiempo de ayuno, efectividad,

eventos adversos y manejo requerido. Los datos fueron registrados en REDCap® y analizados mediante estadística descriptiva.

Resultados
Se registraron 682 sedaciones; 61,4% correspondió a pacientes masculinos, con edad media de 6,06 años. El 79,2% no presentaba comorbilidades; las más frecuentes fueron asma (5,6%) y trastorno del espectro autista (4,1%). Las principales indicaciones fueron heridas (27,9%), punción lumbar (22,6%), fracturas (20,4%) y quemaduras (18,5%). Las lesiones accidentales relevantes para cirugía plástica infantil, principalmente heridas y quemaduras, representaron una proporción significativa de los procedimientos. El protocolo fue efectivo en 99,8% de los casos. Los eventos adversos fueron leves: taquicardia (5,4%), sedación excesiva (0,4%) e hipoxia (0,1%), sin requerimiento de intervenciones avanzadas.

Discusión
La sedoanalgesia con ketamina y midazolam administrada por médicos no anestesistas, bajo un protocolo institucional, fue altamente efectiva y segura. Su aplicación facilita el manejo inicial de lesiones accidentales pediátricas, permitiendo curaciones y procedimientos dolorosos de forma oportuna, humanizada y con baja tasa de eventos adversos.

P020) MANEJO DE APENDICITIS AGUDA GANGRENOSA SIN ANTIBIÓTICOS POSTOPERATORIOS: REVISIÓN DE NUESTROS RESULTADOS

Pérez, C.(1); Sorrentino, G.(1); Beltrán, P.(1); Muñoz, N.(1); Kulikoff, B.(1); Correia, G.(1); Ayala, T.(1); Poblete, M.(1); Baraona, M.(1); Camhi, E.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción:
La apendicitis gangrenosa suele clasificarse como apendicitis complicada, indicándose habitualmente antibióticos postoperatorios. Sin embargo, en ausencia de perforación macroscópica, absceso o coprolito libre intraabdominal, su evolución podría ser similar a una apendicitis no perforada. Desde marzo de 2021, la Unidad de Cirugía Pediátrica del Hospital Padre Hurtado implementó un protocolo que clasifica la apendicitis gangrenosa no perforada como no complicada, omitiendo antibióticos postoperatorios de rutina. El objetivo fue describir los resultados postoperatorios de esta estrategia.

Materiales y métodos:
Estudio retrospectivo de pacientes ≤18 años operados por apendicitis aguda entre marzo de 2021 y marzo de 2026. Se incluyeron casos con descripción intraoperatoria de apendicitis gangrenosa sin perforación macroscópica, absceso ni coprolito libre. Se revisaron protocolos operatorios y epicrisis, registrando colección intraabdominal, reingreso, reoperación y estadía hospitalaria. Se excluyeron casos sin especificación de fase apendicular.

Resultados:
Durante el periodo estudiado se operaron 966 pacientes por apendicitis aguda. De ellos, 132

correspondieron a apendicitis gangrenosa no perforada, representando el 13,7% del total. La tasa de colección intraabdominal postoperatoria fue de 3,0% (n=4). Solo un paciente requirió reingreso a 30 días y reoperación, correspondiente al 0,8% de la cohorte. La estadía hospitalaria promedio fue de 1,55 días.

Discusión:
El manejo sin antibióticos postoperatorios rutinarios se asoció a baja tasa de complicaciones infecciosas. Esta estrategia podría disminuir exposición antibiótica, efectos adversos, costos y riesgo de resistencia bacteriana, favoreciendo altas precoces. La principal limitación corresponde al diseño retrospectivo y a la posible variabilidad interobservador en la definición intraoperatoria de gangrena.

Conclusión:
Estos resultados respaldan la seguridad del protocolo institucional y promueven un uso más racional de antibióticos en pacientes pediátricos seleccionados.

P021) CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN COMPLEJO ASISTENCIAL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, SANTIAGO, CHILE – ATENCIONES DE URGENCIAS ENTRE LOS AÑOS 2018 – 2025

Espinoza, M.(1); Rojas, M.(1); Herrera, A.(1); Catán, C.(1); Morales, K.(1); Bag, M.(1);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

Chile atraviesa un envejecimiento demográfico con disminución de la población pediátrica. En este contexto, el Ministerio de Salud permitió extender la atención pediátrica hasta los 18 años, medida que el Complejo Asistencial Sótero del Río aplicó desde 2020. El objetivo es mostrar su repercusión en los pacientes que consultan al Servicio de Urgencias Infantil (SUI) por causa quirúrgica.

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de atenciones del SUI en ficha electrónica entre 2018 y 2025. Se analizaron año, edad (menores y mayores de 15 años), sexo y diagnóstico de los pacientes hospitalizados y operados, mediante estadística descriptiva en Excel.

Entre 2018 y 2025 se registraron 569.570 atenciones en el SUI; 58.260 (10,2%) fueron evaluadas por Cirugía Infantil, 4.563 (7,8%) se hospitalizaron y 3.813 fueron operadas. Entre los operados, 3.321 (87,1%) eran menores de 15 años y 492 (12,9%) de 15 años o más, con predominio masculino (61,7%). La diferencia cambió radicalmente: antes de 2020 los mayores de 15 años eran casi inexistentes (0 en 2018; 2 en 2019), mientras casi todas las operaciones correspondían a menores de 15 años. Desde 2020 los mayores de 15 años irrumpieron (65 casos, 13,1%) y se estabilizaron cerca del 20% (84 casos, 20,2% en 2025). Paralelamente, los menores de 15 años operados descendieron de 534 (2018) a 332 (2025). Los diagnósticos más frecuentes fueron abdomen agudo/apendicitis (65,6%) y heridas complejas (8,9%).

El perfil demográfico de la cirugía pediátrica en nuestro centro cambió estructuralmente tras extender la edad de atención en 2020. Los mayores de 15 años, ausentes hasta 2019, pasaron a representar uno de cada cinco operados, mientras los menores de 15 años disminuyeron. La ampliación etaria, junto con la caída de la población pediátrica, redefine el perfil del servicio y justifica adecuar recursos, capacitación e infraestructura al adolescente como usuario habitual del SUI.

P022) PERFIL MICROBIOLÓGICO Y PATRONES DE RESISTENCIA EN PERITONITIS APENDICULAR PEDIÁTRICA: UN LLAMADO A LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA)

Briceño Muga, F.(1); Carrera, F.(1); Paredes, F.(1); Andrades, V.(1); Jana, B.(1); Almuna, C.(1); Sánchez, C.(1); Garrido, M.(2); Weibel, A.(3); Gonzalez, G.(4);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Centro Interdisciplinario de Investigación Biomédica en Ingeniería para la Salud (MEDING) Universidad de Valparaíso, Valparaiso, Chile (3): Hospital Dr Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (4): Profesora visitante Lerner College of Medicine. Case Western Reserve University. Cleveland Clinic Children´s Hospital. Profesora Asociada Universidad de Chile, Cleveland, EEUU

Introducción

La peritonitis apendicular (PA) representa una de las principales causas de infección intraabdominal pediátrica. La emergencia de cepas resistentes compromete la idoneidad empírica y exige vigilancia epidemiológica activa. Objetivo: Describir el perfil microbiológico, patrones de resistencia y el impacto clínico de cepas resistentes en niños operados por PA.

Métodos

Estudio transversal de peritonitis apendiculares operadas entre octubre de 2024 y abril de 2026. Se analizaron variables demográficas en n (%), perfiles de cultivo y susceptibilidad, comparando complicaciones postoperatorias y estancia hospitalaria (LOS) según el estado de resistencia bacteriana.

Resultados

Se incluyeron N=99 pacientes, con un 60,6% (n=60) masculinos y mediana de edad de 9 años (RIC: 7,5–12). No se tomó cultivo en el 27,3% (n=27) y el 17,2% (n=17) fue negativo. El patógeno predominante fue Escherichia coli (49,5% [n=49]), seguido por el Grupo Streptococcus anginosus (10,1% [n=10]). Se aislaron cepas resistentes en el 18,2% (n=18) de los cultivos positivos. La resistencia en E. coli alcanzó 20,0% (n=11/55) para

ampicilina/sulbactam y 16,0% (n=9/55) para ciprofloxacino. Se ajusto la terapia antibiótica en 7 pacientes según resultados de antibiograma. No se observó asociación estadísticamente significativa entre la presencia de cepas resistentes, complicaciones postoperatorias (16,7% vs. 13,6%; p=0,715) ni en la prolongación de la mediana de estancia hospitalaria (7 vs. 5 días; p=0,114) o la duración de la terapia antibiótica (10.2 vs 8.4 días; p=0.1058).

Conclusión

Escherichia coli permanece como el principal agente en PA, con una resistencia preocupante a aminopenicilinas/inhibidores y quinolonas. Aunque las cepas resistentes no incrementaron significativamente las complicaciones ni el LOS en esta cohorte, la transgresión de los límites de seguridad de la IDSA/SIS subraya la necesidad de mantener vigilancia microbiológica activa e invita a otros centros regionales a auditar sus patrones locales.

P023) PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE REDUCCIÓN NEUMÁTICA EN INVAGINACIÓN INTESTINAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y COSTO-EFECTIVIDAD EN UN ENTORNO DE RECURSOS LIMITADOS

Cantú, J.(1); García García, A.(2); Cázares, J.(3); Osorio, J.(4); Colin, J.(5);
(1): Reyes, Nuevo León, México (2): Secretaria de Salud, NuevoLeón, México (3): Rangel, Nuevo León, México (4): De Dios, Nuevo León, México (5): Garcnica, Nuevo León, México

Introduccion: La reducción neumática guiada por fluoroscopia en invaginación intestinal es eficaz y mínimamente invasiva, sin embargo, su adopción en centros con infraestructura limitada continúa siendo un desafío. Este estudio describe nuestra experiencia con un protocolo estandarizado de reducción neumática (PRN), analizando su seguridad y costo-efectividad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de invaginación intestinal atendidos entre enero de 2012 y diciembre de 2025. El diagnóstico fue confirmado por clínica y ultrasonido abdominal. Fueron candidatos al PRN los pacientes estables y sin datos de peritonitis; la cirugía se reservó para inestabilidad hemodinámica, peritonitis o fracaso del PRN. Se analizaron variables demográficas, clínicas y costos. Los costos se describen en dólares.

Resultado: Identificamos 1,113 pacientes con diagnóstico de invaginación intestinal. 815 (73.2%) fueron tratados con PRN y 298 (26.7%) requirieron manejo quirúrgico primario. La tasa de éxito global fue del 92% (751): 638 pacientes (84.9%) resolvieron en el primer intento, 90 (11.9%) en el segundo y 23 (3.0%) en el tercero. El fracaso del PRN ocurrió en 69 pacientes (6.2%), todos resueltos quirúrgicamente; 10 (14.5%) requirieron resección y 8 (11.6%) derivación intestinal. No se registraron complicaciones asociadas al PRN. La estancia hospitalaria media fue de 1.4 días (rango: 1–4 días).

Discusión: El costo de la estancia hospitalaria, considerando el promedio de 1.4 días es de 240 USD$ por paciente. El costo por paciente tratado mediante PRN fue de 245 USD$, mientras que el costo del manejo quirúrgico fue 983 USD$. Representando una diferencia de 738 USD$ por paciente. Evitar la cirugía en la mayoría de los pacientes reduce riesgos y genera un impacto económico favorable, especialmente en sistemas de salud con recursos limitados.

Conclusion: El PRN representa una alternativa segura, eficaz, factible, costo-efectiva y reproducible como tratamiento de primera línea en Invaginación intestinal.

P024) VISIÓN CRÍTICA DE SEGURIDAD PARA COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA

González, J.(1);
(1): Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom, San salvador, El Salvador

ESTE VIDEO MUESTRA PASO A PASO LA TECNICA PARA OBETENER LA VISION CRITICA DE SEGURIDAD EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, DESCRITA POR EL DR. STEVEN STRASBERG

SE ENFATIZA EN LA DISECCIÓN CUIDADOSA DEL TRIANGULO HEPATOCISTICO, LA LIBERACIÓN DEL TERCIO INFERIOR DE LA VESÍCULA Y LA IDENTIFICACIÓN ADECUADA DEL CONDUCTO Y ARTERIA CÍSTICA , ANTES DE CLIPAJE Y CORTE

P025) REPARO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA DE MORGAGNI

González, J.(1); Meléndez, L.(1);
(1): Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom, San salvador, El Salvador

El video describe la técnica utilizada para la corrección de una hernia diafragmática anterior o de Morgagni

1. Posicionamiento del paciente y colocación de trócares.

2. Identificación y exposición del defecto herniario

3. Liberación de las estructuras contenidas dentro de la hernia con electrocauterio

4. Reparo de la hernia utilizando una aguja para cierre de fascia con material de sutura no absorbible

5. Verificación del cierre y ausencia de complicaciones

P026) PERFIL QUIRÚRGICO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, 2020-2026

Saavedra, J.(1); Magaña, M.(1); Soto, N.(2); Rivera, V.(3); Villagra, J.(3); Elton, A.(4);
(1): Programa de Postgrado en Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso., Viña del Mar, Chile (2): Servicio de urgencias adulto, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile (3): Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (4): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña de Mar, Chile

Introducción: La extensión de la edad pediátrica en Chile hasta los 17 años, 11 meses y 29 días representa un desafío para los servicios de cirugía pediátrica, aunque la evidencia local sobre el perfil quirúrgico adolescente es limitada. El objetivo fue describir las intervenciones quirúrgicas realizadas en este grupo en un centro terciario de referencia chileno.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron las cirugías registradas en la base institucional en pacientes desde los 15 años a los 17 años, 11 meses y 29 días atendidos en un centro asistencial terciario chileno, entre el 01/01/2020 al 30/04/2026, se solicitó a estadística el número de cirugías bajo 15 años realizados por cirugía pediátrica en el mismo período. Se incluyó especialidad quirúrgica, tipo de atención, distribución anual y categoría diagnóstica; el análisis se efectuó mediante estadística descriptiva. Criterios de exclusión fueron: aquellas resueltas por traumatología, cirugía cardiovascular, obstetricia, fisurados, odontología, oftalmología, anestesia y aquellas que ya pertenecían a prestaciones de cirugía pediátrica.

Resultados: Se registraron 562 cirugías, la media de edad fue de 16 años. Dentro de las intervenciones de urgencia, la apendicectomía fue la intervención más frecuente (76.1%), seguida de exploración de escroto agudo (5.9%) e intervenciones por trauma (3.3%). Las cirugías electivas representaron un 31.3% siendo la intervención más frecuente la instalación y retiro de catéteres venosos centrales tunelizados (13.6%). El aumento de intervenciones quirúrgicas con respecto a lo realizado en el mismo centro bajo los 15 años sería un 6,47% en total.

Conclusión: El aumento de la edad de atención pediátrica producirá un aumento leve del número de cirugías siendo éstas principalmente apendicitis aguda, escroto agudo y trauma en el contexto de urgencia e instalación y retiro de catéteres venosos centrales tunelizados en contexto electivo.

P027) DESENLACES CLÍNICOS DE PACIENTES LLEVADOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON ALTA TEMPRANA. EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS EN BOGOTÁ D.C

Jiménez, I.(1); Hernández, E.(1); Bernal, L.(1); Tinoco, N.(1);
(1): Hospital Infantil Universitario de San José, Bogotá, Colombia

Introducción:

La colecistectomía laparoscópica (CL) en pediatría es el procedimiento de elección en patologías benignas de la vía biliar y en algunas enfermedades hemolíticas. El aumento de la obesidad infantil ha repercutido en la prevalencia de la colelitiasis en y la realización de CL. Esto representa una preocupación económica por aumento en los costos asociado a la morbilidad quirúrgica y la estancia hospitalaria.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el cual se recolectaron datos de la historia clínica de pacientes menores de 18 años que fueron sometidos a CL con egreso el mismo día del procedimiento, en dos hospitales pediátricos de Bogotá, entre el 2017 y 2024.

Resultados

Se revisaron historias clínicas de pacientes llevados a CL. Se obtuvieron 149 pacientes llevados a CL que tuvieron egreso el mismo día del procedimiento. El 77% fueron mujeres con edad mediana de 15 años. La mayoría tenían diagnóstico de colelitiasis sin colecistitis. La readmisión fue de 4.7%. Ningún paciente requirió reintervención y no se reportó mortalidad.

Discusión

Con el incremento de la obesidad infantil, se ha observado un aumento paralelo en la incidencia de colelitiasis en la población pediátrica generando mayor necesidad de CL. Como se ha reportado en la literatura, la patología biliar benigna es más frecuente en pacientes femeninas concordantes con nuestros resultados. No se encontró una presencia significativa de sobrepeso u obesidad en la muestra estudiada. Las complicaciones ocurrieron en el 2.1% de los casos, predominantemente entre los 10 y 15 días posquirúrgicos sin asociación clara entre el tiempo de reingreso por urgencias y la presentación de la complicación. La mayoría no fueron dados de alta el mismo día del procedimiento, generalmente por hábitos y costumbres del cirujano y la institución sin base en criterios clínicos.

P028) TORSIÓN VESICULAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Saavedra Varas, P.(1); Véliz Rojas, A.(2); González Mery, G.(1);
(1): Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile (2): Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

Introducción

La torsión vesicular es una entidad excepcional en pediatría, con alrededor de 60 casos descritos. Su diagnóstico representa un desafío debido a la inespecificidad de los síntomas, pudiendo confundirse con gastroenteritis, apendicitis o colecistitis aguda alitiásica. El retraso diagnóstico puede provocar complicaciones graves e incrementar la mortalidad.

Material y método

Se presenta el caso clínico de un paciente pediátrico con diagnóstico intraoperatorio de torsión vesicular, atendido en un hospital del norte de Chile.

Resultado

Masculino de 7 años, previamente sano. Consultó por cuatro días de dolor abdominal difuso y vómitos. Inicialmente fue dado de alta con diagnóstico de gastroenteritis aguda. Reingresó 24 horas después por intensificación del dolor y elevación marcada de parámetros inflamatorios, con pruebas hepáticas normales. La ecografía y tomografía evidenciaron vesícula sobredistendida, engrosamiento parietal, ausencia de litiasis y vía biliar fina. Además, imágenes mostraban condensación bibasal leve y panel respiratorio fue positivo a S. pneumoniae. Se ingresa con diagnóstico de colecistitis aguda alitiásica en contexto de cuadro respiratorio, iniciándose tratamiento antibiótico endovenoso. Ante deterioro clínico, aumento de marcadores inflamatorios y aparición de signos de irritación peritoneal, se realizó laparoscopia exploradora. Se encontró líquido hemático libre, vesícula gangrenosa con necrosis, sin adherencia al lecho hepático y torsión de 360° a nivel del conducto cístico. Se efectuó destorsión y colecistectomía laparoscópica, con evolución postoperatoria favorable y alta tras completar siete días de antibióticos.

Discusión

La torsión vesicular debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de colecistitis aguda alitiásica en niños sin inmunocompromiso ni un foco séptico que explique el cuadro. Aunque la ecografía, la tomografía y la colangiorresonancia pueden orientar el diagnóstico, la sospecha clínica y la laparoscopia exploradora continúan siendo el estándar diagnóstico y terapéutico. El reconocimiento precoz es fundamental para evitar complicaciones y reducir la mortalidad asociada.

P029) SANGRADO CENTINELA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FÍSTULA ARTERIOENTÉRICA TRAS HEPATICOYEYUNOSTOMÍA POR QUISTE DE COLÉDOCO: REPORTE DE CASO

Feijó Pinto, T.(1); Sande, L.(1); Donizette Da Silva Santos, G.(1); Cortez Belloti Rodante, A.(1); Solano Gámez, A.(1); Farion, L.(1); Ávilla, S.(1); De Mattos E Silva, E.(1); Garbers, J.(1); Bersani-amado, F.(1);
(1): Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba-PR, Brasil

La hepaticoyeyunostomía en Y de Roux es una técnica reconstructiva de tras la resección del quiste de colédoco. Aunque presenta buenos resultados, las complicaciones hemorrágicas secundarias a fístulas pueden ocasionar choque hemorrágico. Las fístulas arterioentéricas son infrecuentes en la población pediátrica y pueden manifestarse inicialmente mediante episodios leves de hemorragia digestiva ("sangrado centinela"), precediendo a una hemorragia masiva. Se presenta un caso que resalta la importancia del reconocimiento precoz de esta manifestación.

Reporte de caso basado en la revisión de la historia clínica, exámenes de laboratorio, estudios de imagen y descripción operatoria.

Paciente masculino de cuatro años, sometido a resección de quiste de colédoco con reconstrucción hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. En el segundo día postoperatorio presentó bilioperitoneo, requiriendo relaparotomía. En el séptimo día presentó un episodio autolimitado de hematoquecia. La tomografía computarizada no evidenció sangrado activo y el cuadro se resolvió tras tratamiento con ácido tranexámico. Recibió alta hospitalaria en el duodécimo día. En el decimocuarto día presentó un nuevo episodio de hematoquecia, indicándose retorno inmediato al hospital. Durante el traslado evolucionó con choque hemorrágico. En el decimoquinto día postoperatorio requirió laparotomía exploradora de urgencia, identificándose una fístula entre la arteria cística y la anastomosis hepaticoyeyunal como causa del sangrado, realizándose control quirúrgico de la lesión vascular.

La fístula arterioentérica es una complicación poco frecuente, asociada a inflamación local, infección o colecciones biliares que favorecen la erosión vascular. El episodio inicial de hematoquecia fue compatible con un probable sangrado centinela, manifestación precursora de hemorragias masivas secundarias a lesiones vasculares. Su reconocimiento precoz puede modificar la conducta clínica, permitiendo una intervención antes de la hemorragia masiva y reduciendo potencialmente la morbimortalidad. La ausencia de extravasación en los estudios de imagen no excluye una lesión vascular significativa, resaltando la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica.

P030) QUISTE HIDATIDICO MUSCULAR, TODO UN DESAFÍO

Roldan, N.(1); Maurer, J.(2); Hinojosa, P.(2); Riquelme, B.(2); Castillo, V.(2); Sepulveda, J.(1); Rider, J.(1); Torres, C.(1); Polak, A.(1); Leiva, R.(1);
(1): HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS, CHILE (2): UNIVERSIDAD DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS, Chile

INTRODUCCIÓN La hidatidosis es una zoonosis causada por la tenia Echinococcus granulosus. En Chile presenta una incidencia 1.0-2.5/100.000 habitantes. La localización más frecuente corresponde a hígado (60-70%) y pulmón (20-30%); la muscular es inhabitual (0.7-0.9%) en general multilocular. El tratamiento de primera línea es la cirugía más albendazol. El objetivo es dar a conocer un caso clínico de hidatidosis de localización muy infrecuente asociado a su dificultad diagnóstica, además de discutir las posibilidades de manejo primario y recidiva.

MATERIAL Y MÉTODOS Reporte de caso siguiendo directrices SCARE más revisión de literatura.

RESULTADOS Escolar 10 años, sin antecedentes, consulta por aumento de volumen pectoral derecho de 3 meses de evolución, ecografía impresiona masa quística unilocular con contenido homogéneo, sin inflamación ni vascularización en músculo pectoral mayor derecho. Se sospecha malformación vascular linfática. Se planifica punción ecoguiada más inyección de polidocanol 2%. Al puncionar da salida a líquido "agua de roca" por lo que se sospecha hidatidosis y se inyecta esclerosante. Se envía muestra a estudios incluido Instituto de Salud Pública confirmando hidatidosis. Se completa screening, encontrando un quiste hidatídico hepático CE-1. Se realizó tratamiento con albendazol según guía chilena. Lesión hepática estable 2 años, lesión pectoral recidivada.

DISCUSIÓN La hidatidosis músculo-esquelética es una manifestación infrecuente, ya que la contracción muscular y la producción de ácido láctico hacen de este un ambiente hostil para su reproducción. En general suele presentarse como tumor de tejido blando indoloro de crecimiento lento sin síntomas sistémicos, multilocular, lo que plantea un desafío diagnóstico requiriendo alto índice de sospecha. El manejo habitual es albendazol con posterior resección del quiste. La terapia coadyuvante con agentes esclerosantes como polidocanol o bleomicina no está descrita formalmente para estos casos ni tampoco el manejo en casos de recidiva, lo que abre posibilidades de implementar nuevas herramientas terapéuticas.

P031) RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE MEMBRANA DUODENAL INCOMPLETA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE PREESCOLAR CON SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE UN CASO

Mellado Sepulveda, A.(1); Osses, J.(2); Guiñez, J.(2); Aldunce Sanchez, P.(3);
(1): Universidad Santiago de Chile, santiago, chile (2): Hospital Felix Bulnes Cerda, santiago, chile (3): Universidad Mayor, santiago, chile

La membrana duodenal es una anomalía congénita cuya diagnostico clásicamente ocurre durante el periodo neonatal. Sin embargo, existen formas parciales que permiten el paso de contenido alimentario, lo que retrasa el diagnóstico.

Se presenta estudio retrospectivo. Analizando antecedentes de un paciente con hallazgo incidental, estrategia quirúrgica y evolución postoperatoria.

Paciente masculino de 4 años con Síndrome de Down. Consulta por cuadro de ingesta de cuerpo extraño, el cual se evidencia mediante radiografía de abdomen. Se amplia estudio con TAC de abdomen y pelvis con contraste, que informa dilatación en segmento de intestino delgado, probablemente secundario a suboclusión intestinal. Se procede al retiro de cuerpo extraño mediante endoscopia digestiva alta, donde se sospecha membrana duodenal que fue confirmada por tránsito baritado. Se indaga en historia clínica del paciente, confirmando cuadro inadvertido de vómitos recurrentes, distensión abdominal y episodios de deshidratación que requieren hospitalización. Nunca se sospechó de atresia duodenal y sus formas incompletas, en sus atenciones médicas previas.

Se programa resolución quirúrgica definitiva. Se realiza laparotomía media supraumbilical. Se evidencia marcada distorsión anatómica, severa dilatación del cabo proximal duodenal y un cabo distal de calibre normal. Tras realizar duodenotomía se visualiza membrana duodenal fenestrada obstructiva y se realiza anastomosis duodeno-duodenal en diamante (técnica de Kimura). El procedimiento cursa sin incidentes. Tras un manejo inicial en la unidad de pacientes críticos con soporte metabólico, el paciente logra tolerancia enteral progresiva total, deposiciones normales y es dado de alta en óptimas condiciones.

Este caso demuestra la importancia de una sospecha clínica, sin sesgo de patología por edad.Si bien se trata de una patología neonatal clásica, existen cuadros incompletos, que pudiesen dificultar el diagnóstico. La coexistencia de un cuadro de cuerpo extraño representó un factor confundente . La anastomosis en diamante demuestra ser una técnica segura y definitiva, incluso en pacientes con diagnóstico tardío.

P032) ABORDAJE DE TUMORES DE CABEZA DE PÁNCREAS EVITANDO DUODENOPANCREATECTOMÍA

Roggero, A.(1); Dardanelli, C.(1); Pinto, G.(1); Gallino, E.(2); Luzia, T.(1); Garcia, M.(3); Ruffa, F.(3); Herrera, J.(3); Maricic, M.(1); Bellia, G.(1);
(1): Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad de Buenos Aires, Argentina (2): Hospital General de Niños Pedro de Elizalde y Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina (3): Hospital Militar Central Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Introducción: en pacientes pediátricos los tumores de cabeza del páncreas (TCP) suelen ser benignos. Aunque el tratamiento tradicional es la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), esta se asocia a complicaciones como retraso del vaciamiento gástrico, insuficiencia pancreática exocrina/endocrina, dehiscencias anastomóticas y estenosis biliares. En pediatría, estas secuelas adquieren especial relevancia por la larga expectativa de vida, otorgando interés a la cirugía preservadora. Nuestro objetivo es reportar los resultados de una serie pediátrica sometida a resección conservadora de TCP. Material-método: estudio retrospectivo de una serie de casos operados por el mismo cirujano en dos centros de Buenos Aires, Argentina (2019-2025). Se analizaron: variables demográficas, clínica, quirúrgicas, evolución y complicaciones postoperatorias, estas últimas definidas según el

Grupo Internacional de Estudio de Cirugía Pancreática (ISGPS). **Resultados:** se incluyeron 5 pacientes con edad mediana de 11.4 años (rango: 12-15); 4 de sexo femenino. Los síntomas fueron dolor abdominal (5/5), vómitos (2/5), masa palpable (1/5) y pérdida de peso (1/5). La sospecha diagnóstica era de tumores benignos, 2 confirmados por biopsia. Se realizó enucleación (n=2) y pancreatectomía cefálica con preservación duodenobiliar (n=3) con la derivación pancreática al yeyuno (2/3) y al estómago (1/3).El tiempo operatorio fue de 298 minutos (rango: 240-385) y la estadía hospitalaria 18 días (rango: 8-47). No hubo complicaciones intraoperatorias. Dos pacientes presentaron inflamación pancreática perioperatoria y dos desarrollaron fístula pancreática, resueltas a los días 7 y 47; esta última paciente con anatomía poco clara del conducto pancreático intraoperatorio, y requirió drenaje percutáneo posterior .El estudio histopatológico confirmó tumor de Frantz en todos los casos. Con un seguimiento de 1 a 6 años, todos resolvieron los síntomas, no presentaron retraso del vaciamiento gástrico, insuficiencia pancreática, dehiscencias anastomóticas ni estenosis biliares. **Discusión:** en estos 5 casos logramos realizar la resección tumoral conservadora, resolviendo totalmente la sintomatología y sin evidencia de secuelas asociadas a la DPC.

P033) TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO METASTÁSICO EN PEDIATRÍA: TRASPLANTE HEPÁTICO COMO ESTRATEGIA CURATIVA

Gigli Browne, C.(1); Becker, B.(1); Taboada, E.(1); Henríquez, F.(1); Pattillo, J.(1); Vuletin, F.(1); Sáez, J.(1); Achurra, P.(1); Rebolledo, P.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Los tumores neuroendocrinos pancreáticos son infrecuentes en pediatría; su presentación con metástasis hepáticas bilobares y compromiso ganglionar retroperitoneal constituye un desafío terapéutico. El trasplante hepático es una alternativa curativa en pacientes seleccionados, tras control completo de la enfermedad extrahepática. El objetivo es describir el manejo y evolución de un paciente pediátrico con tumor neuroendocrino pancreático metastásico llevado a trasplante hepático.

Reporte de caso clínico con análisis retrospectivo de la historia clínica de un paciente pediátrico.

Paciente masculino de 13 años con tumor neuroendocrino pancreático bien diferenciado (G2), diagnosticado en diciembre de 2024, con metástasis hepáticas bilobares y compromiso ganglionar retroperitoneal, sin enfermedad extrahepática en otros sitios. Sometido a pancreatectomía corporocaudal con esplenectomía y, posteriormente, a resecciones ganglionares paraaórtica y paraaortoilíaca por persistencia retroperitoneal. Tras resección completa de la enfermedad extrahepática, permaneció seis meses en vigilancia sin recurrencia y con enfermedad hepática estable. A los 17 meses del diagnóstico, se realizó trasplante hepático ortotópico de donante fallecido de 15 años, con reemplazo de vena cava inferior, anastomosis bicava y reconstrucción portal, arterial y biliar ducto-ducto. Isquemia fría: 9 h 30 min; sangrado: 750 ml. El explante evidenció innumerables metástasis bilobares

(hasta 5,5 cm), Ki-67 6% (G2), compromiso de linfonodos hiliares y márgenes libres. Evolucionó sin complicaciones vasculares ni biliares precoces.

El trasplante hepático por metástasis neuroendocrinas se rige por criterios restrictivos (criterios de Milán): histología G1-G2, tumor primario resecado, ausencia de enfermedad extrahepática y estabilidad ≥6 meses, todos cumplidos por este paciente. Series con estos criterios reportan sobrevida a 10 años de 93% frente a 75% con resección aislada, respaldando el trasplante como estrategia curativa en casos seleccionados. La experiencia pediátrica publicada es aún escasa.

El trasplante hepático ofrece una alternativa curativa en casos seleccionados de tumor neuroendocrino pancreático metastásico pediátrico con enfermedad extrahepática controlada y criterios de selección estrictos cumplidos.

P034) COLEDOCOLITIASIS PERSISTENTE ASINTOMÁTICA EN LA INFANCIA. REPORTE DE CASO.

Catán, C.(1); Rojas, M.(2); Vásquez, P.(2); Álvarez, T.(1); Navarrete, A.(1); Aylwin, P.(1);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La coledocolitiasis es excepcional en la infancia, con incidencia menor a 1 en 5000. El diagnóstico es complejo por la inespecificidad de síntomas en estos pacientes. Presenta alta tasa de resolución espontánea (35-66%), pero se recomienda la resolución quirúrgica. Presentamos un caso de coledocolitiasis en la infancia, persistente a pesar de resolución sintomática.

MATERIAL Y MÉTODOS:Estudio retrospectivo descriptivo de caso clínico, con revisión de literatura.

RESULTADOS: Paciente femenino de 3 años, prematura de 33 semanas. Ingresa a urgencias por dolor abdominal de 2 días, asociado a vómitos, ictericia, coluria y acolia. Ingresa ictérica con dolor abdominal difuso. Laboratorio destaca leucocitos 13000miles/uL, proteína C-reactiva 32.4 mg/L, Bilirrubina total 3.64 mg/dL, (directa 2.81mg/dL), Gamma-glutamil transferasa 209 U/L, aspartato aminotransferasa 242 U/L, Alanina Aminotransferasa 203 U/L, Lipasa 2915 U/L. Ecografía abdominal con colelitiasis. Dilatación de la vía biliar (VB) intra y extrahepática. Colédoco de 6mm con barro biliar en porción intrapancreática. Se hospitaliza por pancreatitis leve. Alta a los 7 días, asintomática, con pruebas hepáticas en disminución y VB de 3.3 mm. Se programa colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria (CIO). CIO con gran cálculo impactado en colédoco distal. Se realiza exploración transcística de la VB con dormia, frustra, por lo que se realiza exploración con coledocoscopio, logrando extracción de cálculos en su totalidad. Colecistectomía sin incidentes. Evoluciona favorablemente, con alta al día siguiente. Se mantiene asintomática, con 1.5 años de seguimiento.

DISCUSIÓN: La coledocolitiasis tiende a la resolución espontánea en pediatría, pero puede persistir, incluso asintomática, siendo relevante la CIO durante la resolución quirúrgica. La exploración laparoscópica de VB (ELVB) es una alternativa segura y eficaz, permitiendo resolución en una etapa anestésica. La coledocolitiasis puede presentarse en cualquier etapa de la niñez, debe sospecharse y manejarse de forma individualizada según recursos disponibles, siendo la ELVB una alternativa posible y efectiva.

P035) DRENAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO AUTÓCTONO EN UN PREESCOLAR SÉPTICO. INFORME DE UN CASO EN CHILE.

Silva, A.(1); Colmenares, T.(1); Rojas, J.(1); Quijada, O.(1); Conti, T.(1); Fermin, L.(1); Montaño, D.(1); Barra, J.(1);
(1): Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique, Chile

Introducción: El Absceso Hepático Amebiano (AHA) es una patología inusual en Chile. Los cambios demográficos han propiciado la aparición de casos autóctonos. El abordaje mínimamente invasivo mediante drenaje percutáneo ecoguiado se ha consolidado como una herramienta fundamental, para el control rápido del foco infeccioso en pacientes críticos, y para el esclarecimiento etiológico. El objetivo es reportar el caso de un preescolar de 2 años de edad con AHA de adquisición autóctona y rápida evolución a sepsis, destacando la eficacia de drenaje percutáneo como pilar terapéutico y diagnóstico

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de un caso. Se analizaron variables clínicas, reactantes de fase aguda, estudios de imágenes y las estrategias de abordaje quirúrgico-intervencionista.

?Caso clínico: Preescolar de 2 años, chileno, sin antecedentes de viajes. Consulta por cuadro de 6 días con fiebre y dolor abdominal agudo. TC y ecografía revelan absceso hepático en lóbulo izquierdo de 40 mm por 60 mm. Inicia Cefotaxima/Clindamicina empírica. FilmArray positivo para Entamoeba histolytica, se rota a Ceftriaxona/Metronidazol. Por mala evolución a sepsis, se realiza punción aspirativa ecoguiada obteniendo líquido compatible con amebiasis, confirmado por ISP como amebiasis invasora. Ante reproducción ecográfica de lesión y persistencia febril, se efectúa segunda punción evacuadora más instalación de drenaje percutáneo. Menor presenta franca mejoría clínica y normalización analítica; retiro posterior del drenaje . Se otorga alta con terapia oral.

?Discusión: EL AHA es excepcional en la Pediatría Chilena. No obstante, los flujos migratorios actuales introducen el riesgo de casos autóctonos mediante transmisión horizontal intradomiciliaria desde cuidadores procedentes de zonas endémicas. En cirugía pediátrica, el drenaje percutáneo mínimamente invasivo demostró ser la estrategia de elección ante la inestabilidad hemodinámica y duda diagnóstica, logrando el control inmediato del foco séptico y muestras biológicas sin la morbilidad de un procedimiento más invasivo.

P036) SERIE DE CUATRO CASOS DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS INTRAABDOMINALES EN PEDIATRÍA: HETEROGENEIDAD CLÍNICA Y DESAFÍOS EN EL MANEJO

Henríquez, F.(1); Sáez, J.(1); Vuletin, F.(1); Pattillo, J.(1); Álvarez, C.(1); Fuentes, T.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Las malformaciones linfáticas intraabdominales (MLI) son anomalías vasculares infrecuentes, representando menos del 5% de todas las malformaciones linfáticas. Su variabilidad clínica e imagenológica dificulta el diagnóstico preoperatorio y condiciona estrategias terapéuticas diversas. El objetivo es describir el espectro clínico, las alternativas de tratamiento y la evolución de una serie de pacientes pediátricos.

Estudio retrospectivo descriptivo de cuatro pacientes pediátricos con malformaciones linfáticas intraabdominales tratados entre 2025 y 2026 en dos centros terciarios. Se analizaron presentación clínica, hallazgos imagenológicos, tratamiento y evolución.

Se incluyeron pacientes entre 2 meses y 14 años. Dos lactantes consultaron por abdomen agudo con distensión abdominal, vómitos, fiebre y dolor; las imágenes fueron inespecíficas y orientaron a diagnósticos alternativos. La exploración quirúrgica confirmó malformaciones linfáticas mesentéricas: uno requirió resección intestinal con anastomosis primaria y el otro, con infiltración de la raíz del mesenterio y retroperitoneo, fue manejado con resección parcial, marsupialización y drenaje. Un tercer paciente, con diagnóstico prenatal de malformación retroperitoneal y subcutánea lumbar, consultó a los 14 años por hemorragia intralesional. La resonancia evidenció compromiso mesentérico y retroperitoneal con desplazamiento de estructuras; dada la irresecabilidad, se indicó sirolimus, logrando reducción del volumen lesional y resolución sintomática. El cuarto caso fue un lactante de 7 meses con masa abdominal incidental, interpretada como lesión sólida; la laparoscopia confirmó malformación linfática mesentérica con compromiso intestinal focal, realizándose resección y anastomosis. Ningún paciente desarrolló insuficiencia intestinal ni recurrencia (seguimiento 6–12 meses).

Las MLI presentan amplio espectro clínico y constituyen un desafío diagnóstico y terapéutico. El manejo debe individualizarse según localización y extensión, pudiendo requerir resección intestinal, cirugía conservadora o tratamiento sistémico. El abordaje multidisciplinario es fundamental para optimizar resultados.

Las MLI exigen un enfoque individualizado y multidisciplinario. La cirugía conservadora y el sirolimus amplían las opciones terapéuticas, permitiendo preservar la función intestinal incluso en enfermedad extensa.

P037) EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE DE COLÉDOCO EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – BREÑA, DURANTE EL PERIODO 2015 AL 2021.

Viera Alemán, X.(1); Olivares Eustaquio, A.(1); Suárez Anco, H.(1);
(1): Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú

Introducción: Los quistes del colédoco, son dilataciones únicas o múltiples a lo largo del árbol biliar, el tratamiento final para el quiste es la resección. El objetivo del presente trabajo es mostrar la experiencia en el abordaje laparoscópico del quiste de colédoco en nuestra institución.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, con una población de 18 niños intervenidos con abordaje laparoscópico de quiste colédoco durante el periodo 2015 al 2021. Se analizaron datos clínicos, demográficos, tipos de quiste, métodos diagnósticos, técnica quirúrgica, resultados del seguimiento y complicaciones. El plan de análisis fueron técnicas de medidas descriptivas de tabla de frecuencia absolutas y relativas porcentuales, y para variables cuantitativas se utilizó medidas de posición central y de variabilidad.

Resultados: Se identificaron a 18 pacientes procedentes de diferentes lugares del Perú (Lima=12, Provincia=6), con edad media de 5.7 ± 5.5 años, de los cuales 16 (88.9%) fueron mujeres y 2 (11.1%) varones. El tiempo de estancia hospitalaria fue 10.85 ± 6.98 días. La escisión quística con derivación bilioduodenal fue la más frecuente (61.1%) en comparación con la derivación Y de Roux (38.9%), sin presentarse complicaciones intraoperatorias. Los quistes tipo Ib fueron los más frecuentes (38.9%), seguida por los tipos Ia y Ic (22.2%), tipo IVa (11.1%) y con menor frecuencia el tipo II (5.6%). Del grupo de pacientes 2 (11.1%) fueron reintervenidos debido a una fuga anastomotica en uno de ellos y sangrado en ambos.

Discusión: Presentamos esta serie de 18 casos de pacientes con quiste de colédoco", que es una enfermedad rara, benigna pero con complicaciones importantes y con gran impacto en la salud cuando no se pueden intervenir oportunamente.

Conclusiones:El tratamiento quirúrgico se ajusta al tipo de quiste, siendo la escisión del quiste y las derivaciones bilioduodenal y Y de Roux, el tratamiento quirúrgico más comúnmente empleado.

P038) INVAGINACION INTESTINAL ILEO COLICA POR DIVERTICULO DE MECKEL, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Mellado, A.(1); Acuña, S.(2); Perdomo, A.(3); Alonso, F.(1); Aldunce, P.(4);
(1): Universidad Santiago de Chile, Santiago, chile (2): Hospital Guillermo Grant Benavente., Concepcion, chile (3): Hospital Felix Bulnes Cerda, Santiago, chile (4): Universidad Mayor, Santiago, chile

Introducción: En términos generales la invaginacion intestinal causada por un divertículo de Meckel es un cuadro infrecuente. Sin embargo representa la principal causa de invaginacion intestinal patológica secundaria, sobre todo en niños mayores y adultos. Se sospecha en cuadros atípicos o recidivantes y es más frecuente en invaginaciones ileoileales.

Material y Método: Estudio retrospectivo de caso clínico.

Resultados: Paciente masculino de 2 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal cólico y ausencia de deposiciones, se realiza ecografía abdominal que informa invaginacion intestinal, sin embargo al realizar laparoscopia exploradora, esta resulta en blanco. Una semana posterior a cuadro inicial, paciente reconsulta por cuadro similar, a lo que se agrega vómitos explosivos de contenido gástrico y deposiciones con sangre. Se sospecha reinvaginacion intestinal y se ingresa a pabellón para laparoscopia. Se constata invaginación ileocólica hasta el colon ascendente. Una vez desinvaginado, se revisan asas intestinales y se observa divertículo de meckel invaginado a 75cm de la VIC. Se decide convertir realizando laparotomía media supra e infraumbilical, se realiza resección de aproximadamente 10cm de íleon, incluyendo divertículo y se confecciona anastomosis término-terminal. Paciente evoluciona favorablemente en unidad de paciente crítico y es dado de alta en óptimas condiciones.

Discusión: El divertículo de Meckel está presente en aproximadamente 2% de la población, de estos el 4-6% desarrollan complicaciones. La invaginación representa aproximadamente 10-20% de las complicaciones del Meckel, presentándose más frecuentemente como ileoileal. Más frecuente en niños mayores que la idiopática. La literatura reporta casos de invaginacion ileoileal por esta causa, sin embargo son escasos los reportes de invaginaciones ileocolicas, sugiriendola como un curso natural de la patología. Es importante reforzar la búsqueda activa de causas secundarias de invaginacion, sobre todo en pacientes mayores y que recidivan

P039) ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN PEDIATRÍA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ECUADOR.

Mier Jimenez, J.(1); Caiza, K.(1); Cali, D.(1);
(1): Hospital Carlos Andrade Marin, quito, Ecuador

Objetivo: Evaluar los resultados obtenidos tras la implementación de la cirugía robótica en población pediátrica a lo largo de un programa institucional de cinco años.

Introducción: La cirugía robótica ha transformado el abordaje mínimamente invasivo en adultos, sin embargo, en Pediatría su implementación ha sido más lenta, el primer programa de cirugía robótica fue implementado en Ecuador hace 4 años,su implementación ha optimizado la precisión en procedimientos pediátricos que requieren disección fina y reconstrucción intracorpórea en espacios reducidos. Este trabajo describe la experiencia inicial, la evolución de la técnica y las perspectivas de crecimiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de todos los pacientes pediátricos (0–14 años) intervenidos con el sistema robótico Da Vinci en un centro de referencia ecuatoriano entre enero/2021 y marzo/2026. Se analizaron variables demográficas, tipo de procedimiento, tiempo quirúrgico, tasa de conversión, complicaciones y estancia hospitalaria.

Resultados: Las cirugías digestivas (≈55%) y urológicas (≈35%) predominaron, siendo la colecistectomía y la pieloplastia los procedimientos más frecuentes en sus respectivos sistemas. En el subgrupo de quistes de coledoco se observó una tendencia a la reducción progresiva del tiempo quirúrgico con el avance de curva de aprendizaje, baja tasa de complicaciones mayores (principalmente ausentes), estancia hospitalaria media de 6-10 días, ayuno postoperatorio breve (24-72 horas) y mínimo requerimiento de UCI. Se administro antibioticoprofilaxis al considerarse cirugias limpias (principalmente profilaxis con cefazolina o ampicilina-sulbactam). Comparado con abordajes abiertos históricos, el enfoque robótico se asoció a menor morbilidad, analgesia reducida y recuperación acelerada con menor tiempo de estancia hospitalaria.

Conclusiones: La cirugía robótica representa una modalidad segura y eficaz en cirugía pediátrica mínimamente invasiva avanzada, ofreciendo ventajas técnicas sustanciales en procedimientos reconstructivos complejos como las anastomosis bilio-digestivas y urologicas. Esta serie refuerza su rol en centros de referencia, contribuyendo a optimizar resultados perioperatorios. Se requieren estudios prospectivos multicéntricos para validar estos hallazgos.

P040) PRESERVACIÓN ESPLÉNICA EN MANEJO DE QUISTES ESPLÉNICOS GIGANTES, UNA ENTIDAD INUSUAL EN PEDIATRÍA

Catán Valenzuela, C.(1); Vásquez, P.(2); Hachim, A.(3); Ebensperger, A.(3);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (3): Hospital Sótero del Río - Clínica BUPA, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: La incidencia de quistes esplénicos pediátricos es 0.07%-0.13%. Los gigantes (>10cm) son excepcionales, solo con reportes de casos en literatura, presentándose con síntomas compresivos o asintomáticos. En pediatría se prioriza preservación esplénica, en adultos el manejo es esplenectomía. Presentamos 2 casos de quistes esplénicos gigantes resueltos con preservación esplénica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de 2 casos clínicos, con revisión de literatura.

RESULTADOS:

Caso 1: Masculino, 14 años, con 1 año de dolor abdominal. Estudiado con ecografía abdominal con posible quiste esplénico. Complementa estudio con tomografía computada

(TC) y nueva ecografía confirmando lesión quística esplénica, de 13,2x10,9 cm sin calcificaciones o tabiques. Evoluciona con compresión gástrica, inapetencia y baja de peso. Se realiza laparoscopía observando gran quiste esplénico proveniente de polo superior. Se punciona, aspirando 6 litros de líquido citrino. Destechamiento con bipolar avanzado resecando mayor parte del quiste, dejando porción adherida a lecho esplénico. Electrocoagulación de lecho, preservando bazo. Alta al día siguiente, evolución favorable, sin dolor o recurrencia.

Caso 2: Femenina, 12 años, con 1 mes de dolor abdominal y constipación. Destaca masa abdominal, móvil entre flanco izquierdo e hipogastrio. Se realiza TC evidenciando quiste de 14.9x14.5cm en bazo errante. Se realiza laparoscopía observando gran quiste esplénico en pelvis, difícil de movilizar. Dado sospecha de bazo errante grande, difícil de fijar, se convierte a laparotomía. Se destecha quiste similar al primer caso, evidenciando bazo fijado en posición adecuada, alargado hasta pelvis, por lo que se preserva bazo. Buena evolución postoperatoria, alta a los 4 días, sin nuevos episodios de dolor.

DISCUSIÓN:La preservación esplénica es un pilar del manejo de quistes esplénicos gigantes en pediatría, con destechamiento o hemi-esplenectomía. El abordaje laparoscópico es de elección, presentando riesgo de conversión. La cirugía de estos quistes es desafiante e infrecuente, requiriendo adaptación según hallazgos operatorios, priorizando la preservación esplénica.

P041) CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL QUISTE DE COLÉDOCO TIPO I PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA INICIAL Y EVOLUCIÓN TÉCNICA EN ECUADOR

Mier Jimenez, J.(1); Vivas Colmenares, G.(2);
(1): Hospital Carlos Andrade Marin, quito, Ecuador (2): 2Universidad Internacional SEK, Facultad de Ciencias de la Salud,, quito, ecuador

Introducción: La hepaticoduodenostomía como técnica de reconstrucción posterior a la resección del quiste de colédoco ofrece una anastomosis única, fisiológica y técnicamente menos compleja que la hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Sin embargo, su uso en la población pediátrica continúa siendo motivo de debate debido al riesgo potencial de reflujo biliar y complicaciones asociadas.

Métodos:
Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes pediátricos con diagnóstico de quiste de colédoco tipo I según la clasificación de Todani, sometidos a resección robótica y hepaticoduodenostomía entre junio de 2022 y mayo de 2026 en un centro de referencia de Ecuador. Se analizaron variables demográficas, tiempo quirúrgico, tiempo en consola, tasa de conversión, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria y seguimiento clínico. Para evaluar la evolución técnica, se compararon los tiempos quirúrgicos entre la fase inicial y la fase posterior de la serie.

Resultados:
Se incluyeron 8 pacientes, con un rango de edad entre 3 y 12 años, siendo el 75 % del sexo femenino. El tiempo operatorio total promedio fue de 244 minutos, con una reducción progresiva de 420 minutos en los primeros tres casos hasta 210 minutos en los últimos cuatro procedimientos realizados. No se registraron conversiones a cirugía abierta. La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días y durante un seguimiento medio de 48 meses, ningún paciente presentó colangitis, estenosis anastomótica ni síntomas clínicos sugestivos de reflujo biliar.

Conclusiones:
La resección robótica de quiste de colédoco tipo I con reconstrucción mediante hepaticoduodenostomía es una alternativa factible y segura en pacientes pediátricos seleccionados. En nuestra experiencia inicial, la técnica mostró una curva de aprendizaje favorable, reducción progresiva de los tiempos quirúrgicos y ausencia de complicaciones mayores durante el seguimiento. No obstante, se requieren series con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar la seguridad funcional

P042) RESOLUCIÓN DE NEUMONÍA COMPLICADA REFRACTARIA A MANEJO MÉDICO CON DECORTICACIÓN Y APLICACIÓN DE FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS. REVISIÓN DE UN CASO

Aceves Gutiérrez, A.(1); Torres De Anda, E.(1); Valero Flores, A.(1); Ochoa Salazar, O.(2); Ambriz González, G.(3); Cavazos Quintanilla, S.(3);
(1): Unidad Médica Alta Especialidad Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México (2): Unidad Médica Alta Especialidad Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadaljara, México (3): Unidad Médica Alta Especialidad Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Mexico

INTRODUCCIÓN: LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD COMPLICADA AFECTA EL 3% DE TODOS LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS MANIFESTÁNDOSE CON DERRAME PLEURAL, EMPIEMA O NECROSIS.

ANTE EL FALLO DEL TRATAMIENTO MÉDICO, LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ES MANDATORIA. LA CIRUGÍA TORACOSCÓPICA VIDEOASISTIDA (VATS) PERMITE EL DESBRIDAMIENTO DEL MATERIAL FIBROSO, DESCOMPOSICIÓN DE LAS LOCULACIONES Y DRENAJE DE PUS DE LA CAVIDAD PLEURAL BAJO VISIÓN DIRECTA. EL PLASMA RICO EN

PLAQUETAS (PRP) ES UN TRATAMIENTO BIOLÓGICO RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO QUE PROMUEVE LA CICATRIZACIÓN DE LOS TEJIDOS CON EFECTOS ANTIINFLAMATORIOS Y POTENCIAL TERAPÉUTICO EN AFECCIONES PULMONARES.

- ESTUDIO RETROSPECTIVO DE CASO CLINICO

RESULTADOS: MASCULINO DE 10 AÑOS, CON CUADRO DE 6 DÍAS DE EVOLUCIÓN (FIEBRE, TOS, DISNEA, OXIMETRÍA 79%). PRESENTÓ DERRAME PLEURAL BILATERAL Y FÍSTULAS PLEUROPULMONARES. TRAS 28 DÍAS DE ANTIBIÓTICOS, FRACASO DE MANEJO CON SONDA ENDOPLEURAL, FIBRINOLÍTICOS Y VATS INICIAL, CON PERSISTENCIA DE IMÁGENES SUGERENTES DE BULAS PULMONARES. SE REALIZÓ TORACOTOMÍA, DECORTICACIÓN, RESECCIÓN DE BULAS Y APLICACIÓN LOCAL DE PRP. SE OBSERVÓ NOTABLE MEJORÍA CLÍNICO-RADIOLÓGICA, PERMITIENDO EL RETIRO DE OXÍGENO Y SONDA ENDOPLEURAL SIN COMPLICACIONES.

EXAMEN FÍSICOAUMENTO DE HEMITÓRAX IZQUIERDO, TIRAJE INTERCOSTAL, HIPOVENTILACIÓN HEMITÓRAX IZQUIERDO, OXÍGENO EN MASCARILLA SIMPLE 5LTS/MIN. RADIOGRAFIA PREVIA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON IMÁGENES CIRCULARES BORDE RADIOLÚCIDO SUGERENTE DE BULAS PULMONARES Y PÉRDIDA DEL PARÉNQUIMA.TOMOGRAFÍA TÓRAX CON IMÁGENES HIPERDENSAS EN HEMITÓRAX IZQUIERDO Y BULLAS EN SU INTERIOR.

DISCUSIÓN: EL USO DE PRP COMO COADYUVANTE BIOLÓGICO EN LA CIRUGÍA DE TÓRAX DEMUESTRA SER UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA PARA EL MANEJO DE LA NAC COMPLICADA TRAS EL FALLO DE MANEJOS CONVENCIONALES. EN ESTE PACIENTE, LA COMBINACIÓN DE DECORTICACIÓN Y APLICACIÓN LOCAL DE FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS FACILITÓ LA REGENERACIÓN DEL PARÉNQUIMA, PERMITIENDO UNA RESOLUCIÓN CLÍNICO-RADIOLÓGICA SATISFACTORIA Y EL EGRESO DEL PACIENTE PEDIÁTRICO. SUGIRIENDO QUE EL PRP ES UNA TRATAMIENTO PROMETEDOR PARA EL MANEJO DEL TÓRAX HOSTIL Y DE SUS COMPLICACIONES.

P043) NEUMONÍA COMPLICADA CON DESENLACES CLÍNICOS VARIABLES: SERIE DE TRES CASOS

Portilho Gomes Brito, J.(1); Nepomuceno Sampaio, A.(1); Vidal De Oliveira, A.(1); Tavares Amaral, J.(1); Alves, A.(2); Da Silva Brito, D.(2); Portilho Gomes, N.(2);
(1): Universidade do Estado do Pará, Belém, Brazil (2): Hospital Municipal de Marabá, Marabá, Brazil

Introducción: La neumonía complicada constituye una importante causa de morbilidad y mortalidad pediátrica, pudiendo evolucionar a empiema pleural, neumonía necrotizante, sepsis y otras complicaciones que requieren intervenciones invasivas y antibioticoterapia prolongada. La marcada heterogeneidad en su evolución clínica resalta la importancia de identificar precozmente las particularidades de cada paciente. Esta serie de casos tuvo como

objetivo demostrar la variabilidad de los desenlaces clínicos y destacar la relevancia de un abordaje individualizado. Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo de serie de casos que incluyó a tres pacientes pediátricos hospitalizados por neumonía complicada en un hospital de tercer nivel. Se analizaron datos clínicos, de laboratorio, estudios de imagen, intervenciones terapéuticas y evolución hospitalaria. Resultados: Los tres pacientes presentaron desenlaces distintos. El primer caso, un niño de 3 años y 8 meses, fue inicialmente diagnosticado con infección viral y posteriormente desarrolló empiema pleural izquierdo, tratado mediante toracostomía, alteplasa intrapleural y antibióticos, con recuperación tras diez días de internación. El segundo, de 4 años y 11 meses, ingresó con sepsis, desnutrición y empiema pleural, requiriendo drenaje torácico y dos ciclos de alteplasa, logrando adecuada expansión pulmonar. El tercer caso, un lactante de 1 año y 5 meses con antecedente de corrección de atresia esofágica tipo C, presentó neumonía necrotizante complicada por fístula broncopleural, requiriendo intensificación antibiótica y pleurostomía, con evolución favorable. Discusión: Aunque compartían el mismo diagnóstico, los pacientes mostraron trayectorias clínicas y necesidades terapéuticas diferentes. El reconocimiento temprano de las características individuales, asociado a la monitorización continua y a la indicación oportuna de procedimientos como drenaje pleural, fibrinólisis intrapleural y pleurostomía, fue determinante para la recuperación. Estos hallazgos refuerzan que la evaluación individualizada es esencial para optimizar el tratamiento y mejorar el pronóstico de la neumonía complicada en pediatría.

CGE-D1.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D1.1

O001) FACTORES CLÍNICOS PREOPERATORIOS ASOCIADOS A RESECCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INVAGINACIÓN INTESTINAL

Gallo Bonilla, D.(1); Aragón López, S.(1); Tinoco Gúzman, N.(1);
(1): Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá, Colombia

Introducción: La invaginación intestinal es la principal causa de obstrucción en lactantes. Su progresión compromete el flujo mesentérico, requiriendo resección intestinal. El objetivo fue determinar los factores clínicos y paraclínicos preoperatorios asociados a la necesidad de resección en pacientes pediátricos con manejo quirúrgico.

Material y método: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en pacientes llevados a cirugía por invaginación. Se evaluaron variables clínicas y paraclínicas al ingreso. Se realizó un análisis bivariado y de regresión logística univariada para estimar los Odds Ratios (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%).

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes; 46 requirieron cirugía. La prevalencia de resección quirúrgica fue del 23.9%. Los factores asociados a pérdida intestinal fueron: mayor tiempo de evolución (p=0.045), fiebre preoperatoria (OR 3.33; IC 95% 1.78-14.17; p=0.043) y dolor

abdominal (OR 2.50; IC 95% 1.10-3.50; p=0.049). La Proteína C Reactiva, leucocitos y hematoquecia no discriminaron el riesgo de resección intraoperatoria.

Discusión: A diferencia de tendencias actuales que priorizan biomarcadores complejos, nuestra cohorte demuestra que la semiología clásica tiene superioridad pronóstica. La hematoquecia exhibió un comportamiento paradójico: advirtió el fracaso del manejo conservador y la necesidad de cirugía, pero no predijo directamente la isquemia transmural. Acorde a la literatura internacional, el retraso temporal sigue siendo el principal enemigo de la viabilidad intestinal.

Conclusión: La clínica tradicional, fundamentada en la tríada de tiempo prolongado, fiebre y dolor abdominal, supera a los paraclínicos convencionales para anticipar la necrosis. La hematoquecia obliga a la exploración quirúrgica, pero exige un enfoque intraoperatorio de preservación intestinal.

O002) FACTORES ASOCIADOS A FALLA DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN COLECCIONES RESIDUALES INTRAABDOMINALES POSTAPENDICECTOMÍA

Ball, J.(1); Kulikoff, B.(1); Varela, J.(1); Arce, L.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción:
La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en pediatría. El absceso intraabdominal residual constituye una complicación relevante, asociada a mayor morbilidad, estancia hospitalaria y costos. Aunque el tratamiento médico constituye la estrategia inicial más utilizada, algunos pacientes requieren drenaje o reintervención quirúrgica. La identificación de factores asociados a falla terapéutica podría optimizar la toma de decisiones y evitar retrasos en tratamientos invasivos. El objetivo del trabajo fue identificar factores asociados a falla del tratamiento médico de las colecciones intraabdominales residuales posteriores a apendicectomía en pacientes pediátricos.

Material y métodos:
Estudio observacional retrospectivo de casos y controles realizado en pacientes menores de 18 años con colecciones intraabdominales residuales postapendicectomía tratados inicialmente con antibióticos entre 2019 y 2024. La falla del tratamiento médico se definió como la necesidad de drenaje percutáneo o reintervención quirúrgica. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas y radiológicas mediante análisis univariado y regresión logística multivariada.

Resultados:
De 1.231 pacientes con apendicitis aguda, 79 (6,3%) desarrollaron colecciones intraabdominales residuales. Catorce pacientes (17,7%) presentaron falla del tratamiento médico. En el análisis univariado, la leucocitosis severa postoperatoria (>20.000 leucocitos por uL) y la taquicardia postoperatoria persistente (>2 DE para la edad por más de 6 horas)

se asociaron significativamente a falla terapéutica. No se observaron asociaciones significativas con variables demográficas, características operatorias ni características de las colecciones. En el análisis multivariado, la leucocitosis severa postoperatoria se asoció de forma independiente a falla del tratamiento médico.

Discusión y conclusiones:
Este trabajo mostró una asociación independiente entre leucocitosis postoperatoria persistente y falla de manejo médico de colecciones residuales intraabdominales en pacientes con apendicitis aguda. Estos hallazgos podrían contribuir a identificar precozmente pacientes que requieran drenaje o reintervención. La principal limitación fue el número de pacientes que participaron del estudio, requiriendo estudios más grandes que apoyen esta evidencia.

O003) ESTANDARIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA CERVICAL EN PEDIATRÍA: REDUCCIÓN DEL ERROR DIAGNÓSTICO ENTRE QUISTE TIROGLOSO Y DERMOIDE MEDIANTE EL ÍNDICE SIST.

Ruiz Medina, M.(1); Zelaya Contreras, L.(1); Vázquez Rueda, F.(1); Izquierdo Palomares, L.(1); Paredes Esteban, R.(1);
(1): Hospital Universitario Reina Sofía, Cordoba, España

Introducción

Los quistes del conducto tirogloso (QCT) y los quistes dermoides (QD) son las masas cervicales más frecuentes en pediatría. No obstante, su distinción ecográfica constituye un desafío debido a la variabilidad interobservador. El objetivo fue evaluar la utilidad diagnóstica del sistema SIST en la diferenciación ecográfica preoperatoria entre ambas entidades.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo (2011-2025) en pacientes £ 14 años intervenidos de QD y QCT. Se evaluó mediante el sistema SIST: septos (S), pared irregular (I), componente sólido (S) , Tractos (T): puntuación 0–4; baja 0–1, alta 2-4. Se emplearon pruebas chi-cuadrado o test de Fisher (p £ 0,05).

Resultados

Se analizaron 64 pacientes (14 QD, 50 QCT) con edad media de 6,08 años. Los QCT presentaron mayor número de septos (66% vs. 14,3% QD; p= 0.01), pared irregular (64% vs.7% QD; p= 0.03), componente sólido (72% vs. 35,7% QD; p= 0.012) y tractos (62% vs. 22% QD; p=0.06) La pared irregular fue el hallazgo con mayor fuerza de asociación para QCT (OR= 23).

El índice SIST demostró una sensibilidad del 74%, especificidad 85,7% y una exactitud global del 76,6%. Su implementación permitió reducir el error diagnóstico inicial, que se situaba en 34% para QCT y 29,7% para QD.

Discusión

La diferenciación preoperatoria entre QCT y QD es crucial debido a que sus abordajes quirúrgicos y tasas de recurrencia difieren sustancialmente. Nuestros hallazgos demuestran que la pared irregular y los septos orientan fuertemente hacia un QCT. La implementación del índice SIST aporta una herramienta estandarizada y objetiva que reduce la variabilidad interobservador de la ecografía convencional.

Conclusiones

La ecografía permite diferenciar preoperatoriamente los QCT y QD en pediatría. La utilización del índice SIST constituye una medida efectiva y reproducible que optimiza la precisión diagnóstica del quiste del conducto tirogloso, minimizando los errores de interpretación iniciales.

O004) CARCINOMA SUPRARRENAL PEDIÁTRICO: UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO BRASILEÑO

Coelho Kremer, H.(1); Moustafa Bezerra Ghanem, P.(2); Stremel Andrade, M.(2); De Castro Coelho, R.(2); Kremer, V.(2);
(1): PUCPR, Curitiba, Brasil (2): Hospital Oncopediátrico Erastinho, Curitiba, Brasil

El carcinoma suprarrenal (CSR) es una neoplasia pediátrica rara a nivel mundial (0,2-0,3 casos/millón). En Brasil, su incidencia es 10 a 15 veces mayor en regiones como Sur y Sudeste, asociada a la mutación TP53 R337H. La rareza y la inespecificidad de los síntomas iniciales a menudo retrasan el diagnóstico. Este estudio analizó las características clínicas, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes pediátricos con CSR en un centro de referencia brasileño, basándose en 13 años de experiencia.

Este estudio retrospectivo incluyó 16 expedientes de pacientes con CSR tratados en Curitiba, Paraná, entre 2012 y 2025. Se recopiló información sobre la edad al diagnóstico, sexo, signos de virilización, peso tumoral, estadificación, tratamientos y desenlace clínico. Tres pacientes fueron excluidos del análisis de estadificación por falta de datos.

La edad media al diagnóstico fue de 3,89 años. La mayoría (87,5%) eran de sexo femenino. De estas, el 78,6% presentaba signos de virilización. Se realizó laparotomía para la resección tumoral en 15 pacientes y el tratamiento adyuvante se empleó en el 18,75% de los casos. La investigación de la mutación R337H, realizada en 6 casos, fue positiva en 4. En cuanto a la estadificación de los 13 casos informados: el 76,9% era estadio I, 7,7% estadio II, 7,7% estadio

III y 7,7% estadio IV. Se registraron 4 defunciones (25%), una antes de la cirugía y las demás postoperatorias (una a 1 año, otra a 3 años y otra a 5 años).

La experiencia clínica demuestra la importancia del diagnóstico temprano en el CSR pediátrico. La identificación de los signos de alerta es crucial para reducir el tiempo hasta la confirmación diagnóstica. Dada la alta incidencia en Paraná y otras regiones de Brasil, la capacitación de los pediatras es fundamental para el reconocimiento precoz del CSR, optimizando los desenlaces.

O005) ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL RABDOMIOSARCOMA UTEROVAGINAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES

Alvarez, L.(1); Flores, P.(1); Cadario, M.(1); Viso, M.(1); Rose, A.(1);
(1): Hospital Garrahan, caba, argentina

Introducción. El rabdomiosarcoma uterovaginal es una neoplasia maligna infrecuente en la infancia y la adolescencia, cuyo tratamiento ha evolucionado hacia estrategias conservadoras de preservación de órganos, sustentadas en quimioterapia multiagente y uso selectivo de cirugía y radioterapia, reservando la resección radical para casos con compromiso uterino extenso o enfermedad refractaria. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia institucional en el abordaje quirúrgico de pacientes con rabdomiosarcoma de tracto genital, con predominio uterovaginal, analizando la estrategia quirúrgica inicial, los grupos de riesgo, el estado metastásico al diagnóstico y los resultados oncológicos a largo plazo.

Material y método. Estudio retrospectivo y descriptivo sobre una base institucional de pacientes con rabdomiosarcoma genital femenino tratadas bajo protocolo. Se incluyeron 26 pacientes: vaginal (13), cervical (4), vaginouterina (2), uterina (2), vulvar (2), parauretral (1), perineal (1) y abdominal (1).

Resultados. La mediana de edad fue 3,1 años (rango 0-16). La histología fue predominantemente embrionaria/botrioide (22/26). El 69% correspondió al grupo IRS III. El 61,5% fue riesgo estándar y el 11,5% alto/metastásico. Dos pacientes (7,7%) presentaron metástasis al diagnóstico (pulmonar y ósea/pulmonar/medular). La cirugía inicial fue biopsia diagnóstica en el 81%, reservando la resección completa para lesiones polipoideas accesibles o primarios uterinos; solo el 7,7% requirió reoperación primaria. El 53,8% recibió radioterapia en algún momento, predominantemente en grupos IRS III/IV con respuesta incompleta. La supervivencia global fue del 73%, con mediana de sobrevida de 36,3 meses.

Discusión. Los resultados son consistentes con la literatura, que respalda un manejo conservador basado en biopsia inicial, quimioterapia, radioterapia selectiva y vigilancia endoscópica seriada, limitando la cirugía radical a casos seleccionados. El registro de fertilidad a largo plazo fue insuficiente.

Conclusión. El manejo multimodal conservador permite alto control local y supervivencia favorable en el rabdomiosarcoma uterovaginal, reservando radioterapia y cirugía radical a subgrupos de mayor riesgo.

O006) TUMOR BENIGNO, CIRUGÍA COMPLEJA: 10 AÑOS DE MANEJO QUIRÚRGICO DEL GANGLIONEUROMA PEDIÁTRICO EN UN CENTRO

Gigli Browne, C.(1); Henriquez Winser, F.(1); Aste Bowen, D.(2); Camhi Lowy, E.(2); Saez Binelli, J.(1); Vuletin Solis, F.(1); Pattillo Silva, J.(1);
(1): Universidad Católica, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Introducción:El ganglioneuroma (GN) y el ganglioneuroblastoma intermezclado (GNB-I) son las variantes más diferenciadas dentro de los tumores neuroblásticos periféricos benignos, con comportamiento clínico favorable y tratamiento quirúrgico. Su manejo implica desafíos técnicos relevantes según localización y extensión. El objetivo es describir características clínicas, diagnósticas y el enfrentamiento quirúrgico de una serie de casos pediátricos con diagnóstico histopatológico compatible.

Material y Método:Estudio descriptivo, retrospectivo, de serie de casos. Se incluyeron pacientes pediátricos intervenidos quirúrgicamente entre 2016 y 2026 con diagnóstico anatomopatológico final de ganglioneuroma, ganglioneuroblastoma intermezclado, ganglioneuroblastoma no especificado o neuroblastoma bien diferenciado. Se analizaron variables demográficas, clínicas, imagenológicas, histopatológicas y protocolos quirúrgicos. Se utilizó estadística descriptiva.

Resultados:Se incluyeron 11 pacientes (73% femenino), mediana de edad 8 años (rango 2-17). El 64% se diagnosticó de forma incidental y 36% por dolor abdominal o anorexia. Los estudios complementarios más utilizados fueron tomografía (55%), resonancia (55%) y PET-CT (36%); 7 pacientes tuvieron biopsia preoperatoria, con discordancia diagnóstica en 3 (43%). El abordaje quirúrgico fue laparotomía (55%), toracotomía (27%) y laparoscopía (18%). El diagnóstico final fue ganglioneuroma en 6 casos (55%), ganglioneuroblastoma intermezclado en 4 (36%) y otra variante en 1 (9%). Se registraron complicaciones en 5 pacientes (45%), incluyendo lesión vascular mayor en 2 casos, reparadas exitosamente. No se registraron recidivas. La mediana de seguimiento clínico e imagenológico fue de 26,5 meses (5-93).

Discusión:La serie evidencia el predominio de diagnósticos incidentales y la frecuente discordancia entre el diagnóstico preoperatorio y el histopatológico definitivo, reforzando la necesidad de confirmación anatomopatológica. La heterogeneidad tumoral limita la representatividad de la biopsia preoperatoria, explicando la discordancia observada y justificando la resección quirúrgica como vía diagnóstica y terapéutica definitiva.

Conclusión: El GN y GNB-I pediátrico presentan comportamiento clínico favorable y baja recidiva tras resección quirúrgica completa. Su manejo exige planificación cuidadosa por el riesgo de complicaciones perioperatorias significativas.

O007) EFECTOS DEL USO DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA DE TUMORES HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS

Puentes, C.(1); Briceño, F.(2); Ostolaza, A.(1); Gonzalez, G.(3); Delgado, A.(1); Godoy, J.(1); (1): Hospital Dr Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Profesora visitate Lerner College of Medicine. Case Western University. Cleveland Clinic Children´s Hospital. Profesora Asociada Universidad de Chile, Cleveland, EEUU

Introducción

El pronóstico de tumores hepáticos malignos (THM) pediátricos depende de la resección oncológica. El uso de verde indocianina (ICG) es una herramienta que permitiría delimitar lesiones tumorales, incluyendo lesiones satélites (LS) potencialmente relevantes desde el punto de vista clínico-histológico. El objetivo fue determinar el impacto del uso de ICG en pacientes con THM y describir la histología de las lesiones encontradas.

Método

Revisión retrospectiva-análitica de pacientes con THM sometidos a resecciones hepáticas con ICG entre 2024 y 2026. Se analizaron la administración de ICG, registros quirúrgicos y resultados histopatológicos. Se realizó estadística descriptiva.

Resultados

Se operaron 14 pacientes, mediana 24 meses edad (8-192), 10 masculinos. Seguimiento 5.4 meses (0-24). Diez hepatoblastomas, 1 sarcoma y 1 hepatocarcinoma no clasificable-NOS, post-quimioterapia, 1 quiste hepático mesotelial y 1 hamartoma. Se administraron 0.5 mg/Kg-ICG, con mediana 72 horas preoperatorias. En todos se logró adecuada visualización del tumor primario bajo NIRS. En cuatro pacientes se ampliaron los bordes quirúrgicos guiados por captación de ICG; 4/4 márgenes(-) en histología (1mm-30mm). En uno se obtuvo margen(+) histológico, sin correlación con hallazgos de márgenes negativos bajo visión de ICG. Se identificaron y biopsiaron 7 LS hipercaptantes no evidenciadas en imágenes preoperatorias. En análisis histológico, 1/7 presentó infiltración tumoral, 4/7 fueron parénquima hepático normal y 2/7 linfonodos no patológicos. Actualmente, 10 pacientes se

encuentran libres de enfermedad, 3 con manejo de metástasis pulmonares y uno con margen(+) en tratamiento adyuvante.

Conclusiones

El uso de ICG constituye una herramienta útil para orientar la resección intraoperatoria, sin embargo, LS hipercaptantes no necesariamente se correlacionan con malignidad. La ausencia de fluorescencia no garantizó márgen(-) en esta muestra. Los hallazgos deben interpretarse junto al contexto clínico, imagenológico e intraoperatorio. Se requieren estudios prospectivos para establecer relevancia clínico-histológica y estandarizar el uso del ICG.

PL01) COMPUTED TOMOGRAPHY IN PEDIATRIC APPENDICITIS: IS ROUTINE USE NECESSARY?

Campos Ocáriz, R.(1); Augusto Carvalho Camanducaia, G.(1); Souza Brito, V.(1); Ocáriz Bazzano, F.(1);
(1): Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, Brasil

Background

Acute appendicitis remains primarily a clinical diagnosis despite the increasing use of computed tomography (CT) in children. Current guidelines advocate an ultrasound-first approach, reserving CT for selected cases because of concerns regarding ionizing radiation. We evaluated whether CT provided meaningful additional value for surgical decision-making beyond clinical assessment.

Methods

A retrospective review was performed of 101 consecutive children (≤12 years) who underwent appendectomy between January 2023 and December 2024. Clinical presentation, laboratory findings, Alvarado score, ultrasonography, CT findings, operative findings, histopathological results, and outcomes were analyzed to evaluate the contribution of CT to surgical decision-making.

Results

Among 101 children (mean age 8 years), 72.3% had an Alvarado score ≥7, including 45.6% with scores ≥8, indicating a high preoperative probability of appendicitis in the majority of patients. Ultrasonography was performed in 72 patients and CT in 50, most commonly after

inconclusive ultrasonography; 25 CT examinations (50%) were performed without intravenous contrast. In multivariable analysis, inconclusive ultrasonography was the strongest predictor of CT utilization. Only 18 CT examinations (36.0%) were reported as consistent with appendicitis, one suggested an alternative diagnosis, and 31 (62.0%) were inconclusive. Nevertheless, nondiagnostic CT findings did not alter surgical decision-making, which remained primarily guided by clinical assessment. CT use was not associated with differences in time to surgery or rates of complicated appendicitis. Histopathological examination confirmed appendicitis in 96.1% of patients.

Conclusions

Our findings reinforce that clinical assessment remains the cornerstone of pediatric appendicitis diagnosis. CT may be best reserved for patients with persistent diagnostic uncertainty despite careful clinical and laboratory evaluation.

PL02) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Portilho Gomes, N.(1); De Souza Rabelo, I.(1); Andrade Dias, Y.(1); Bezerra Negreiros, M.(1); De Souza Moreira, J.(1); Silva Rodrigues De Jesus, F.(1); Machado Dos Santos, V.(2); Moreira Lima, L.(2); Barros Limas, K.(1); Ferreira Alves, G.(1);
(1): Universidade do Estado do Pará, Marabá, Brazil (2): Afya Marabá, Marabá, Brazil

Introducción: La invaginación intestinal es la principal causa de obstrucción intestinal en niños menores de tres años y constituye una urgencia pediátrica que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos para prevenir complicaciones. Este estudio tuvo como objetivo analizar los principales resultados del tratamiento conservador de la invaginación intestinal en pacientes pediátricos.Metodología: Se realizó una revisión sistemática conforme a las directrices PRISMA. Se incluyeron estudios primarios observacionales y experimentales que evaluaron el tratamiento conservador de la invaginación intestinal en pacientes de 0 a 18 años. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y BVS. Tras la eliminación de duplicados y la selección de los estudios mediante la plataforma Rayyan, se incluyeron 21 artículos. Se analizaron como desenlaces el éxito terapéutico, la recurrencia, la necesidad de cirugía, la perforación intestinal, la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria.Resultados: Se analizaron 21 estudios que incluyeron más de 43.000 pacientes. La tasa de éxito de la reducción no quirúrgica, definida como la resolución completa de la invaginación sin necesidad de cirugía, osciló entre el 55,3 % y el 96,8 %, situándose entre el 80 % y el 95 % en la mayoría de los estudios. La recurrencia varió entre el 2,45 % y el 15,0 %, principalmente durante las primeras 48 horas. La necesidad de cirugía, secundaria al fracaso de la reducción o a la sospecha de un punto guía patológico, osciló entre el 1,1 % y el 44,7 %. La perforación intestinal fue infrecuente (0 %–2,5 %) y la estancia hospitalaria fue menor con el tratamiento conservador (1,5–3,2 días) que con el tratamiento quirúrgico (4,2–7,3 días). Conclusión: El tratamiento conservador mostró

elevada eficacia, baja recurrencia, escasas complicaciones y menor estancia hospitalaria, consolidándose como la primera opción terapéutica cuando no existen contraindicaciones.

PL03) FIBRINOLÍTICOS INTRAPLEURALES FRENTE AL ABORDAJE QUIRÚRGICO INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PLEURAL EN NIÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS

Portilho Gomes, N.(1); De Souza Rabelo, I.(1); Cristina Azevedo Miranda, L.(1); Da Silva Dantas, I.(2); Zuquim Tangerino, J.(1); De Vasconcelos Kanegae, G.(1); Barbosa Portela, A.(1); De Sousa Leal, F.(1); Silva Do Nascimento, J.(1); Ferreira Alves, G.(1);
(1): Universidade do Estado do Pará, Marabá, Brazil (2): Afya Marabá, Marabá, Brazil

INTRODUCCIÓN: El empiema pleural es una complicación frecuente de la neumonía en la población pediátrica, asociada con mayor morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria y necesidad de procedimientos invasivos. El presente estudio tuvo como objetivo comparar los resultados clínicos del tratamiento con fibrinolíticos intrapleurales frente al abordaje quirúrgico invasivo en niños con empiema pleural.METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática con metaanálisis conforme a las directrices PRISMA. La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed, SciELO y BVS mediante la estrategia (empyema) AND (children) AND (fibrinolytic OR thoracoscopy OR surgery OR decortication). Se incluyeron estudios primarios que comparaban fibrinolíticos intrapleurales y/o procedimientos quirúrgicos invasivos en pacientes pediátricos con empiema pleural. El metaanálisis se realizó con el software Review Manager, utilizando la diferencia de medias (DM) y la razón de posibilidades (OR), con intervalos de confianza del 95 %. La heterogeneidad se evaluó mediante el estadístico I^2.RESULTADOS: Se incluyeron tres estudios retrospectivos con 254 pacientes pediátricos, de los cuales 163 recibieron fibrinolíticos y 91 fueron sometidos a cirugía. Las tasas de éxito terapéutico variaron entre 77,3 % y 96,7 % en el grupo de fibrinolíticos y entre 40 % y 93 % en el grupo quirúrgico. El metaanálisis mostró una reducción significativa de la estancia hospitalaria con el tratamiento fibrinolítico (DM = -1,61; IC del 95 %: -2,99 a -0,22; p = 0,02), con elevada heterogeneidad (I^2 = 94 %). No hubo diferencias significativas en la necesidad de reintervención (OR = 0,76; IC del 95 %: 0,09–6,52; p = 0,80; I^2 = 82 %). La mortalidad fue baja en ambos grupos.CONCLUSIÓN: Los fibrinolíticos intrapleurales reducen la estancia hospitalaria sin incrementar la necesidad de reintervención frente al tratamiento quirúrgico. Estos hallazgos respaldan su uso como alternativa terapéutica menos invasiva en el empiema pleural pediátrico.

PL04) USO DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROBLASTOMA EN PACIENTES DE 0 A 12 AÑOS, EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM, ENTRE ENERO DE 2019 A DICIEMBRE DE 2024¨

Fajardo, H.(1); Amaya, Z.(1);
(1): Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, San Salvador, El Salvador

Introducción: El Nefroblastoma, es el cáncer renal más frecuente en pediatría, con una incidencia baja en comparación con otros tipos de cáncer, el objetivo de nuestro trabajo fue describir el uso de quimioterapia neoadyuvante en pacientes pediátricos con Nefroblastoma, entre enero 2019 a diciembre 2024

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, la información se procesó mediante el programa estadístico IBM SPSS versión 22.0, utilizando estadística descriptiva para la presentación de resultados en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 32 pacientes con Nefroblastoma, con predominio del sexo femenino (71.9%) y edad entre 2 y 4 años (62.5%); la presentación clínica más frecuente fue masa abdominal palpable (46.88%), seguida de dolor abdominal (25.0%) e hipertensión arterial (15.63%); el diagnóstico se realizó principalmente mediante ultrasonido (71.88%) y tomografía axial computarizada (25.0%); el 43.75% de los pacientes presentaba tumores que sobrepasaban la línea media, y el 6.25% presentó metástasis pulmonar al diagnóstico; el estadío más frecuente fue el III (59.38%); la mayoría de los pacientes recibió quimioterapia neoadyuvante bajo protocolo SIOP/AHOPCA (87.5%), y la cirugía predominante fue nefroureterectomía total (90.63%); el 56.25% recibió quimioterapia como tratamiento adyuvante y el 43.75% quimioterapia combinada con radioterapia; el 93.75% de los pacientes se encontraba vivo.

Discusión: La edad media de los pacientes fue de 3.26 ± 1.69 años, lo que coincide con la literatura internacional, donde la edad de diagnóstico es de 3.5 años, los criterios para decidir neoadyuvancia incluyeron tumor con gran tamaño (43.75%), hipertensión refractaria (21.88%), bilateralidad (15.63%) y trombo en vena cava (6.25%). En nuestro estudio predominó el uso de quimioterapia neoadyuvante bajo protocolo SIOP/AHOPCA, con nefroureterectomía total como la cirugía más frecuente.

Conclusiones: La quimioterapia neoadyuvante siguiendo el protocolo SIOP/AHOPCA fue efectiva en la mayoría de los pacientes, permitiendo una resección quirúrgica segura y un manejo integral del Nefroblastoma.

CN-D1.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA NEONATAL D1.1

O008) LA REALIDAD DE LA CIRUGÍA NEONATAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PERSPECTIVA Y OPINIÓN DEL CIRUJANO PEDIÁTRICO

Magaña, M.(1); Elton, M.(2); Moreno Abad, A.(3); Faundez, P.(2); Black, V.(4); Rivera, M.(4); (1): Universidad de Valparaíso, CONCÓN, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (3): Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile (4): Universidad Andres Bello, Viña del Mar, Chile

Introducción: La cirugía neonatal en América Latina y el Caribe (ALC) enfrenta importantes desafíos derivados de la heterogeneidad geográfica, socioeconómica y sanitaria de la región. Aunque la mortalidad infantil ha disminuido en las últimas décadas, las anomalías congénitas continúan siendo una causa relevante de mortalidad neonatal. El objetivo fue evaluar el estado actual de la cirugía neonatal en ALC desde la perspectiva de los cirujanos pediátricos.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo con metodología mixta. Se aplicó una encuesta estructurada en línea de 23 preguntas a cirujanos pediátricos de ALC y se realizaron entrevistas semiestructuradas a diez representantes de sociedades de cirugía pediátrica en ALC Se exploraron aspectos relacionados con organización asistencial, infraestructura, formación y barreras de acceso.

Resultados: Participaron 141 cirujanos de 15 paiseas de ALC. La mayoría distribuidos en hospitales de mediana y alta complejidad, se reportó bajo volumen anual de patologías quirúrgicas neonatales, escasa centralización formal conocida y frecuentes derivaciones interhospitalarias (61%). El acceso a unidades de cuidados intensivos neonatales (94%) y ventilación mecánica invasiva (84%) fue ampliamente reportado, mientras que la disponibilidad de cirugía mínimamente invasiva (35%) y la radiología intervencional (29%) fué limitada. Aunque el 76,5% recibió formación en cirugía neonatal durante la residencia, solo el 19,9% la consideró suficiente. Las entrevistas evidenciaron desigualdades geográficas, redes de derivación poco estructuradas, acceso prenatal heterogéneo, impacto de la disminución de la natalidad sobre la formacióny falta de registros nacionales confiables. Ningún país reportó una subespecialidad formal en cirugía neonatal. Las principales barreras identificadas fueron derivaciones tardías, déficit de equipamiento y distribución inequitativa de especialistas.

Discusión:La cirugía neonatal en ALC presenta brechas importantes. Fortalecer infraestructura, derivación y formación permitirá una atención más equitativa.

O009) CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y ROBÓTICA PEDIÁTRICA EN IBEROAMÉRICA: ¿DÓNDE ESTAMOS HOY? - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTICÉNTRICA

Arenas-rojas, A.(1); Melo Hernández, C.(2); Villamizar Beltrán, P.(2); Dueñas Dasilva, J.(1); (1): Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia (2): Clínica Imbanaco. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

INTRODUCCIÓN:

La cirugía mínimamente invasiva (CMI) ha transformado el manejo de patologías pediátricas; sin embargo, su implementación continúa siendo heterogénea en Iberoamérica por diferencias en formación, recursos e infraestructura. El objetivo fue describir la situación de la formación y limitaciones para la implementación de la CMI pediátrica en Iberoamérica.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, descriptivo y transversal mediante encuesta electrónica en español y portugués dirigida a cirujanos pediátricos. Se recopilaron datos demográficos, formación, práctica clínica, disponibilidad de recursos, simulación, cirugía robótica y barreras para implementación de CMI.

RESULTADOS:

Participaron cirujanos de 22 países, principalmente Colombia (19,3%), México (17,9%), Chile (11,4%) y Argentina (8,6%). El 76,4% tuvo exposición a CMI durante la residencia y el 62,1% pertenece al cuerpo docente. Solo el 56,4% consideró suficiente el entrenamiento práctico de sus residentes y el 32,1% informó que su programa no ofrece capacitación estructurada en CMI. La formación incluyó cursos de extensión (54,3%), cursos intensivos (28,6%) y posgrados (26,4%). La mayoría se siente segura realizando procedimientos básicos, mientras que la confianza disminuye para procedimientos complejos. La simulación fue considerada indispensable por el 85,7%. Persisten barreras relacionadas con instrumental, infraestructura y acceso a plataformas robóticas, aunque la falta de formación fue percibida como un obstáculo menor.

DISCUSIÓN:

La CMI pediátrica presenta adopción para procedimientos básicos; sin embargo, persisten diferencias en el entrenamiento formal y la disponibilidad de recursos que limitan su expansión hacia procedimientos complejos. La simulación constituye un componente estratégico para fortalecer la formación regional.

CONCLUSIÓN:

La implementación de la CMI pediátrica en Iberoamérica muestra avances, aunque persisten brechas en formación estructurada, infraestructura y acceso a tecnología avanzada. La estandarización de programas de entrenamiento y la expansión de la simulación representan oportunidades prioritarias para mejorar la capacitación y favorecer una mayor adopción de técnicas mínimamente invasivas.

O010) OCLUSIÓN TRAQUEAL FETOSCÓPICA EN FETOS CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA IZQUIERDA

Fernández, M.(1); Joaquín, C.(1); Urquizo, M.(1); Elmo, G.(1);
(1): Hospital italiano de buenos aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La oclusión traqueal fetoscópica (FETO) es una alternativa terapéutica para fetos con hernia diafragmática congénita (HDC) moderada o severa, destinada a favorecer el desarrollo pulmonar y mejorar la supervivencia. Objetivo: Describir los resultados iniciales de un programa de FETO en un único centro.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico prenatal de HDC aislada tratados mediante FETO entre enero de 2022 y mayo de 2026. Se analizaron las características prenatales, los datos del procedimiento, la respuesta pulmonar según el índice pulmón cabeza observado/esperado (LHR-O/E), las complicaciones y los resultados perinatales.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes: 8 con HDC izquierda y 2 derecha; 2 casos fueron severos y 8 moderados. La mediana de edad gestacional al diagnóstico fue de 24,6 semanas y del LHR O/E pre-FETO de 29%. Todos presentaban hígado intratorácico. La mediana de edad gestacional al FETO fue de 29 semanas y la extracción del balón se realizó a las 32,7 semanas, con una permanencia media de 25,3 días. El LHR O/E aumentó de una media del 29% antes del procedimiento al 44,4% previo al nacimiento (incremento relativo del 53%). En 7 casos el embarazo finalizó por rotura prematura de membranas y en 3 la extracción fue programada. Se registró una muerte fetal intrauterina por hidrops severo. Las complicaciones neonatales incluyen 1 quilotórax y 1 caso de hipertensión pulmonar persistente. Hubo dos muertes neonatales y la supervivencia global fue del 70%.

Discusión: La terapia FETO permitió mejorar los parámetros prenatales de desarrollo pulmonar y alcanzar resultados de supervivencia alentadores en fetos con hernia diafragmática congénita grave. Nuestra experiencia confirma que esta técnica puede realizarse de forma segura en un equipo multidisciplinario especializado y representa una alternativa terapéutica válida en Latinoamérica.

V01) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: RECONOCIMIENTO Y MANEJO DE UNA COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA

Mora Fritis, C.(1); Jones, N.(1); Feuerhake, S.(2); Yanine, J.(2);
(1): Residente Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile, Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile (2): Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile

Introducción: La hernia diafragmática congénita (HDC) de presentación tardía corresponde a una entidad infrecuente, cuyo diagnóstico puede ser desafiante debido a la ausencia de diagnóstico prenatal y síntomas gastrointestinales inespecíficos. Su reconocimiento oportuno es fundamental para evitar complicaciones graves.

Material y Método: Caso de HDC de presentación tardía resuelto mediante abordaje mínimamente invasivo en un hospital pediátrico de alta complejidad.

Resultados/Caso clínico: Lactante femenina de 7 meses, previamente sana, que consultó por 2 horas de evolución de irritabilidad, rechazo alimentario y vómitos. Al examen físico destacaba distensión y dolor abdominal, sin dificultad respiratoria. La radiografía evidenció ascenso de cámara gástrica al hemitórax izquierdo, y la tomografía computada confirmó un defecto diafragmático izquierdo con herniación de contenido abdominal, sin signos de isquemia. Se planteó resolución quirúrgica por videotoracoscopia. Durante la instalación del primer trocar ocurrió una perforación gástrica, que fue reconocida al retirar la óptica de su ubicación intragástrica. Al explorar la cavidad torácica se observó herniación del estómago y bazo a través de un defecto posterolateral izquierdo tipo A. Se redujo el contenido y se hizo un cierre primario del defecto diafragmático con puntos intracorpóreos. Posteriormente se realizó laparoscopía exploradora, identificando la perforación previamente descrita en la pared posterior del estómago. Se realizó gastrorrafia con puntos intracorpóreos. La paciente evolucionó favorablemente, reinició su alimentación al segundo día postoperatorio y fue dada de alta al tercer día.

Discusión: La HDC de presentación tardía debe considerarse en lactantes con síntomas digestivos agudos y hallazgos radiológicos sugerentes. El abordaje videotoracoscopico constituye una alternativa adecuada en estos casos, pues suelen corresponder a pacientes estables con defectos pequeños. Este caso destaca, además, una complicación intraoperatoria, resuelta de forma segura y efectiva mediante un abordaje combinado mínimamente invasivo, demostrando la importancia de reconocer precozmente esta eventualidad y de contar con estrategias de manejo.

PL05) PERFORACIÓN RECTAL PRENATAL ENTIDAD INUSUAL CON SIGNOS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS

Ortega, L.(1); Bejarano, M.(1); Martín, M.(1); Massaguer, C.(1); Izquierdo, M.(1); Tarrado, X.(1);
(1): Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La perforación rectal extraperitoneal fetal (PREF) es una entidad extremadamente infrecuente, con muy pocos casos descritos en la literatura. Su diagnóstico es complejo y asociándose a hallazgos clínicos e imagenológicos inespecíficos, haciendo relevante la presentación de casos para mejorar su reconocimiento.

OBJETIVO

Caso de PREF en el periodo neonatal por su baja frecuencia e interés diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico de una paciente con diagnóstico prenatal de hernia diafragmática congénita (HDC) e hydrops fetalis. La resonancia magnética fetal a las 32 semanas mostró HDC derecha asociada a lesión quística presacra con extensión a periné y muslo derecho. Al nacimiento, se realizaron exploración clínica, radiografías simples y ecografía abdominales.

RESULTADOS

Al nacimiento se observó aumento de volumen paravulvar y glúteo derecho, reductible y dependiente a presión abdominal. La radiografía mostró aerocele labio mayor derecho sin neumoperitoneo. La ecografía evidenció líquido peritoneal, paravaginal y pararrectal derecho, con desaparición de la masa pélvica.

Posteriormente desarrolló distensión abdominal y neumoperitoneo. Se realiza laparotomía hallando peritonitis fecaloidea. Durante la cirugía, la digitopresión de masa vulvar provocó burbujeo intraabdominal, permitiendo diagnosticar PREF.

Se realizó colostomía tipo Hartmann y drenaje peritoneal, con evolución postoperatoria favorable, normalizando la región paravulvar. Posteriormente se reparó la HDC. A los cinco meses se reconstruyó el tránsito sin incidencias.

DISCUSIÓN

La PREF es una entidad excepcional. Sus manifestaciones más características incluyen aerocele genital y signos de peritonitis meconial, fundamentales para el diagnóstico

precoz. Correlacionar los hallazgos prenatales e intraoperatorios es clave para su identificación.

El tratamiento mediante derivación intestinal y drenaje peritoneal ofrece buenos resultados a largo plazo.

CONCULSIÓN

La perforación rectal extraperitoneal fetal es una patología extremadamente rara que requiere alto índice de sospecha. El reconocimiento de signos característicos como el aerocele genital y la peritonitis meconial permite un diagnóstico precoz y un manejo quirúrgico eficaz con buena evolución.

PL06) LAPAROSCOPIC CHOLANGIOGRAPHY COMBINED WITH LIVER BIOPSY FOR THE EVALUATION OF NEONATAL CHOLESTASIS: A THREE-CASE SERIES

Campos Ocáriz, R.(1); Souza Brito, V.(1); Ocáriz Bazzano, F.(1);
(1): Hospital das Clínicas Samuel Libânio, Pouso Alegre, Brasil

Background

Timely diagnosis is essential in infants with neonatal cholestasis because delayed portoenterostomy in biliary atresia is associated with poorer outcomes. In centers where percutaneous liver biopsy and rapid histopathological analysis are unavailable, as in our institution, surgical evaluation combining cholangiography and liver biopsy may expedite diagnosis. We describe our experience using this strategy in three infants with neonatal cholestasis.

Methods

A retrospective review was performed of three infants who underwent diagnostic laparoscopy with planned cholangiography and liver biopsy for neonatal cholestasis. Cholangiography was performed by direct gallbladder puncture with a 22-gauge epidural needle under laparoscopic visualization, followed by liver biopsy. Operative findings, feasibility of cholangiography, histopathological results, definitive diagnosis, postoperative complications, and clinical management were analyzed.

Results

Three infants with persistent neonatal cholestasis underwent diagnostic laparoscopy with planned cholangiography and liver biopsy. In one patient, severe hilar fibrosis and a cirrhotic-appearing liver precluded cholangiography, leading to conversion to laparotomy and immediate portoenterostomy because the intraoperative findings were highly suggestive of biliary atresia, later confirmed by histopathological examination. In the remaining two

patients, cholangiography demonstrated opacification of the main intrahepatic and extrahepatic bile ducts with free passage of contrast into the duodenum, excluding biliary atresia. Adequate liver biopsy specimens were obtained in both cases, allowing definitive diagnoses of Alagille syndrome and Dubin–Johnson syndrome following histopathological and genetic evaluation. No biliary leaks or procedure-related complications occurred.

Conclusions

In settings where percutaneous liver biopsy and timely histopathological assessment are unavailable, laparoscopic cholangiography combined with liver biopsy may expedite the evaluation of neonatal cholestasis by allowing immediate identification or exclusion of biliary atresia while simultaneously obtaining adequate liver tissue for definitive diagnosis.

PL07) FETAL MANAGEMENT OF CERVICAL LYMPHANGIOMA USING INTRAUTERINE SCLEROTHERAPY AND EXIT PROCEDURE

Costa Moura Velho, G.(1); Lopes Miranda, M.(2); Ximenes, R.(3); Silva Campos, A.(3);
(1): Centro Médico de Campinas (CMC), Campinas, Brasil (2): Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) y Fundação de Medicina Fetal Latinoamericana (FMFLA), Campinas, Brasil (3): Fundação de Medicina Fetal Latinoamericana (FMFLA), Campinas, Brasil

Introduction: Fetal lymphangioma is a benign malformation of the lymphatic system. Most commonly located in the cervical region, it may cause tracheal deviation, airway obstruction, and compression of cervical vessels, impairing venous return and leading to secondary brain compression. Prenatal diagnosis allows fetal intervention and perinatal planning in selected cases. OK-432 (picibanil) is a sclerosing agent widely used to treat macrocystic lymphangiomas larger than 5 cm by inducing obliteration of lymphatic channels and reducing lesion volume. The objective of this report is to describe a rare perinatal surgical approach in a case of fetal airway obstruction due to cervical lymphangioma. Material and Methods: This is a retrospective case report of a fetus with a big cervical lymphangioma managed through fetal sclerotherapy, ex-utero intrapartum treatment (EXIT) procedure, and postnatal surgical resection. Results: A fetus at 29 weeks and 4 days gestation was diagnosed by prenatal ultrasound with cervical lymphangioma associated with impaired fetal swallowing, polyhydramnios, impaired jugular venous return, and secondary brain compression. Urgent intrauterine sclerotherapy with OK-432 combined with amniodrainage was performed at 32 weeks' gestation, resulting in reduction of the cervical mass, improvement in jugular venous drainage, and resolution of secondary brain compression. Despite that, the risk of airway obstruction at birth remained high. Therefore, the EXIT procedure was successfully performed, allowing endotracheal intubation while maintaining fetoplacental circulation. After birth, the neonate underwent cervical mass resection with a good outcome. Discussion: In this case, fetal intervention was indicated not only because of the anticipated airway obstruction but also because of progressive jugular venous compression associated with secondary brain compression. Although sclerotherapy improved fetal hemodynamic conditions, persistent airway compromise required the EXIT procedure to ensure safe airway

control at delivery. This multidisciplinary approach resulted in favorable outcome and ensured neonatal survival in a case of lymphangioma with severe cervical obstruction.

PL08) "FETI" PROCEDURE TO SECURE INTRAPARTUM AIRWAY - CASE REPORT OF FETAL GOITER CAUSED BY IATROGENIC IODINE SUPPLEMENTATION

Costa Moura Velho, G.(1); Lopes Miranda, M.(2); Ximenes, R.(3); Silva Campos, A.(3);
(1): Centro Médico de Campinas, Campinas, Brasil (2): Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) y Fundação de Medicina Fetal Latinoamericana (FMFLA), Campinas, Brasil (3): Fundação de Medicina Fetal Latinoamericana (FMFLA), Campinas, Brasil

Introduction: Fetal goiter is a rare condition that may result from maternal thyroid disease or excessive iodine exposure. Maternal iodine overload can induce fetal hypothyroidism through the Wolff–Chaikoff effect, leading to thyroid enlargement. Consequently, goiter may cause tracheal compression, polyhydramnios and potentially fatal airway obstruction at birth. Prenatal diagnosis is essential for perinatal planning and safe airway management at delivery. This report aims to describe a rare case of severe fetal goiter caused by excessive maternal iodine supplementation and the role of fetoscopic endoluminal tracheal intubation (FETI) in securing the neonatal airway. Material and Methods: This is a retrospective case report of a fetus with iatrogenic fetal goiter managed through FETI and multidisciplinary perinatal planning. Results: A pregnant woman receiving iatrogenic iodine supplementation (approximately 600–1,000 times the World Health Organization daily recommendation) underwent prenatal ultrasonography at 36 weeks' gestation, which revealed a large fetal goiter associated with partial tracheal compression and polyhydramnios. Maternal iodine supplementation was immediately discontinued. Because of the anticipated risk of airway compromise at delivery, a multidisciplinary team planned a fetoscopic airway assessment. FETI is a minimally invasive technique where a specialist secures the airway while still in the womb as the first-line strategy. The ex-utero intrapartum treatment (EXIT) was reserved as a rescue option if needed. In this case, FETI was successfully performed, allowing endotracheal intubation without conversion to EXIT. The newborn remained clinically stable, was extubated 48 hours after birth, and required no postnatal thyroid surgery. The goiter progressively regressed after iodine withdrawal. Discussion: Prenatal identification of tracheal compression and polyhydramnios enabled individualized perinatal planning. Although iodine-induced fetal goiter is rare and potentially preventable, FETI provided safe, minimally invasive and effective airway management while avoiding the need for EXIT, resulting in a favorable neonatal outcome.

PL09) TENDENCIA TEMPORAL Y DISPARIDADES REGIONALES DE LA GASTROSQUISIS EN BRASIL (2020 A 2024): ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL

Portilho Gomes, N.(1); De Souza Rabelo, I.(1); Aires Dos Santos Junior, J.(1); Lopes Costa Nunes, B.(2); Lopes Cordeiro, R.(2); De Paula Sousa Lopes, T.(1); De Carvalho Sousa, J.(1); Silva Do Nascimento, J.(1); Ferreira Alves, G.(1); Portilho Gomes Brito, J.(3);

(1): Universidade do Estado do Pará, Marabá, Brazil (2): Afya Marabá, Marabá, Brazil (3): Universidade do Estado do Pará, Belém, Brazil

Introducción: La gastrosquisis es una malformación congénita caracterizada por un defecto en el cierre de la pared abdominal fetal que ocasiona la exteriorización de las vísceras. Se asocia con elevada morbimortalidad neonatal, por lo que conocer su distribución y evolución temporal resulta fundamental para la planificación de estrategias sanitarias. Este estudio tuvo como objetivo analizar la tendencia temporal y las disparidades regionales de la gastrosquisis en Brasil entre 2020 y 2024.Métodos: Se realizó un estudio epidemiológico de serie temporal, con enfoque cuantitativo, utilizando datos secundarios del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC/DATASUS). Se analizaron los registros de nacidos vivos con gastrosquisis entre 2020 y 2024, considerando la incidencia, la distribución regional y la mortalidad. Los datos fueron sometidos a análisis descriptivo y evaluación de la tendencia temporal de los indicadores.Resultados: Entre 2020 y 2024 se registraron 3.084 casos de gastrosquisis entre 12.896.069 nacidos vivos, lo que corresponde a una incidencia de 2,39 casos por cada 10.000 nacidos vivos. La incidencia anual permaneció estable, con valores entre 2,29 y 2,47 por cada 10.000 nacidos vivos. La región Sudeste concentró la mayor proporción de casos (36,4 %), seguida del Nordeste (25,4 %), Sur (15,2 %), Norte (13,5 %) y Centro-Oeste (9,6 %), con predominio del estado de São Paulo. La letalidad osciló entre el 33 % y el 36,5 % durante el período estudiado. La mayoría de las muertes ocurrió durante el primer año de vida (97,7 %), siendo la sepsis la principal causa.Conclusión: La gastrosquisis presentó una tendencia temporal estable en Brasil, aunque con importantes diferencias regionales. La mayor concentración de casos en el Sudeste y Nordeste y la elevada letalidad asociada principalmente a la sepsis evidencian desigualdades en el acceso al diagnóstico, la atención perinatal y los servicios especializados.

PL10) IS THORACOSCOPIC REPAIR SUPERIOR TO OPEN REPAIR FOR NEONATAL CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA?

Costa Moura Velho, G.(1); Morais Alves, A.(1); Pegorim Miller Cavicchini, B.(1); Fernandes Jordao, E.(1); Gomide Marquez, G.(1); Costa Spegiorin, P.(2); Ferreira De Mendonça, G.(1); De Oliveira Peternelli, M.(1); Oliveira Lima Fernandes, M.(1); Ohana Marinho Rosa, N.(1);
(1): Centro Médico de Campinas, Campinas, Brasil (2): Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), Guarujá, Brasil

Introduction: Congenital diaphragmatic hernia (CDH) is a rare congenital malformation associated with pulmonary hypoplasia, pulmonary hypertension, and significant neonatal morbidity and mortality. Surgical repair is the definitive treatment once cardiorespiratory stabilization has been achieved. Over the past two decades, thoracoscopic repair (TR) has emerged as an alternative to open repair (OR) in selected neonates, although its safety and long-term outcomes remain controversial. The aim of this study was to compare perioperative and postoperative outcomes of TR versus OR for neonatal CDH based on

current evidence. Material and Methods: A narrative review was conducted through an electronic search of PubMed/MEDLINE, SciELO, and LILACS. Studies published between 2021 and June 2026 were selected using the descriptors "Congenital Diaphragmatic Hernia," "Thoracoscopy," and "Open Repair." The Population, Intervention, Comparison, and Outcome (PICO) framework was used: P, neonates with CDH; I, thoracoscopic repair; C, open repair (laparotomy); O, mortality, recurrence, operative time, length of hospital stay, duration of mechanical ventilation, and need for patch. Results: Twenty-five studies met the inclusion criteria. Discussion: Most studies reported a higher recurrence rate for TR than OR, regardless of patch use or defect size. TR was also associated with longer operative times, intraoperative hypercapnia, and acidosis. However, it consistently resulted in shorter postoperative mechanical ventilation, reduced hospital stay, and fewer complications, such as bowel obstruction. Lower mortality observed in the TR group likely reflects selection bias rather than superiority of the technique. Conclusion: TR offers the advantages of minimally invasive surgery, including shorter postoperative ventilation and hospital stay. However, concerns regarding recurrence remain. Appropriate patient selection and surgical expertise are essential to optimize outcomes.

PL11) EMBOLIA POR DIÓXIDO DE CARBONO (CO2) DURANTE LAPAROSCOPÍA NEONATAL: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE ASOCIADA AL NEUMOPERITONEO

Pérez, C.(1); Weibel, G.(1); Godoy, J.(1); Pérez, I.(1);
(1): Clínica Alemana Santiago, Santiago, Chile

Introducción

La embolia por dióxido de carbono (CO2) es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave, de la cirugía laparoscópica. En pediatría, su incidencia real es desconocida y probablemente subdiagnosticada. En neonatos puede tener mayor repercusión fisiológica debido a su menor reserva cardiorrespiratoria. Se asocia principalmente a la insuflación inicial, uso de aguja de Veress, punción inadvertida vascular o visceral, insuflación rápida y presiones elevadas de neumoperitoneo. Presentamos un caso de embolia por CO? durante laparoscopía neonatal, destacando la importancia de su reconocimiento precoz y manejo oportuno.

Materiales y métodos

Reporte retrospectivo de un caso clínico

Resultados

Paciente femenina de 2 días de vida, con antecedente prenatal de masa quística abdominal. La ecografía postnatal evidenció una lesión quística compleja de 67 × 42 × 63 mm, con componente hiperecogénico central y calcificaciones, por lo que se decidió exploración quirúrgica laparoscópica.

Se inició abordaje mediante incisión umbilical, insuflación con aguja de Veress y neumoperitoneo con CO? a 12 mmHg, instalándose trocar umbilical de 5 mm. Posterior a la insuflación presentó caída brusca de la capnografía, desaturación, cianosis y reticulado violáceo generalizado, planteándose el diagnóstico de embolia por CO?. Se interrumpió de inmediato el neumoperitoneo, la paciente fue posicionada en maniobra de Durant y recibió ventilación con FiO? al 100%, suspendiéndose el procedimiento. Posteriormente presentó episodios convulsivos, por lo que se realizó resonancia magnética cerebral que evidenció infarto en el giro frontal medio y corteza adyacente al giro precentral izquierdo. Las crisis cedieron tras iniciar tratamiento anticonvulsivante. En un segundo tiempo, la masa fue resecada por laparotomía, con biopsia compatible con teratoma inmaduro.

Discusión

Este caso enfatiza el riesgo de la insuflación inicial en neonatos, la necesidad de utilizar presiones bajas y la importancia de suspender precozmente la insuflación, estabilizar al paciente y reevaluar la estrategia quirúrgica.

CGE-D1.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D1.2 (ORAL-VIDEO-PÓSTER)

O011) ESTUDIO PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE INSUFLACIÓN VALVELESS CON RECIRCULACIÓN DE CO2 SOBRE LA VENTILACIÓN INTRAOPERATORIA Y EL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA ROBÓTICA PEDIÁTRICA

Zelaya Contreras, L.(1); Ruiz, M.(1); Vargas, V.(1); Garrido, J.(1); Paredes, R.(1); Parente, A.(1); (1): Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Introducción:

Los insufladores convencionales pueden asociarse a pérdidas transitorias de presión, absorción de CO?, cambios ventilatorios, dolor postoperatorio y mala visibilidad por el humo quirúrgico. Los sistemas valveless con recirculación continua de CO? y evacuación de humo podrían dismiuir estas limitaciones. El objetivo fue evaluar prospectivamente su impacto en cirugía robótica pediátrica.

Material y Métodos:

Estudio observacional prospectivo (2024–2025) en pacientes sometidos a cirugía robótica con un sistemas valveless con recirculación. Se registraron variables ventilatorias y hemodinámicas cada 30 minutos desde el inicio del neumoperitoneo. El dolor postoperatorio (EVA) se evaluó a las 2, 6, 12 y 24 horas. La seguridad se evaluó mediante radiografía de tórax postoperatoria. La visibilidad intraoperatoria fue valorada subjetivamente por un único cirujano (1–5)

Resultados:

Se incluyeron 21 pacientes (edad media 7,9 años; 66,7% varones). El procedimiento más frecuente fue la pieloplastia. A los 60 minutos se observaron incrementos significativos pero modestos de la presión pico (17,52 a 20,71 cmH?O) y del EtCO? máximo (38,95 a 42,10 mmHg; ambos p<0,01). La duración mediana del neumoperitoneo fue de 120 min. El dolor postoperatorio disminuyó progresivamente (EVA 2 a las 2 h a 0 a las 24 h; p<0,001), con EVA 0 en el 85,7% a las 24 h. No se detectaron neumotórax y la visibilidad intraoperatoria fue excelente (4,9)

Conclusiones:

El uso de un sistema de insuflación valveless fue factible y seguro a corto plazo, con rápida mejoría del dolor, y buena visibilidad quirúrgica. Se proponen estudios comparativos con mayor tamaño muestral.

O012) DOSIS ULTRA-BAJAS E INTERVALOS CORTOS DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA PEDIÁTRICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Prodan, S.(1); Gigena Heitsman, C.(2); Millan, C.(1); Bignon, H.(1);
(1): GRUPO DE CIRUGIA PEDIATRICA, CABA, ARGENTINA (2): CLEVELAND CLINIC CHILDREN'S, CLEVELAND, USA

OBJETIVO: Evaluar la seguridad y la capacidad de visualización, en un protocolo de fluorescencia con verde de indocianina (ICG), a dosis ultra-bajas e intervalos cortos en cirugía guiada por fluorescencia pediátrica (CGF), versus recomendaciones publicadas.

MATERIAL Y METODO: Análisis multicéntrico retrospectivo de datos prospectivamente recolectados en pacientes pediátricos sometidos a CGF con ICG, en ocho instituciones entre

marzo de 2021 y noviembre de 2025. Las variables incluyeron características demográficas, objetivo de visualización, dosis de ICG e intervalos de administración, que fueron comparados con bibliografía pediátrica publicada: 0,25–0,5 mg/kg administrados 45–720 minutos antes, para visualización de vías biliares, y push intraquirurgico de 0,1–0,5 mg/kg para angiografía y evaluación de perfusión tisular.

RESULTADOS: En 28 casos, más del 89%, la fluorescencia fue satisfactoria. La mediana de dosis de ICG para la vía biliar fue 0,05 mg/kg (0,03–0,11), lo que corresponde a una reducción del 60–90% comparado con las recomendaciones publicadas. La administración se realizó 30–75 minutos antes de la visualización (mediana 55 minutos), lo cual está por debajo de los intervalos reportados en la literatura pediátrica (45–720 min). Los procedimientos biliares lograron identificación del cístico y conducto colédoco, con dosis inferiores a las previamente reportadas. En cuanto a las aplicaciones de perfusión, también produjeron fluorescencia efectiva con una dosis de solo 0,05 mg/kg.

CONCLUSIONES: Este estudio multicéntrico demostró que dosis muy bajas de ICG administradas con intervalos cortos son seguras y funcionales para CGF en niños. Se logró fluorescencia de los objetivos a pesar del uso de dosis inferiores y tiempos más cortos que los establecidos en las recomendaciones actuales. Estos hallazgos respaldan la adopción de la dosis más baja efectiva de ICG en CGF pediátrica.

O013) RESECCIÓN DE QUISTE DE COLÉDOCO CON ROBOT DA VINCI Y HEPATODUODENOANASTOMOSIS. PRIMERA SERIE EN LATINOAMÉRICA

Guevara, A.(1); Jiménez, P.(1);
(1): Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE, Ciudad de México, México

Introducción: El quiste de colédoco es una malformación congénita infrecuente que, sin tratamiento, puede evolucionar a colangitis, cirrosis biliar y colangiocarcinoma. El tratamiento es la resección completa con reconstrucción bilioentérica; la cirugía robótica facilita el tratamiento en pacientes pediátricos mediante visión tridimensional e instrumentos articulados. La hepatoduodenoanastomosis (HDA) ofrece la alternativa de una sola anastomosis y acceso endoscópico posterior, frente a la hepatoyeyunoanastomosis. El objetivo es presentar la primera serie latinoamericana de resección robótica de quiste de colédoco con hepatoduodenoanastomosis.

Material y método: Estudio retrospectivo, unicéntrico, observacional y descriptivo de casos consecutivos (enero 2019–marzo 2026). Se incluyeron pacientes pediátricos con quiste de colédoco sometidos a resección robótica (sistema Da Vinci Si y Xi) y hepatoduodenoanastomosis a distancia del antro pilórico. Se analizaron variables demográficas, tipo de Todani, tiempo quirúrgico, sangrado, reinicio de vía oral y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes (75 % sexo femenino; mediana de edad 3.5 años). Predominó el Todani tipo I (83.3 %). El sangrado mediano fue de 30 mL (sin transfusiones) y el tiempo quirúrgico mediano de 240 min. El reinicio de vía oral fue entre el segundo y quinto día en casos no complicados. Las complicaciones se clasificaron según Clavien-Dindo; dos pacientes presentaron fuga biliar, resueltas de forma conservadora, sin estenosis anastomótica ni mortalidad. Con seguimiento hasta 7 años, el 83 % permaneció asintomático.

Discusión: Los resultados confirman que la HDA robótica es factible y segura, con sangrado y tiempos comparables a la literatura y ausencia de estenosis anastomótica en un seguimiento hasta 7 años. No se observó reflujo duodenogástrico clínicamente significativo en pacientes con control endoscópico. Solo dos pacientes presentaron fuga biliar que se resolvió con manejo conservador.

Conclusión: La hepatoduodenoanastomosis robótica es una técnica reproducible y segura para el quiste de colédoco pediátrico, con resultados favorables a largo plazo.

O014) ALTA PREVALENCIA DE COLECISTITIS CRÓNICA EN 110 COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS PEDIÁTRICAS CONSECUTIVAS EN UN ÁREA DE ALTO RIESGO ONCOLÓGICO.

Garrido, M.(1); Velandia, D.(2); Lozano, C.(3); Torres, C.(4); Galindo, M.(4); Pérez, P.(4); Montedonico, S.(1);
(1): Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile. Centro Interdisciplinario de Investigación Biomédica e Ingeniería para la Salud – MEDING. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile (2): Instituto de Estadística (IDIUV). Universidad de Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile (3): Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile (4): Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile

Introducción: La colelitiasis representa un problema crítico de salud pública en Chile por su vínculo con el cáncer de vesícula biliar. La colecistitis crónica (CC) constituye el evento inicial en la cascada oncogénica, describiéndose desde la tercera década de vida. No obstante, series históricas han reportado una elevada presencia de CC en niños chilenos (38,0% - 57,5%). La progresión contemporánea de CC en la era de la obesidad, y el perfil de seguridad de la colecistectomía laparoscópica (CL) pediátrica no ha sido evaluados. El objetivo fue caracterizar clínica, histopatológica y temporoespacialmente una cohorte pediátrica contemporánea sometida a CL en un hospital regional.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, observacional y monocéntrico de pacientes consecutivos con indicación primaria de CL. Se analizaron variables clínicas, demográficas, quirúrgicas y anatomopatológicas. Se utilizó algoritmos *K-means* y DBSCAN 3D para análisis temporoespacial.

Resultados: Entre 2011-2025, 110 pacientes fueron operados (mediana: 13 años; rango: 1–17; 75,5% mujeres). Sólo un caso fue convertido (0,91%). La tasa de CL pediátricas alcanzó un máximo de 13,3/100.000 (2023). Se documentó un 29,1% de complicaciones asociadas a litiasis, siendo la pancreatitis biliar la más frecuente (11,8%), seguida por colecistitis aguda (10.9%). El tiempo operatorio de los residentes fue significativamente mayor al staff (108,0 versus 86,5 minutos), demostrando tamaño de efecto grande (Cliff's $\delta = 0.53$; $p = 0.0097$). El hallazgo anatomopatológico principal fue CC (90,0%), predominantemente asociada a cálculos de colesterol (64,4%). *K-means* identificó tres fenotipos, destacando un cambio epidemiológico post-pandemia hacia adolescentes varones. DBSCAN 3D aisló cuatro focos temporoespaciales de alta persistencia.

Conclusiones: La patología biliar pediátrica en Chile exhibe un fenotipo inflamatorio crónico precoz y en aumento, respaldando la CL como intervención profiláctica transgeneracional contra la cascada oncogénica. Nuestros métodos y hallazgos sientan las bases para un estudio prospectivo multicéntrico nacional que mapee dinámicamente la realidad epidemiológica.

O015) HEPATITIS LITIÁSICA EN PEDIATRÍA: LA TRANSAMINASAS COMO SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS

Sorrentino, G.(1); Beltran, P.(1); Peréz, C.(1); Ball, J.(1); Ayala, T.(1); Correia, G.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: La litiasis biliar en edad pediátrica ha incrementado su incidencia en los últimos años, asociado a factores epidemiológicos y en Chile a la extensión de la edad pediátrica (18 años). La elevación marcada de transaminasas secundaria a obstrucción transitoria de la vía biliar denominada "hepatitis litiásica" puede simular una hepatitis viral, retrasando el diagnóstico oportuno de coledocolitiasis.

Objetivo: Determinar la frecuencia de elevación de transaminasas en pediátricos con coledocolitiasis sometidos a colecistectomía en un hospital terciario

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo . Pacientes con colelitiasis sintomática e indicación quirúrgica, que cumplían criterios altos de probabilidad de coledocolitiasis, intervenidos entre enero de 2020 y junio de 2026 en el Hospital Padre Hurtado. Se analizaron variables demográficas y bioquímicas, definiendo hepatitis como elevación ≥10 veces del valor normal de GOT/GPT.

Resultados: En el período analizado (77meses) se realizaron 122 colecistectomías, de las cuales 20 pacientes (16%) presentaron criterios de coledocolitiasis. Los valores promedio de pruebas hepáticas fueron: BT 3.781 mg/dL, BD 3.401 mg/dL, BI 0.618mg/dL, GOT 199 UI/L, GPT 349 UI/L, FA 243 UI/L, GGT 451 UI/L. El 90% (18) mostró patrón hepatocelular, destacando que 15% (3) presentó transaminasas >500 UI/L. Desde 2022 se observó un aumento sustancial de patología biliar, coincidente con la ampliación de la edad pediátrica

hasta 18 años: el 64% (78) de las colelitiasis y el 60% (14) de las coledocolitiasis ocurrió en adolescentes de 15–17 años.

Conclusiones: La patología biliar es cada vez más frecuente en la población pediátrica. La elevación significativa de transaminasas sería un hallazgo frecuente en coledocolitiasis pediátrica y, dado que puede simular una hepatitis viral, se debe mantener un alto índice de sospecha. Su reconocimiento oportuno permite disminuir retrasos en el tratamiento y sus potenciales complicaciones.

O016) MANEJO SECUENCIAL CON CPRE Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN COLEDOCOLITIASIS PEDIÁTRICA COMPLICADA CON PANCREATITIS BILIAR

Olivares Eustaquio, A.(1); Viera Aleman, X.(1); Jaramillo Samaniego, J.(1);
(1): Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú

Introducción: La coledocolitiasis pediátrica puede causar complicaciones graves como la pancreatitis aguda. Aunque el manejo secuencial con CPRE y colecistectomía laparoscópica (Colelap) es efectivo, la inflamación pancreática previa altera el escenario quirúrgico. El objetivo es describir los resultados de este tratamiento secuencial y analizar el impacto de la pancreatitis pre-CPRE en los hallazgos operatorios.

Métodos: Estudio descriptivo, retro-prospectivo de 5 años. Se evaluó a una subpoblación de 17 pacientes pediátricos con coledocolitiasis y pancreatitis biliar previa, sometidos a CPRE y Colelap.

Resultados: De 373 pacientes con colelitiasis, 51 tuvieron coledocolitiasis (7-17 años) y 17 presentaron pancreatitis pre-CPRE. El diagnóstico se realizó por ecografía y lipasa sérica (además de 4 TEM y 1 RMN). El intervalo CPRE-Colelap fue de 2 a 3 días. Dos casos desarrollaron pancreatitis post-CPRE. Durante la Colelap, 8 pacientes (47%) presentaron dificultad técnica para identificar la vía biliar por adherencias, edema y cístico dilatado. Dos requirieron colecistectomía parcial (uno fue reintervenido). El 88.2% recibió el alta a los 2 días postoperatorios.

Discusión: La pancreatitis biliar es una complicación crítica en niños. Este estudio demuestra que el estado inflamatorio agudo incrementa significativamente la complejidad técnica de la Colelap secuencial, evidenciado en la alta tasa de dificultad para la disección anatómica y la necesidad de estrategias de rescate como la colecistectomía parcial para prevenir lesiones de la vía biliar, coincidiendo con la literatura internacional.

Conclusión: La pancreatitis pre-CPRE eleva la dificultad técnica de la colecistectomía laparoscópica pediátrica; no obstante, el manejo secuencial corto es efectivo y permite un egreso hospitalario temprano.

PL12) EXPERIENCIA INSTITUCIONAL CON DERIVACIÓN MESO-REX EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL EXTRAHEPÁTICA

Puentes, M.(1); Ostolaza, A.(1); Briceño, F.(1); Gonzalez, G.(2); Godoy, J.(1);
(1): Hospital Luis Calvo Mackenna, santiago, Chile (2): Profesora visitante Lerner College of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland Clinic Children`s Hospital, Profesora Asociada Universidad de Chile, Cleveland, Estados Unidos

Introducción

La derivación meso-Rex restaura el flujo portal hepatópeto y constituye el tratamiento quirúrgico fisiológico de elección en pacientes pediátricos seleccionados con hipertensión portal secundaria a obstrucción extrahepática de la vena porta. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, quirúrgicas y los resultados de los pacientes pediátricos sometidos a derivación meso-Rex en nuestro centro entre 2003 y 2024.

Método

Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó pacientes pediátricos sometidos a derivación meso-Rex entre enero de 2003 y diciembre de 2024. Se revisaron fichas clínicas y registros institucionales. Se recopilaron datos demográficos, diagnóstico, indicación quirúrgica, características del procedimiento, complicaciones perioperatorias, reintervenciones y variables de seguimiento, incluyendo permeabilidad del shunt y recuento plaquetario.

Resultados

Se incluyeron 13 pacientes, 7 de sexo femenino. La mediana de edad al momento de la cirugía fue de 72 meses (rango: 11,3-198). El diagnóstico más frecuente fue la cavernomatosis portal (9/13), seguido de trombosis portal postrasplante y trombosis portal crónica. La principal indicación quirúrgica fue la hipertensión portal asociada a hemorragia digestiva y/o hiperesplenismo. El injerto utilizado con mayor frecuencia fue la vena yugular interna autóloga. Se registraron complicaciones perioperatorias en 6 pacientes y 2 requirieron reintervención. La mediana del recuento plaquetario aumentó de 73.500/µL en el preoperatorio a 169.000/µL en el último control disponible. De los 11 pacientes con seguimiento disponible, 9 presentaban permeabilidad del shunt en el último control.

Conclusiones

La derivación meso-Rex constituye una alternativa quirúrgica para restaurar el flujo portal hepatópeto en pacientes pediátricos con hipertensión portal extrahepática. En nuestra serie, la mayoría de los pacientes con seguimiento disponible mantuvo la permeabilidad del shunt, asociándose además a una mejoría del recuento plaquetario. Estos hallazgos respaldan el uso de esta técnica en pacientes adecuadamente seleccionados.

PF-D1.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES - PÓSTER D1.2 (PM)

P044) TRAUMA PANCREÁTICO PEDIÁTRICO POR ACCIDENTE EN BICICLETA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE MANEJO TERAPÉUTICO.

Saavedra, J.(1); Elton, A.(2); Dávila, S.(3); Moreno, A.(3); Velarde, J.(4); Reyes, O.(4); Magaña, M.(1);
(1): Programa de Postgrado en Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso., Viña del Mar, Chile (2): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña de Mar, Chile (3): Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (4): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: El trauma pancreático en pediatría es una entidad infrecuente, con una incidencia reportada de 0,2–3,1% en el contexto de trauma abdominal contuso. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la inespecificidad clínica y baja sensibilidad de los estudios iniciales, lo que incrementa su morbimortalidad. La lesión ductal y las colecciones peripancreáticas representan complicaciones relevantes, aún sujetas a controversia en cuanto a su manejo.

Material y Método: Caso clínico retrospectivo con revisión bibliográfica.

Caso Clínico: Paciente masculino de 13 años, con antecedente de obesidad, sufrió impacto abdominal por manubrio de bicicleta. Evaluado 5 días después en urgencias por dolor abdominal, rechazo alimentario y elevación de enzimas pancreáticas. La tomografía computada confirmó trauma pancreático grado III: lesión ductal distal y colecciones necróticas. Presentó episodio de hemorragia digestiva alta, se constata mediante endoscopía úlcera duodenal post traumática sangrante tratada exitosamente con clips. El manejo posterior incluyó soporte nutricional, uso de octréotido, antibióticos dado sobreinfección de colecciones, laparoscopía exploradora y drenajes percutáneos. Finalmente, el paciente presentó recuperación progresiva, manteniendo función pancreática normal y resolución de colecciones.

Discusión: El manejo del trauma pancreático en niños continúa siendo controversial. La evidencia señala que el manejo no operatorio es seguro y exitoso en la mayoría de los pacientes, con tasa de resolución cercana al 90%, aunque con mayor riesgo de pseudoquistes en lesiones de grado avanzado. La cirugía se reserva para casos seleccionados, como fracaso del manejo conservador o lesiones irreparables del conducto pancreático (transección completa). Este caso refleja la necesidad de un enfoque escalonado

y multidisciplinario, combinando medidas conservadoras con intervenciones quirúrgicas y radiológicas según la evolución clínica.

Conclusión: El trauma pancreático pediátrico exige alta sospecha clínica y diagnóstico precoz. El abordaje escalonado, con énfasis en manejo conservador y apoyo multidisciplinario, permite reducir complicaciones y preservar función pancreática.

P045) LESION INTESTINAL POR TRAUMA CONTUSO EN LA EDAD PEDIATRICA

Ambriz González, G.(1); Velázquez Vidaurri, A.(1); Torres De Anda, E.(1); Moya Ambriz, H.(1); Hernández Hernández, A.(1); Rodriguez Gutierrez, M.(1); Ochoa Salazar, O.(1); Gomez Preciado, L.(1); Leon Frutos, F.(2); Berzunza Larios, R.(3);
(1): UMAE HOSPIAL DE PEDIATRIA CMNO IMSS, Guadalajara Jalisco, México (2): Practica Privada, Guadalajara Jalisco, México (3): UMAE HOSPIAL DE PEDIATRIA CMNO IMSS, ,

INTRODUCCION:El trauma es la causa más frecuente de muerte y discapacidad, sobrepasa la morbimortalidad de todas las enfermedades en la niñez. En trauma abdominal la lesión a órganos solidos es la más común, la lesión a víscera hueca es rara y de difícil diagnóstico. Los datos pivotes son dolor abdominal, fiebre, hematemesis, taquicardia, distensión abdominal,íleo. OBJETIVO: Reportar la lesión de víscera hueca en trauma contuso en niños CASOS CLINICOS1:Niña 10años, pasajera trasera en colisiónvehicular, a las 36 horas con FC 110x, febril. Se envía a nuestro hospital condistensión, dolor y rebote abdominal, TAC abdomen contrastado líquido libre, engrosamiento y distensión asas de delgado. Hallazgos: perforación yeyunal, resección(20cm) y anastomosis intestinal. 2: Masculino 8años, trauma contuso por volcadura de automóvil, se detecta perforación gástrica y yeyunal a los 5 días en su hospital. Se envía a nuestra unidad por desprendimiento de gastrostomía y trombosis masiva de intestino delgado. Perforaciones intestinal en mulltiples ocasiones, perdida masiva intestinal,pared abdominal, (Bolsa de Bogotá,VAC hechizo, TerapiaVAC, Botox),16cirugías, (queda20cm yeyuno y colon sin válvula) 3: Masculino 15año trauma contuso al ir en moto, ingresa por TCE, retardo en el diagnóstico lesión intestinal a los 7 días. 1ªcirugía perforación15cm ángulo deTreitz , se realiza yeyunostomía, 2ª cirugía isquemia intestinal se realiza ileostomía (4 estomas), 3ª cirugía resección 30cm de yeyuno y anastomosis, bolsa de Bogotá y bótox , 4ª se recambio de bolsa de Bogotá y bótox, 5ª cirugía se logra cierre de pared abdominal y 18 meses después se realiza anastomosis intestinal con buena evolución.CONCLUSIONES:El retraso en el diagnóstico de la lesión intestinal >24 horas aumenta las complicaciones que puede llevar fracaso anastomosis, fístulas, sepsis, y abdomen catastrófico. El diagnóstico se realiza con la clínica, lasmanos del cirujano y el conocimiento de la patología . El diagnóstico tardía lleva a gran morbimortalidad y alto costo hospitalario.

P046) HERNIA TRAUMATICA PARED ABDOMINAL: OPERAR O ESPERAR?

Roldan, N.(1); Maurer, J.(2); Castillo, V.(2); Hinojosa, P.(2); Sepulveda, J.(1); Rider, J.(1); Polak, A.(1); Torres, C.(1); Leiva, R.(1);
(1): HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS, CHILE (2): UNIVERSIDAD DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS, Chile

INTRODUCCIÓNLa hernia traumática de pared abdominal (HTPA) es la protrusión de contenido abdominal por un defecto de pared secundario a rotura musculofascial por traumatismo directo no penetrante, sin compromiso de piel, ni antecedentes herniarios en la misma zona. En pediatría es infrecuente siendo reportada una incidencia <0.5%, pero con alta tasa de lesiones intraabdominales (40-67%). Los mecanismos más reportados son: contra manubrio de bicicleta (72-85%) y accidentes de tránsito (14-15%). La presentación suele ser aguda y sus manifestaciones clínicas varían según tamaño, contenido, localización y complicaciones asociadas. Actualmente no existe consenso sobre el manejo de HTPA. El objetivo del reporte es presentar un caso clínico de HTPA y revisión de literatura.

MATERIAL Y MÉTODOSRevisión de caso clínico y literatura.

RESULTADOSAdolescente 15 años, consultó en servicio de urgencias por aumento de volumen en fosa iliaca izquierda de 12x10cm que aumenta con valsalva, tras sufrir golpe con manubrio de bicicleta. Ecografía y scanner inicial evidenciaron HTPA no complicada que comprometía ambos músculos oblicuos y transverso, con anillo de 13mm. Se decidió hernioplastía laparoscópica con malla ambulatoria; sin embargo, al realizar ecografía preoperatoria, 48 días posterior al evento, se evidencia tejido fibrocicatricial en espesor de musculatura, sin hernias asociadas en reposo ni en valsalva, con resolución espontánea.

DISCUSIÓNLas HTPA pediátricas son infrecuentes, requiriendo alta sospecha y confirmación imagenológica. No existe consenso respecto al manejo cuando no hay lesiones intraabdominales, teniendo alternativas como: cirugía electiva en agudo (<48hrs) o diferida, abierta, laparoscópica, con malla o solo rafia incluso manejo expectante en el menor de los casos.

La resolución espontánea completa es excepcional, mediada por fibrosis cicatricial que desafía la obligatoriedad quirúrgica, por lo que recalcamos la importancia de realizar un periodo de observación (aunque no está definido) y reevaluación por imágen antes de proceder a una cirugía electiva, tal como en nuestro caso.

P047) AUTO-INVAGINACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL CON EXTENSIÓN ÍLEO-CÓLICA

Maturana, F.(1); Rojas, M.(2); Fuentes, T.(2); Vuletin, F.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita más frecuente del intestino delgado. Generalmente asintomático, puede complicarse con hemorragia, obstrucción o perforación. En casos excepcionales, puede invaginarse sobre sí mismo, actuando como cabeza de invaginación y originar cuadros obstructivos. Existen cuatro estadios de inversión, desde parcial (E I) hasta la total con arrastre ileal e invaginación íleo-cólica (E IV). Nuestro objetivo es presentar un caso de DM completamente invertido con extensión íleo-cólica.

Material y método: Estudio retrospectivo de caso clínico.

Resultados: Paciente femenina de 6 años, sana, con historia de 48 horas de dolor abdominal cólico, deposiciones líquidas no sanguinolentas, vómitos persistentes y fiebre hasta 38,2 °C. Al examen físico deshidratada, taquicárdica, con masa palpable en fosa ilíaca derecha. Laboratorio: PCR 12,7 mg/L, leucocitos 9600 /µL. Ecografía abdominal evidenció imagen en "target" compatible con invaginación íleo-cólica y signos de sufrimiento de asa. Ante una desinvaginación laparoscópica frustrada, se realizó laparotomía, identificándose un DM completamente invertido (E IV) con extensión hasta el colon ascendente. Se efectuó desinvaginación manual y resección ileal con anastomosis término-terminal. Evolución postoperatoria satisfactoria, con alta al 5to día.

Discusión: La auto-invaginación del DM es poco común y se da por la peristalsis anómala del íleon adyacente y la falta de fijación del propio DM. Constituye una presentación infrecuente y desafiante lo que dificulta el diagnóstico preoperatorio. La ecografía puede aportar signos indirectos, pero el diagnóstico definitivo es intraoperatorio. El tratamiento quirúrgico oportuno permite evitar complicaciones graves como necrosis o perforación intestinal e incluye resección y anastomosis. Este caso enfatiza la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante cuadros de invaginación atípica en edad pediátrica, alerta sobre una variante poco descrita del DM, reafirmando la relevancia del abordaje multidisciplinario para su diagnóstico y tratamiento.

P048) NEUMOPERITONEO COMO ÚNICA PISTA: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UNA PERFORACIÓN INTESTINAL ATÍPICA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Gómez, A.(1); Pinilla, C.(2); Alarcón, M.(3);
(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): Becada Cirugía Pediátrica Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (3): Médico Salubrista, SalvereSalud, Temuco, Chile

Introducción

La ingesta de cuerpos extraños es un evento pediátrico frecuente, sin embargo, la perforación intestinal es una complicación infrecuente. La evidencia reciente documenta que estas perforaciones actúan como simuladores perfectos y pueden mimetizar clínicamente una apendicitis aguda, dificultando el diagnóstico precoz. El objetivo es presentar un caso de perforación por cuerpo extraño con hallazgos imagenológicos atípicos resuelto quirúrgicamente, simulando una apendicitis aguda.

Material y Método

Estudio descriptivo y retrospectivo de un caso clínico.

Resultados

Escolar femenina de 11 años consultó por dolor persistente en fosa ilíaca derecha y fiebre. Una tomografía computarizada (TC) evidenció un apéndice con fecalito y escaso neumoperitoneo aislado a nivel subdiafragmático y hepático, sin inflamación apendicular concluyente. Dada la presencia de gas libre, se indicó laparoscopía exploradora. Se observó un apéndice macroscópicamente normal, el cual fue resecado (el estudio histopatológico confirmó hiperplasia folicular linfoide). Al revisar el intestino delgado, a 50 cm de la válvula ileocecal, se pesquisó un cuerpo extraño puntiagudo de 5 cm perforando el borde antimesentérico. Se amplió el puerto umbilical, realizando resección intestinal en cuña y anastomosis primaria. La paciente evolucionó de manera favorable y fue dada de alta al cuarto día postoperatorio, con buena evolución posterior.

Discusión

Tal como advierte la literatura actual, los cuerpos extraños retenidos pueden generar un engaño diagnóstico al imitar patologías apendiculares. En nuestro caso, el neumoperitoneo aislado en la TC fue el único predictor de lesión. Ante cuadros abdominales de evolución tórpida con neumoperitoneo de etiología indeterminada, la exploración laparoscópica temprana se consolida como la herramienta diagnóstica y terapéutica de elección para evitar complicaciones derivadas de perforaciones silentes.

P049) TRAUMA PENETRANTE POR ARMA BLANCA EN ADOLESCENTES: SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS QUIRÚRGICOS ANTE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA

Bustos, N.(1); González, P.(1); Acuña, F.(2);
(1): Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama, Calama, Chile (2): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

Introducción: El trauma penetrante pediátrico (TPP) es poco frecuente, representando 10% en series generales. Sin embargo, puede provocar lesiones viscerales, vasculares y retroperitoneales potencialmente letales. La extensión de la edad pediátrica incorpora adolescentes mayores a equipos infantiles, exponiéndolos a patrones de trauma más

cercanos al adulto. Se busca describir una serie de TPP por arma blanca, manejados quirúrgicamente durante un mes en un hospital general con cuidados críticos pediátricos limitados.

Material y Métodos: Serie de casos retrospectiva mediante revisión de fichas clínicas electrónicas. Todos ingresaron hemodinámicamente estables, fueron evaluados con tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis (TAC TAP) y sometidos a laparotomía exploradora.

Resultados: Se incluyeron 3 pacientes masculinos de 15, 12 y 15 años. El primero ingresó con herida cortopunzante (HC) precordial izquierda y hemitórax derecho. En pabellón se evidenció lesión diafragmática, herida transfixiante del cuerpo gástrico y hematoma de cabeza pancreática. Tras cirugía, fue derivado a centro de mayor complejidad. El segundo ingresó por HC en hipocondrio izquierdo, en intraoperatorio hemoperitoneo 800 cc, sangrado activo de arcada gastroepiploica, lesión gástrica anterior, lesión de intestino delgado a 5 cm del ligamento de Treitz y gran hematoma retroperitoneal, sin lesión de grandes vasos. El tercero presentó HC dorsolumbar derecha, hemoperitoneo de 2 litros, trauma renal derecho grado IV y laceración hepática grado III, requiriendo nefrectomía total derecha. Todos se reanimaron con Ringer lactato, requirieron glóbulos rojos, plasma, plaquetas y drogas vasoactivas. Se realizó maniobra de Kocher en los dos primeros y Mattox y Cattell-Braasch en el segundo y tercero. Los dos últimos fueron manejados en unidad de tratamiento intermedio pediátrico por cirujana pediátrica, todos con sobrevida.

Discusión: Concordante con la literatura, la estabilidad inicial no excluye lesiones graves ni deterioro rápido en adolescentes con trauma penetrante. La exploración oportuna, el control hemorrágico y la coordinación multidisciplinaria favorecieron la sobrevida.

P050) MANEJO QUIRÚRGICO DEL FIBROSARCOMA EPITELIOIDE ESCLEROSANTE PEDIÁTRICO DE PARED TORÁCICA: ENTIDAD RARA Y AGRESIVA

Ortega, L.(1); Cardoso, A.(1); Martín, M.(1); Bayarri, M.(1); Batalla, M.(1); Carrasco, R.(2); Krauel, L.(1);
(1): Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), Barcelona, España (2): Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona)Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

Los tumores malignos de partes blandas de la pared torácica son una entidad extremadamente rara en población pediátrica.

OBJETIVO

Describir un caso pediátrico de tumor maligno de partes blandas torácico. Destacar la importancia del estudio histopatológico y perfil molecular para el diagnóstico preciso y la adecuada planificación terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una paciente femenina de 9 años con una masa asintomática en pared torácica izquierda. Se realizaron estudios de imagen (ecografía y resonancia magnética con contraste), valoración multidisciplinar y resección quirúrgica de la lesión. El diagnóstico definitivo se estableció mediante análisis histopatológico, estudio molecular y detección de fusión génica, además de estudio de extensión con PET-TC.

RESULTADOS

La ecografía mostró una lesión bien delimitada con vascularización periférica en el músculo dorsal ancho. La resonancia magnética evidenció una masa sólida de 5×3 cm con áreas hipointensas en T2 y realce heterogéneo, sugestiva inicialmente de elastofibroma dorsi o tumor desmoide.
Se realizó resección quirúrgica sin complicaciones. El estudio histopatológico y molecular confirmó un fibrosarcoma epitelioide esclerosante con fusión génica EWSR1:CREB3L2 positiva. El PET-TC no mostró enfermedad metastásica. Se amplió la resección por contacto estrecho con el tumor. A los 6 meses de seguimiento, la paciente permanece sin evidencia de recidiva.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra la dificultad diagnóstica de los tumores raros de partes blandas en edad pediátrica debido a su presentación inespecífica y hallazgos radiológicos no concluyentes. El diagnóstico definitivo depende en gran medida de la integración de estudios histológicos y moleculares. La cirugía con márgenes adecuados con criterios oncológicos estrictos sigue siendo el pilar fundamental del tratamiento oncológico en estos casos.

CONCLUSIÓN

El fibrosarcoma epitelioide esclerosante en localización torácica pediátrica es excepcionalmente raro. Hasta donde sabemos, constituye la primera descripción de un fibrosarcoma epitelioide esclerosante en esta localización en un paciente pediátrico.

P051) TIMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN PREESCOLAR CON TIMOMA Y MIASTENIA GRAVIS: UNA ESTRATEGIA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA PRESERVAR LOS PRINCIPIOS ONCOLÓGICOS

Garcia Villegas, R.(1); Cabrera Tovar, M.(2);
(1): Hospital Infantil de Morelia, Morelia, México (2): Hospital Infantil de Morelia "Eva Samano de López Mateos", Morelia, México

Introducción La asociación entre miastenia gravis y timoma es excepcional en la edad pediátrica, especialmente en preescolares. La timectomía constituye el tratamiento definitivo; el abordaje convencional se relaciona con mayor agresión quirúrgica, dolor postoperatorio y recuperación prolongada. El objetivo de este trabajo es describir la factibilidad, seguridad y evolución clínica de la timectomía laparoscópica preservando principios oncológicos.

Material y método Paciente masculino de 4 años con ptosis palpebral izquierda de dos años de evolución, asociada a estrabismo divergente. Diagnosticado con miastenia gravis y timoma, mostró respuesta parcial a piridostigmina (120 mg/día) y esteroides. Se realizó timectomía laparoscópica con técnica de tres puertos, logrando resección completa del timo, adecuada exposición, mínima pérdida sanguínea y sin conversión a cirugía abierta.

Resultados El procedimiento se completó sin complicaciones intraoperatorias. En el postoperatorio inmediato presentó mejoría significativa de la apertura palpebral. Al mes de seguimiento mostró apertura ocular bilateral completa y sincrónica, resolución casi total del estrabismo, fuerza muscular 5/5 en extremidades y reducción de piridostigmina a 15 mg cada 12 horas, sin complicaciones relacionadas.

Discusión La timectomía laparoscópica permite una resección oncológicamente adecuada con los beneficios de la mínima invasión, menor trauma quirúrgico, recuperación acelerada y disminución de la morbilidad perioperatoria. En pacientes pediátricos seleccionados es una alternativa segura y efectiva.

Conclusión La timectomía laparoscópica fue factible, segura y altamente efectiva en este preescolar con timoma y miastenia gravis, logrando recuperación neurológica temprana y reducción significativa del tratamiento médico. Este caso respalda el uso de abordajes mínimamente invasivos como opción preferente en cirugía pediátrica torácica.

P052) SARCOMA DE EWING RENAL Y DEL URÉTER: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS EN LA FUNDACIÓN HOMI - CENTRO DE REFERENCIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Molina Ramirez, I.(1); Ruiz Álvarez, M.(2); Arguello-morales, O.(2); Quintero Canasto, E.(3); Orjuela Rodríguez, C.(2); Flechas Afanador, J.(3); Echeverría Vargas, L.(3);
(1): Universidad Nacional de Colombia - Fundación Hospital pediátrico la Misericordia, Bogota D.C, Colombia (2): Universidad Nacional de Colombia - Fundación Hospital pediátrico

la Misericordia, Bogotá D.C, Colombia (3): Fundación Hospital pediátrico la Misericordia, Bogotá D.C, Colombia

Introducción

El sarcoma de Ewing renal (SER) es una neoplasia maligna extremadamente rara que representa menos del 1% de los tumores renales, su presentación en la infancia temprana es excepcional y constituye un reto diagnóstico por su similitud con otras neoplasias renales. Los Sarcomas de Ewing del uréter son casos aún más infrecuentes.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de dos casos clínicos de pacientes diagnosticado y tratado mediante abordaje multidisciplinario.

Resultados

Primer caso: Masculino de 4 años con hematuria y masa abdominal posterior a trauma abdominal. Las imágenes fueron sugestivas de tumor de Wilms y se descartó enfermedad metastásica. Se realizó nefroureterectomía radical derecha. El estudio histopatológico e inmunohistoquímico confirmó el diagnóstico de sarcoma de Ewing renal.

Segundo Caso; masculino de 10 años con antecedente de ERC y reimplante ureteral quien presenta hematuria. La ureteroscopia muestra masa dependiente la cual fué biopsia y se diagnosticó Sarcoma de Ewing. La función diferencial del riñón del lado afectado aportaba el 70% por lo que no se consideró la nefroureterectomía. Se realizó primero nefrostomía y posteriormente ureterectomia y resección de la masa retroperitoneal. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico.

Ambos casos no presentaron complicaciones postoperatorias. Reciben quimioterapia según protocolo AEWS0031. Las imágenes de control no evidencian recaída, se encuentran en plan de manejo con radioterapia adyuvante

Discusión: El sarcoma de Ewing con compromiso primario del riñón se ha descrito en adolescentes; nuestro caso es excepcional. La similitud clínica e imaginológica con el tumor de Wilms dificulta el diagnóstico preoperatorio. El sarcoma primario del uréter es un diagnóstico más infrecuente, presentamos el quinto caso reportado en la literatura. El manejo multidisciplinario basado en cirugía, quimioterapia y radioterapia ofrece la mejor posibilidad de control de la enfermedad.

P053) TORSIÓN DE QUISTE OVÁRICO CON AMPUTACIÓN PARCIAL DEL OVARIO EN PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO DE UNA PRESENTACIÓN INUSUAL

Licci, S.(1); Atoine, A.(1); Zavala, G.(2); Gehrung, A.(1); Bello, A.(1); Osorio, C.(1); Nally, M.(1); Pastor, P.(1);
(1): Universidad de Chile - Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (2): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Introducción: La torsión ovárica es una de las emergencias ginecológicas quirúrgicas más frecuentes y puede presentarse a cualquier edad. En pediatría, se ha descrito que hasta un 46% de los casos ocurre sin masa asociada. Se presenta un caso con un mecanismo infrecuente: torsión aislada de un quiste ovárico con amputación parcial de tejido ovárico, preservándose el resto del ovario sin torsión, hallazgo escasamente descrito en la literatura revisada.
Material y Método: Reporte de caso clínico, de tipo descriptivo y retrospectivo.
Resultados: Paciente de 11 años, premenárquica, con obesidad y resistencia a la insulina, consultó por dolor abdominal y vómitos de 24 horas de evolución. Tras una primera consulta sin hallazgos concluyentes, reconsultó por persistencia de síntomas, evidenciándose leucocitosis (12.900/mm³) y PCR baja (3,18 mg/dL). La tomografía computada mostró una lesión quística anexial izquierda de 6,6 × 6,3 × 6,1 cm, con sospecha de torsión ovárica. En laparoscopía exploradora se encontró el ovario izquierdo en posición normal, con un quiste torcido y amputado que incluía un pequeño segmento ovárico. Se realizó destorsión y quistectomía laparoscópica sin incidentes, resecando segmento ovárico amputado. Evolución posoperatoria favorable. Biopsia confirma tejido ovárico y cistoadenoma seroso con extensos signos de isquemia.
Discusión: El hallazgo intraoperatorio de este caso —torsión ovárica parcial— difiere del mecanismo clásicamente descrito de torsión del ovario completo, e incluso de los casos de "autoamputación ovárica" reportados en la literatura, donde se pierde el ovario en su totalidad. El manejo conservador es concordante con las recomendaciones actuales de preservación ovárica en episodios de torsión anexial.

P054) PANCREATECTOMÍA CENTRAL CON PANCREATO YEYUNO ANASTOMOSIS DE CABEZA Y COLA DE PÁNCREAS CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX PARA UN TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS: REPORTE DE CASO.

Molina Ramirez, I.(1); Echeverría Vargas, L.(2); Serna Lorza, J.(3); Arguello-morales, O.(3);
(1): Universidad Nacional de Colombia - Fundación Hospital pediátrico la Misericordia, Bogota DC, Colombia (2): Fundación Hospital pediátrico la Misericordia, Bogotá D.C, Colombia (3): Universidad Nacional de Colombia - Fundación Hospital pediátrico la Misericordia, Bogotá D.C, Colombia

Introducción:

Los tumores pancreáticos en la población pediátrica son poco comunes y se presentan con síntomas inespecíficos siendo, el tumor sólido pseudopapilar es uno de los más frecuentes. El pilar del tratamiento es la resección quirúrgica, generalmente pancreaticoduodenectomía (Procedimiento de Whipple) o pancreatectomía distal de acuerdo a la localización.

Material y método

Estudio retrospectivo de caso clínico de un paciente diagnosticado y tratado quirúrgicamente por un tumor sólido pseudopapilar del páncreas

Resultados:

Paciente masculino de 12 años diagnosticado con un tumor sugestivo de tumor sólido pseudopapilar del páncreas posterior a sufrir traumatismo abdominal cerrado. Se realiza resección quirúrgica del tumor localizado en la cabeza y cuerpo, mediante pancreatectomía central y anastomosis pancreatoyeyunal término-terminal entre la cola y el yeyuno y una segunda anastomosis término lateral entre la cabeza y el borde antimesentérico de la misma asa yeyunal. El paciente tuvo una estancia de 6 días. No presentó complicaciones tempranas ni tardías. El análisis histopatológico confirmó la sospecha diagnóstica inicial. Los bordes de resección fueron negativos.

Discusión

La resección quirúrgica de los tumores pancreáticos es el pilar fundamental del tratamiento.El procedimiento de Whipple es al indicado en tumores de la cabeza del páncreas y tiene una mortalidad hasta del 5% y complicaciones postoperatorias hasta del 42% siendo la insuficiencia y la fístula pancreáticas las más frecuentes. Nuestra técnica descrita preserva la mayor cantidad de tejido pancreático y así mismo previene la formación de fístula pancreática.

Conclusión:

La pancreatectomía central con anastomosis distal y proximal del páncreas a una única asa yeyunal ofrece una técnica menos radical para el tratamiento de tumores centrales del páncreas en niños.

P055) MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE OVÁRICO COMPLEJO CON DIAGNÓSTICO PRENATAL: REPORTE DE DOS CASOS

Bello Rivera, N.(1); Cuminao Cea, J.(1); Pinilla Hermosilla, C.(1); Ramirez Farías, S.(1); Flores Lacalle, A.(2); Castillo Redlich, F.(1);
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile (2): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Introducción:Los quistes ováricos congénitos son las masas abdominales de diagnóstico prenatal más frecuente con una incidencia de 1:2625 RNV.
Según sus características ecográficas se clasifican como simples (uniloculares, anecoicos, paredes finas) o complejos (heterogéneos, con niveles líquido-líquido o paredes engrosadas). Los quistes complejos y las lesiones que superan los 40 mm representan un riesgo significativamente mayor de compromiso vascular.
El objetivo es reportar dos casos clínicos de quiste ovárico congénito, discutir los criterios quirúrgicos y de preservación tisular.
Material y Método: Estudio retrospectivo de dos pacientes con diagnóstico antenatal de quiste pelviano.
Resultados: Caso 1: Recién nacida con diagnóstico antenatal de quiste pelviano de 37 mm en seguimiento ecográfico. A los 5 meses de vida presenta crecimiento de quiste hasta 45 mm y aspecto ecográfico hemorrágico con niveles.
Se realiza exploración laparoscópica que describe una masa violácea de 50 mm con adherencias epiploicas; Tras liberación y aspiración de líquido contenido, se realiza quistectomía con preservación de parénquima ovárico.

Caso 2: Recién nacida con diagnóstico antenatal de quiste pelviano, en hallazgo ecográfico : quiste hemorrágico con niveles, pared engrosada y ausencia de flujo Doppler. Se intervino vía laparoscópica al octavo día, se constató masa de aspecto necrótico de 50 mm con dos vueltas de torsión, adherencias densas a colon sigmoides/útero y autoamputación de los dos tercios distales tubáricos, realizándose exéresis anexial completa.

Discusión:La intervención en masas anexiales perinatales se justifica ante el crecimiento crítico (>40 mm), la transición hacia patrones complejos y la interrupción del flujo Doppler, predictores determinantes de torsión y compromiso isquémico.
La evidencia actual promueve la detorsión y quistectomía conservadora, dado el alto potencial de recuperación funcional ovárica. No obstante, la resección radical tiene indicación ante necrosis masiva o autoamputación tubárica espontánea, escenario donde la viabilidad tisular es nula, exigiendo la exéresis para evitar morbilidades intraabdominales secundarias.

P056) INVAGINACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN CON COMPROMISO INTESTINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO

Bello Rivera, N.(1); Echeverria Sepulveda, M.(1); Carreño Bahamondes, F.(1); Scheuermann Parra, T.(2); Pinilla Hermosilla, C.(1);
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile (2): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Introducción:
La invaginación intestinal es una de las principales causas de obstrucción intestinal en pediatría. Aunque la mayoría de los casos son idiopáticos, hasta un 25% presentan un punto guía patológico, cuya frecuencia aumenta en niños mayores de 5 años. Entre las causas más

habituales se encuentran el divertículo de Meckel, los pólipos y los quistes de duplicación intestinal; las neoplasias son excepcionales. El linfoma difuso de células B grandes (LDCBG) es un subtipo frecuente de linfoma no Hodgkin, pero el compromiso apendicular representa solo el 0,015% de los casos.

Métodos:
Estudio descriptivo de un caso pediátrico de LDCBG apendicular manifestado clínicamente como invaginación intestinal.

Resultados:
Paciente masculino de 8 años consultó por dolor abdominal y masa palpable en fosa ilíaca izquierda. La imagenología evidenció invaginación ileocólica. Se realizó laparoscopia exploradora con desinvaginación parcial, requiriendo conversión a laparotomía por reducción incompleta. Se constató invaginación ileocólica extensa, íleon distal endurecido y blanquecino y múltiples adenopatías de aspecto patológico. Se efectuó resección en bloque de aproximadamente 12 cm de íleon distal, válvula ileocecal, ciego y apéndice, además de linfadenectomía regional e ileostomía. El estudio histopatológico confirmó un LDCBG maduro de alto grado, con elevado índice proliferativo y fenotipo de centro germinal, con compromiso transmural cecal y apendicular.

Discusión y conclusión:
El linfoma apendicular es una causa excepcional de invaginación intestinal en pediatría. En pacientes fuera del rango etario habitual y con hallazgos intraoperatorios atípicos, como reducción dificultosa, compromiso transmural o adenopatías sospechosas, debe sospecharse un punto guía neoplásico. El tratamiento quirúrgico permitió establecer el diagnóstico definitivo e iniciar precozmente la terapia oncológica, factores determinantes para el pronóstico.

P057) ABSCESO ISQUIORRECTAL Y FISTULAS COLOGÁSTRICA Y COLOYEYUNAL SECUNDARIAS A COLITIS POR DERIVACIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPUNG Y SEGMENTO DE COLON ABANDONADO POR 14 AÑOS.

Figueroa Gutiérrez, L.(1); Martínez Cano, J.(2); Eusse Soto, M.(3); Ramírez Hurtado, M.(4); Zuluaga Carmona, M.(4); Gaitán Martínez, J.(1);
(1): Universidad del Valle, Cali, Colombia (2): Clínica Comfamiliar, Pereira, Colombia (3): Universidad Libre, Cali, Colombia (4): Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia

Introducción:

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es un trastorno caracterizado por la ausencia de células ganglionares en el intestino, generando obstrucción funcional. Su tratamiento es quirúrgico, idealmente en edades tempranas. En casos manejados con ostomías dejando un segmento de colon excluido por periodos prolongados se favorece el desarrollo de colitis por derivación. Se presenta el caso de un adolescente con ileostomía desde los dos años y las

consecuencias de un segmento de colon abandonado por 14 años luego de una cirugía de Duhamel en la infancia.

Material y Método:

Paciente de 16 años con diagnóstico neonatal de (EH) , manejado con colostomía y posteriormente descenso tipo Duhamel. A los dos años presentó colon tóxico, perforación cecal y necrosis ileal, requirió abdomen abierto e ileostomía terminal. Permanece por 14 años con un segmento de colon abandonado. Consulta por dolor pélvico, sensación de masa perianal, tenesmo vesical y rectal y secreción mucopurulenta por el ano. Inicialmente se drena un absceso isquiorrectal derecho y se hace una ostomía del colon izquierdo en doble boca. En los estudios se identifica un segmento de colon desde el transverso hasta la bolsa del Duhamel.

Resultados:

En la proctocolectomía se identifican dos segmentos del colon fistulizados uno a la curvatura mayor del estómago que se resuelve con una sección con grapadora y otro al yeyuno que requiere resección intestinal y anastomosis, quedando en ileostomía definitiva por elección del paciente. Posteriormente presenta absceso intrabdominal manejado con drenaje percutáneo. Actualmente sin ninguna otra intercurrencia.

Discusión:

La permanencia prolongada de segmentos colónicos excluidos puede favorecer inflamación crónica, colitis por derivación y procesos sépticos complejos. La asociación simultánea de absceso pélvico fistulizado, fístula gastrocólica y fístula enterocólica constituye un hallazgo excepcional, escasamente descrito en la literatura, que resalta la importancia del manejo definitivo oportuno y el seguimiento a largo plazo.

P058) QUISTE ONFALOMESENTERICO EN PACIENTE PEDIATRICO INTERNADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Medina Flor, S.(1); Páez Duarte, A.(2); Muñoz Avalos, L.(2);
(1): HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay (2): HOSPITAL REGIONAL CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay

RESUMEN

El quiste onfalomesenterico, también llamado quiste vitelino, es una malformación congénita que ocurre por la falta de obliteración completa del conducto onfalomesenterico,

Aparece como una estructura quística revestida de tejido gastrointestinal, localizada cerca del ombligo. Puede generar complicaciones como infecciones, dolor abdominal u obstrucción intestinal. El tratamiento consiste en la resección de todo el remanente.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 6 años de cuadro prehospitalario de 24 horas de evolución de dolor abdominal a nivel del epigastrio, tipo cólico, discontinuo, moderada intensidad, acompañado de vómitos en varias oportunidades. Al examen físico del ingreso presenta masa palpable en hipogastrio, doloroso a la palpación. Radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos. Ecografía con dilatación de asas delgadas y peristaltismo disminuido, liquido libre 200 cc. Se realiza laparotomía exploradora con hallazgo de oclusión intestinal por quiste onfalomesenterico con hernia interna a 20 cm de la válvula ileocecal, con signos de sufrimiento de asa delgada, 500 cc de líquido citrino. Se extirpa quiste más resección y anastomosis de asa delgada. La paciente permanece con sonda nasogástrica abierta al declive, reposo gástrico durante 5 días e hidratación parenteral. Se inicia tolerancia a líquidos por vía oral al quinto día y tolerancia a solidos blandos al séptimo día. Alta al 10mo día sin complicaciones.

Discusión : La obstrucción intestinal debido a un remanente del conducto onfalomesenterico es algo infrecuente, principalmente en paciente pediátricos. El diagnostico en este tipo de pacientes no es claro con estudios complementarios siendo la laparotomía exploradora la mejor opción para la resolución del mismo.

Palabras Claves: Quiste onfalomesenterico, malformación congénita, obstrucción intestinal

P059) PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO

Graf, N.(1); Fourzans, G.(1); Valeria, R.(1); Leticia, A.(1); Ariana, F.(1); Nicolas, Z.(1); Alexandra, B.(1); Paula, B.(1); Juan Ignacio, D.(1); Silvia, B.(1);
(1): HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO DR RAMON EXENI, CABA, ARGENTINA

Introduccion: La oclusión intestinal por tumores mesentéricos benignos es extremadamente infrecuente en pediatría, pero constituye un diagnóstico diferencial crucial.

Materiales y Metodos:

CASO 1: Femenina de 3 años Consulta por 5 días de dolor, distensión abdominal, constipación, anorexia y astenia. Presenta palidez mucocutánea, abdomen timpánico, tenso, doloroso generalizado y RHA negativos. La Rx evidenció signos de oclusión intestinal y la TAC una masa expansiva de densidad grasa que desplazaba y comprimía asas. Conducta quirurgica: tumor mesentérico a 110 cm del asa fija con vólvulo de intestino delgado. Resección de 20 cm, ileostomía y fístula mucosa en caño de escopeta. Al segundo día postoperatorio (POP) presentó suboclusión y necrosis de la fístula. La reexploración reveló isquemia intestinal, realizándose resección y anastomosis entero-entero. Evolucionó favorablemente con tolerancia oral y catarsis al tercer día POP. Marcadores tumorales normales. Anatomía patológica: Lesión de estirpe adiposa con necrosis total (Lipoma).

CASO 2: Femenina de 2 años Con antecedentes de 1 año de distensión abdominal y vómitos intermitentes, consulta en guardia por cuadro agudo de 3 días de dolor, distensión e intolerancia oral. Al examen físico: regular estado general, somnolienta, abdomen doloroso generalizado sin defensa ni reacción peritoneal y RHA negativos. La Rx mostró niveles hidroaéreos y la TAC vólvulo de intestino delgado con asas dilatadas. Conducta quirurgica: tumor dependiente de mesenterio con vólvulo asociado. Resección de 20 cm, modelaje por diferencia de calibre y entero-entero anastomosis Buena evolución clínica, tolerando la vía oral al tercer día y catarsis conservada a partir del cuarto día POP. Marcadores tumorales normales. Anatomía patológica: Tumoración en mesenterio: Linfangioma.

Conclusión: Ambas entidades deben considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en niños, especialmente en edad preescolar.

P060) INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA EN ADOLESCENTES: ¿TOMOGRAFÍA, REDUCCIÓN RADIOLÓGICA O CIRUGÍA? CASO CLÍNICO Y REVISIÓN ESTRUCTURADA DE LA LITERATURA

Aguilar Martinez, T.(1); Atala Cabrera, C.(2); Romero Rauschenbach, M.(2);
(1): clinica davila, santiago, Chile (2): universidad de los andes, santiago, Chile

ntroducción:

La invaginación ileocólica adolescente es infrecuente y plantea una decisión de manejo no estandarizado: complementar ecografía con tomografía computada (TC), intentar reducción radiológica o indicar cirugía. Aunque se asocia a mayor probabilidad de punto guía anatómico, existen casos sin lesión identificable. El presente caso motivó una revisión para contrastar nuestra conducta con la literatura.

Método:

Reporte según guías CARE y revisión estructurada considerando PRISMA. La revisión incluyó: PubMed, Epistemonikos y Google Scholar, sin restricción temporal inicial. Pregunta de investigación: en adolescentes de 10 a 19 años con invaginación ileocecal, ileocólica o ileocolónica, ¿qué orienta a TC, reducción radiológica o cirugía, y con qué frecuencia se identifica punto guía o se requiere resección? Se excluyeron invaginaciones de intestino delgado aislado, colocólicas puras, apendiculares, gástricas/gastroduodenales, casos fuera de rango y reportes insuficientes.

Caso clínico:

Paciente femenina de 12 años consultó por 10 horas de dolor abdominal cólico migratorio y vómitos. Presentaba Blumberg y Rovsing positivos, sin leucocitosis y PCR 0,05 mg/dl. Ecografía: invaginación ileocólica sin necrosis. TC: invaginación ileocólica derecha, adenopatías regionales y 80 cc de líquido libre, sin isquemia ni punto guía evidente. Se realizó laparoscopía, con reducción completa, apendicectomía, intestino viable y sin punto guía identificable. Anatomía patológica: apéndice normotípico y adenopatías reactivas. Evolución favorable, sin recurrencia al mes.

Resultados:

De 43 artículos, 10 cumplieron criterios. TC utilizada en 8/10. Ocho presentaron punto guía y requirieron resección. Dos casos, no tuvieron punto guía: uno fue resuelto por reducción hidrostática y otro requirió resección. Cinco fueron malignos o premalignos. Nuestro caso aporta un escenario intermedio: laparoscopía con preservación intestinal.

Conclusión:

La revisión respalda TC selectiva, es posible la reducción radiológica en pacientes estables no complicados y laparoscopía cuando se requiere tratar y descartar punto guía. En adolescentes, operar no debe equivaler a resecar.

P061) FÍSTULA RECTOVAGINAL EN UNA NIÑA: UN RETO DIAGNÓSTICO EN MALFORMACIONES ANORRECTALES

Reque Orihuela, C.(1); Jaramillo Samaniego, J.(2);
(1): Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú (2): Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Péru

INTRODUCCIÓN:

La fístula rectovaginal, definida como "la inserción del recto distal en la pared posterior de la vagina, proximal al himen", es una patología poco frecuente observada dentro del grupo de las malformaciones congénitas anorrectales de las niñas. Su incidencia abarca de 1,3% al 7,4%, lo que ha llevado que esta variante sea considerada como una entidad rara, muchas veces confundida con malformaciones cloacales, reflejando que el mayor reto es un diagnóstico preciso.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de una paciente femenina de 2 días de vida que llega a nuestra institución con diagnóstico de malformación anorrectal con fístula pero debido a la edad de la paciente, fue difícil definir el tipo de fístula. El manejo inicial dado fue apertura de colostomía con fístula mucosa. Al alta paciente es citada por consultorio donde se evidencia sinequias de labios menores con un único orificio, posterior a ello se indica un examen contrastado y programación quirúrgica. Durante la intervención quirúrgica, se procede a liberar las sinequias y se evidencia dos orificios: meato urinario y vagina, se coloca sonda de alimentación por colostomía distal, observándose su salida por introito vaginal. La intervención realizada fue una anorrectoplastia sagital posterior con cierre de fístula.

DISCUSIÓN:

Las fístulas rectovaginales engloba un diagnóstico complejo. El uso de estudios complementarios como un colostograma distal o una vaginoscopia así como una evaluación bajo anestesia, son esenciales para una correcta identificación de esta patología antes de una cirugía.

P062) DUPLICACIÓN TOTAL DE COLON: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Ugarte Coronel, C.(1); Sempertegui Villarrubia, D.(1); Zeballos Castro, M.(1); Peñaranda Salazar, G.(1);
(1): Hospital de niños Dr. Mario Ortiz Suarez, Santa Cruz, Bolivia

La duplicación colorrectal (17%) es la segunda duplicación del tracto alimentario más común. Se presenta a continuación, el caso de un paciente con hallazgo intraoperatorio de dicha

malformación, siendo el primer caso reportado en un hospital pediátrico de referencia en el País.

Se realizó reporte de caso retrospectivo, basado en la revisión de la historia clínica, registros quirúrgicos, estudios de imagen y seguimiento clínico del paciente.

Masculino de 9 meses de vida, antecedente de constipación desde el mes de vida y varias internaciones por impactación fecal. Internado por primera vez en nuestro hospital con diagnóstico de Prolapso Rectal y Fecaloma. Tras estudios paraclínicos y descartando Enfermedad de Hirschsprung por biopsia rectal, ingresa a quirófano por Megasigma idiopático. Se enlistan las cirugías: 1) Laparotomía Exploratoria; hallazgo de duplicación total de colon con doble apéndice cecal, ciego e íleon distal bifurcado a 5 cm de la válvula ileocecal, Divertículo de Meckel a 30 cm. Resección divertículo, Ileostomía a una boca y doble Malone. 2) Sigmoidectomía, sección del tabique intercolónico con Stapler lineal, anastomosis Colosigmoidea con Stapler Circular, 3) Resección del íleon terminal duplicado, ciego y colon ascendente lateral con Stapler lineal, movilización de apendicetomía restante a ombligo, Anastomosis termino-terminal de íleon y resección de tabique rectal residual por vía endorectal. Controles post-operatorios con imágenes contrastadas, colon unificado con éxito.

El tratamiento quirúrgico de la duplicación colónica representa un gran reto, la resección extensa en las formas totales puede asociarse a elevada morbilidad. Por ello, se proponen técnicas conservadoras, como: resección del tabique común y mucosectomía del segmento duplicado, con resultados funcionales favorables.

El presente caso respalda la aplicación de técnicas quirúrgicas conservadoras en duplicación de colon total como una alternativa segura y eficaz, destacando la importancia de un manejo individualizado, seguimiento a largo plazo y reproducibilidad con margen de seguridad y éxito.

P063) COLECTOMÍA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA CON RESERVORIO ILEAL EN J Y ANASTOMOSIS ÍLEO-RECTAL: UNA ALTERNATIVA PARA LA PRESERVACIÓN FUNCIONAL Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN ADOLESCENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

Sande, L.(1); Solano Gámez, A.(1); Feijó Pinto, T.(1); Cortez Belloti Rodante, A.(1); Araújo Pires, M.(1); Bersani-amado, F.(1); Garbers, J.(1); De Mattos E Silva, E.(1);
(1): Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba-PR, Brasil

La Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF) es un síndrome hereditario asociado a un alto riesgo de cáncer colorrectal, por lo que la colectomía profiláctica constituye el tratamiento de elección. En adolescentes, la técnica quirúrgica continúa siendo motivo de controversia. Entre las alternativas disponibles, la proctocolectomía restauradora con reservorio ileal y anastomosis íleo-anal reduce el riesgo de neoplasia rectal, mientras que la preservación del

recto mediante anastomosis íleo-rectal ofrece mejores resultados funcionales. El objetivo es demostrar un caso de colectomía total videolaparoscópica con confección de un reservorio ileal en J asociado a preservación rectal y anastomosis íleo-rectal, presentando esta técnica como una alternativa terapéutica.

Paciente masculino de 15 años, con diagnóstico de PAF, compromiso difuso de colon y recto. Fue sometido a colectomía total videolaparoscópica con confección de reservorio ileal en J y anastomosis íleo-rectal. Tras la movilización completa del colon y la disección del recto proximal, se realizó el grapado del recto, la extracción de la pieza quirúrgica, la confección extracorpórea del reservorio ileal en J y una anastomosis laterotерminal entre el reservorio ileal y el recto.

El procedimiento se completó íntegramente por vía videolaparoscópica, sin complicaciones intraoperatorias. El paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, permaneció un día en la unidad de cuidados intensivos, fue dado de alta al sexto día postoperatorio, no presentó complicaciones precoces y mantuvo continencia fecal completa.

La anastomosis íleo-rectal proporciona mejores resultados funcionales y una mayor calidad de vida en comparación con la proctocolectomía restauradora en pacientes con escaso compromiso rectal. Existe escasa evidencia sobre la asociación entre preservación rectal y reservorio ileal en la población pediátrica; sin embargo, el presente caso ilustra una alternativa reconstructiva capaz de combinar preservación funcional, menor frecuencia evacuatoria, continencia fecal y adecuada seguridad oncológica cuando se acompaña de una vigilancia endoscópica estricta en pacientes seleccionados.

P064) LA FIBRA NO SIEMPRE MEJORA EL TRÁNSITO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR REMANENTE DEL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO

Aravena, M.(1); Astudillo, F.(1); Miranda, P.(1); Oraa, L.(2); Torres, A.(3);
(1): Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte sede Coquimbo, La Serena, Chile
(2): Cirujana Pediátrica, Hospital San Juan de Dios, La Serena, La Serena, Chile (3): Cirujano Pediátrico, Hospital San Juan de Dios, La Serena, La Serena, Chile

Introducción: La obstrucción intestinal corresponde a la interrupción del tránsito intestinal y constituye una urgencia quirúrgica por el riesgo de isquemia. Su presentación varía según el nivel de la obstrucción e incluye dolor abdominal, vómitos, distensión y ausencia de tránsito. Entre las causas mecánicas infrecuentes destacan los remanentes del conducto onfalomesentérico, estructura embrionaria que normalmente involuciona durante el desarrollo fetal. Su persistencia como banda fibrosa puede provocar compresión, estrangulación o vólvulo del intestino delgado.

Material y método: Reporte descriptivo de un caso pediátrico atendido en el Hospital de La Serena. Se revisaron retrospectivamente los registros clínicos y operatorios, recopilando antecedentes diagnósticos, evolución, tratamiento y desenlace. Se obtuvo consentimiento

informado del tutor legal y se resguardó la confidencialidad mediante anonimización de los datos.

Resultados: Paciente masculino de 9 años consultó por 48 horas de intolerancia oral, vómitos fecaloideos y ausencia de deposiciones. Evolucionó con dolor abdominal migratorio a hemiabdomen derecho, fiebre y vómitos biliosos. Los exámenes mostraron leucocitosis, PCR elevada, hiperkalemia leve y alcalosis metabólica. La tomografía evidenció dilatación de asas de intestino delgado con múltiples niveles hidroaéreos y punto de transición en fosa ilíaca derecha, sin signos de isquemia. Se realizó laparoscopía exploradora, identificándose una banda fibrosa desde el ombligo al íleon con un quiste en su trayecto, responsable de la obstrucción. Se resecó el remanente del conducto onfalomesentérico, con evolución postoperatoria favorable.

Discusión y conclusión: El remanente fibroso del conducto onfalomesentérico es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Su reconocimiento exige un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes pediátricos sin antecedentes quirúrgicos. La correlación entre clínica, imágenes y exploración quirúrgica permitió un diagnóstico oportuno y un tratamiento definitivo con excelente evolución.

P065) CUANDO EL APÉNDICE TIENE UN PROPÓSITO: EXTRACCIÓN TRANSAPENDICULAR DE CUERPOS EXTRAÑOS RETENIDOS EN CIEGO.

Aravena, M.(1); Astudillo, F.(1); Miranda, P.(1); Torres, A.(2); Díaz, F.(1);
(1): Interno de Medicina, Universidad Católica del Norte sede Coquimbo, La Serena, Chile
(2): Cirujano Pediátrico, Hospital San Juan de Dios, La Serena., La Serena, Chile

Introducción: La ingestión de cuerpos extraños es frecuente en pediatría y, en la mayoría de los casos, se resuelve espontáneamente. Sin embargo, los objetos punzantes presentan mayor riesgo de complicaciones y pueden requerir tratamiento invasivo. Se presenta un caso de ingestión de cuatro clavos con resolución quirúrgica tras fracaso del manejo conservador.

Material y método: Reporte descriptivo de un caso pediátrico atendido en el Hospital de La Serena. Se revisaron retrospectivamente los registros clínicos y operatorios, recopilando antecedentes, tratamiento y evolución. Se obtuvo consentimiento informado del tutor legal y se resguardó la confidencialidad de los datos.

Resultados: Paciente masculino de 2 años, sin antecedentes mórbidos relevantes, derivado tras la ingestión de cuatro clavos metálicos, expulsando uno mediante vómito. La radiografía abdominal mostró tres clavos distales al estómago, sin signos de complicación. Se indicó manejo expectante con polietilenglicol, logrando la eliminación espontánea de un segundo clavo. Ante la persistencia de dos cuerpos extraños en ciego, se realizó colonoscopia para extracción, sin éxito. Durante el mismo procedimiento se efectuó abordaje laparoscópico, realizando apendicectomía y extracción de ambos clavos a través del muñón apendicular, sin incidentes. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta sin complicaciones.

Discusión y conclusión: La persistencia de cuerpos extraños punzantes puede requerir tratamiento quirúrgico cuando fracasa el manejo conservador o endoscópico. La extracción mediante apendicectomía y acceso por el muñón apendicular es una técnica excepcional, escasamente descrita en la literatura, que permitió resolver el cuadro de forma segura y mínimamente invasiva, evitando una enterotomía. Este caso destaca su factibilidad como alternativa quirúrgica en pacientes seleccionados con cuerpos extraños retenidos en el ciego.

P066) MEGACOLON TÓXICO SECUNDARIO A CONSTIPACIÓN CRÓNICA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS

Herrera, A.(1); Espinoza, M.(1); Morales, K.(1); De La Torre, M.(1); Bag, M.(1); Catán, C.(1); (1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

El megacolon tóxico (MT) es una dilatación colónica no obstructiva asociada a toxicidad sistémica, de elevada morbimortalidad, clásicamente secundario a enfermedad de Hirschsprung, enfermedad inflamatoria intestinal y colitis infecciosa. La constipación crónica refractaria como causa es excepcional y escasamente documentada en pediatría, objetivo de este reporte.

Estudio retrospectivo descriptivo de 2 casos manejados en un hospital.

Caso 1. Masculino de 12 años con constipación crónica no tratada. Ingresa con shock hipotensivo y distensión abdominal severa. Laboratorio destaca anemia severa y acidosis metabólica. Radiografía con gran dilatación colónica, sin neumoperitoneo . Tras reanimación y manejo intensivo, en cirugía se evidencia parche necrótico en sigmoides, realizándose sigmoidectomía con colostomía y Hartmann. Biopsias descartan Hirschsprung y se reconstituyó el tránsito al año. Evoluciona con segundo episodio de MT sin impactación fecal, requiriendo ileostomía en doble cabo. Estudio contrastado evidencia megarecto y se realiza proctectomía, con posterior reconstitución y deposiciones espontáneas.

Caso 2. Femenina de 13 años con presentación similar. En cirugía se pesquisa necrosis desde sigmoides hasta el ángulo esplénico. Se realizó colectomía izquierda, cierre de cabos e ileostomía en asa. Por inestabilidad clínica, es reintervenida a las 24 horas, con movilización del ángulo esplénico y colostomía transversa. Se descartaron otras causas de MT. Por decisión de la paciente, la reconstrucción se efectuó tres años después mediante anastomosis colorrectal y cierre de ileostomía. Evolucionó con constipación controlada con senósidos.

La impactación fecal persistente y la dismotilidad colónica son un mecanismo escasamente descrito de MT. Aunque la constipación crónica idiopática rara vez evoluciona así, el MT puede ser su presentación más grave, por lo que el éxito depende de la detección precoz y de un manejo multidisciplinario que incluya al equipo quirúrgico. Éste es parte integral del

tratamiento y no una medida de rescate, y junto al control de la constipación reduce morbimortalidad.

P067) VÓLVULO SIGMOIDES EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON MANEJO ENDOSCÓPICO: REPORTE DE UN CASO INFRECUENTE

Cáceres González, S.(1);
(1): Universidad de Santiago, Ñuñoa, Chile

Introducción:El vólvulo sigmoides es una causa infrecuente de obstrucción intestinal baja en pediatría, ya que predomina característicamente en adultos mayores. Su aparición en niños es excepcional, existiendo pocos reportes de casos y experiencia en resolución endoscópica. Suele asociarse a Trastorno Espectro Autista (TEA), constipación crónica, o colon redundante.

Material y método:Se presenta el caso de un paciente pediátrico con múltiples comorbilidades que desarrolló esta patología, resuelta mediante manejo endoscópico.

Resultados:Paciente de 8 años antecedentes de TEA, constipación crónica y síndrome dismórfico, sin cirugías previas, ingresó por cuadro de un día de evolución de dolor abdominal, distensión y disminución del apetito, asociado a deposiciones líquidas escasas, sin fiebre ni vómitos. Al examen físico destacaba abdomen distendido con aumento de volumen duro en flanco izquierdo. La radiografía evidenció gran distensión de sigmoides con nivel hidroaéreo; se realiza TC que confirma vólvulo sigmoideo con signos de obstrucción intestinal baja. Se realizó desvolvulación endoscópica, identificando dos áreas de estenosis en espiral que fueron franqueadas exitosamente, con visualización posterior de mucosa y deposiciones normales hasta ciego, sin incidentes. Recibió tratamiento antibiótico con amikacina y metronidazol, presentando buena evolución posterior, colonoscopía de control a las 24 horas normal. Actualmente a espera de evaluación para considerar resolución Quirúrgica definitiva dado alto índice de recidiva de patología

Conclusiones:El vólvulo sigmoides pediátrico constituye una entidad poco reportada, cuya sospecha diagnóstica requiere alto índice clínico ante cuadros de obstrucción intestinal baja en niños con comorbilidades del desarrollo o malformaciones asociadas. El manejo endoscópico es una alternativa segura y eficaz de amplia experiencia en adultos, y se posiciona como una alternativa viable para pacientes pediátricos, evitando una intervención quirúrgica de urgencia y favoreciendo una recuperación favorable en vías de una cirugia programada para el causal, lo que resalta la relevancia de reportar este tipo de casos infrecuentes en la literatura pediátrica.

P068) FÍSTULAS ENTEROENTÉRICAS MÚLTIPLES SECUNDARIA A INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS NO MAGNÉTICOS. REPORTE DE CASO.

Espinoza, M.(1); Herrera, A.(1); Catán, C.(1); Morales, K.(1); Hachim, A.(1); Bag, M.(1); De La Torre, M.(1);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

La fístula enteroentérica (FEE) es la comunicación anormal entre dos segmentos intestinales, infrecuente en pediatría y de difícil diagnóstico, en ausencia de antecedentes quirúrgicos o patologías previas. Se expone un caso de FEE secundaria a ingesta de cuerpo extraño (CE) no magnético.

Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico.

Paciente de 10 años con antecedentes de trastorno de pica sin tratamiento, con cuadro de 3 días de dolor abdominal difuso y vómitos a repetición. Al examen físico decaído, distensión abdominal, resistencia muscular difusa, con alta sospecha de obstrucción intestinal. Tomografía de abdomen muestra dilatación de yeyuno e íleon, múltiples niveles hidroaéreos y CE múltiples tubulares en íleon distal. Laparotomía exploradora con yeyuno dilatado hacia proximal y un conglomerado de asas aplastronadas, decidiendo manejo conservador. Por evolución tórpida, a las 24 horas se reexplora, identificando perforación yeyunal única, FEE yeyuno-ileal con CE múltiples tubulares, se realiza resección en bloque, yeyunostomía e ileostomía. Endoscopía y colonoscopia sin presencia de CE y biopsias que descartan enfermedad inflamatoria intestinal. Al mes se reconstituye el tránsito con evolución favorable.

Las complicaciones por ingesta de CE (perforación, obstrucción, fístula) ocurren en menos del 1% de los casos, con morbilidad grave según tamaño, forma y carga magnética. En pacientes con trastorno de pica, la obstrucción intestinal tiene una incidencia anual del 2% y mortalidad de hasta el 30%. La formación de FEE por CE magnéticos está descrita, no así los no magnéticos, asociándose a perforación en el 50% de los casos, con presentación aguda o tardía según la respuesta inflamatoria local y contención del epiplón. En pacientes con trastorno de pica y alta sospecha de obstrucción intestinal por CE, debe incluirse la FEE en el diagnóstico diferencial para permitir un abordaje quirúrgico oportuno, tratar el trastorno psiquiátrico subyacente, y así, reducir la morbilidad y prevenir futuras recurrencias.

P069) ACALASIA ESOFÁGICA PEDIÁTRICA DE INICIO TEMPRANO ASOCIADA A SÍNDROME DE ALLGROVE INCOMPLETO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO

Ramos Palacios, A.(1); Gallegos Inquiltupa, R.(1);
(1): Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú

Introducción

La acalasia esofágica es un trastorno motor infrecuente en menores de 3 años, su presentación inespecífica retrasa el diagnóstico, incrementa la morbimortalidad y puede

condicionar alteraciones esofágicas que dificultan el manejo quirúrgico. Su asociación con manifestaciones neurológicas y oftalmológicas obliga a sospechar síndromes como el de Allgrove.

Objetivo

Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de una preescolar con acalasia esofágica tipo II y síndrome de Allgrove incompleto, destacando su consideración diagnóstica pese a su baja frecuencia.

Metodología

Reporte retrospectivo de caso clínico elaborado mediante revisión de historia clínica, estudios complementarios y seguimiento postoperatorio.

Resultados

Paciente femenina de 2 años 8 meses con síntomas desde los 6 meses, con disfagia a sólidos y líquidos desde la ablactancia, vómitos postprandiales y pobre ganancia ponderal. Presentó múltiples hospitalizaciones por síndrome emético, neumonía y desnutrición crónica severa, condicionando retraso diagnóstico por inespecificidad clínica y limitaciones iniciales para realizar manometría esofágica. El esofagograma evidenció dilatación esofágica con estrechez distal en "punta de lápiz", mientras que la tomografía mostró marcada dilatación esofágica y estrechez de la unión esofagogástrica. La manometría confirmó acalasia tipo II. La evaluación multidisciplinaria identificó alacrimia, estrabismo, hipotonía y retraso del desarrollo psicomotor, planteándose síndrome de Allgrove incompleto. Recibió soporte nutricional intensivo y dos dilataciones endoscópicas con respuesta parcial. Finalmente, se realizó esofagomiotomía de Heller laparoscópica más funduplicatura tipo Dor, con adecuada tolerancia oral progresiva, resolución de vómitos y mejoría nutricional sostenida. El esofagograma de control mostró paso adecuado del contraste a cámara gástrica, sin extravasación.

Conclusión

La acalasia pediátrica de inicio temprano representa un desafío diagnóstico por la inespecificidad de sus manifestaciones y su baja prevalencia. La asociación con alacrimia y compromiso neurológico debe orientar hacia la sospecha de síndrome de Allgrove. El tratamiento mediante miotomía de Heller laparoscópica permitió evolución favorable, adecuada tolerancia oral y recuperación nutricional progresiva.

P070) ENFERMEDAD DE JODHPUR: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE SEIS CASOS

Aceves Gutiérrez, A.(1); Calderon Alvarado, A.(1); Torres De Anda, E.(1); Chávez Hernández, A.(2); Gutiérrez Vera, M.(1);

(1): Unidad Médica Alta Especialidad Pediatría, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México (2): Instituto Mexicano del Seguro Social, León, México

Introducción: La obstrucción primaria adquirida del tracto de salida gástrico en la infancia, conocida como enfermedad de Jodhpur, es una entidad poco frecuente caracterizada por retraso del vaciamiento gástrico en ausencia de causa orgánica o mecánica identificable. Se ha relacionado con alteraciones neuromusculares del píloro y puede simular otras entidades, lo que retrasa su diagnóstico. El objetivo es presentar una serie de seis casos de enfermedad de Jodhpur y describir nuestra experiencia en el manejo quirúrgico.

Material y métodos: Durante el periodo 2017–2025 se identificaron seis pacientes con diagnóstico de enfermedad de Jodhpur, con edades entre 1 y 5 años. Todos presentaron vómito postprandial no biliar con una evolución promedio de 47 días y pérdida ponderal media de 4 kg. Los estudios contrastados mostraron gastromegalia y retraso en el vaciamiento gástrico. El ultrasonido no evidenció engrosamiento pilórico. La endoscopia reportó píloro puntiforme e imposibilidad de paso del endoscopio (5mm). Dos pacientes fueron sometidos previamente a dilatación pilórica con balón hidroneumático, con fracaso temprano (<5 días). Los pacientes fueron tratados mediante piloroplastia tipo Heineke–Mikulicz.

Resultados: La evolución postoperatoria fue favorable en todos los casos, sin complicaciones. Se manejaron con ayuno, descompresión con sonda nasogástrica y soporte nutricional parenteral durante cinco días, posterior reinicio de vía oral, con adecuada tolerancia. Egresaron al séptimo día postoperatorio y permanecieron asintomáticos con rápida recuperación ponderal.

Discusión: La enfermedad de Jodhpur debe ser considerada en el diagnóstico diferencial en pacientes con vómito no biliar persistente y gastromegalia. Representa un reto diagnóstico y su identificación requiere un alto índice de sospecha clínica. Su diagnóstico oportuno permite establecer el tratamiento definitivo. En nuestra experiencia, el tratamiento quirúrgico es seguro y efectivo, incluso en pacientes con fracaso previo de dilatación endoscópica, con resolución de los síntomas y recuperación nutricional en todos los casos.

P071) VIABILIDAD EN LA CONSERVACIÓN DEL ESÓFAGO NATIVO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA TIPO I

Mercado Martínez, I.(1); Pedraza Peña, A.(2); González Gómez, J.(1); Esquivel Chávez, P.(1); (1): Hospital del Niño Saltillo "Federico Gómez Santos", SALTILLO, MÉXICO (2): Christus Muguerza Saltillo, SALTILLO, MÉXICO

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO La atresia esofágica tipo I (AE I) representa 5-6 % de las atresias esofágicas. Generalmente implican brecha amplia con distancia entre cabos igual/mayor a tres cuerpos vertebrales o igual/mayor a 3 cm dificultando anastomosis primaria. El manejo quirúrgico sigue siendo objeto de debate. La mayoría de autores coinciden en preservar el

esófago nativo. Presentamos 4 pacientes con AE I en quienes se logró conservar el esófago nativo.

MATERIAL Y MÉTODOS 4 pacientes con AE I tratados desde abril de 2018 a mayo de 2026, manejados con base en el diagrama de flujo de Martínez Ferro del 2009, modificado por Sancho-Hernández en 2015. El manejo inicial consistió en gastrostomía y sonda doble lumen. A dos se realizó tracción interna y dos tracción externa, con posterior anastomosis diferida.

RESULTADOS 3 pacientes fueron femeninos, edad gestacional media 35.2 semanas y peso promedio al nacimiento 2.2 kg. La longitud media entre los cabos fue de 6.2 cuerpos vertebrales. La primera toracotomía se realizó en 4.5 semanas promedio. La anastomosis diferida en promedio 2.5 semanas de la primera toracotomía. Tres pacientes presentaron fuga anastomótica resueltas con manejo conservador; un paciente presentó hernia hiatal y dos estenosis anastomótica.

DISCUSIÓN Las atresias esofágicas de segmento largo corresponden aproximadamente al 10 % de todas las atresias esofágicas. Representan un reto quirúrgico distinto. La mayoría de los autores prefiere la preservación del esófago nativo mediante técnicas de elongación. Presentamos los resultados de una estrategia quirúrgica combinada para estos pacientes. En nuestro país es la primera serie reportada con este número de pacientes en los que se logró preservar el esófago nativo.

CONCLUSIONES Si bien estos pacientes no están exentos de complicaciones, es factible preservar el esófago nativo en la AE I mediante técnicas de elongación esofágica permitiendo movilización de los cabos facilitando una anastomosis diferida.

P072) CORRECCIÓN TARDÍA DE ATRESIA ESOFÁGICA LONG-GAP CON INTERPOSICIÓN DE TUBO GÁSTRICO INVERTIDO

Figueroa Gutiérrez, L.(1); Martínez Cano, J.(2); Ramirez Hurtado, M.(3); Zuluaga Carmona, M.(3); Eusse Soto, M.(4);
(1): Universidad del Valle, Cali, Colombia (2): Clínica Comfamiliar, Pereira, Colombia (3): Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia (4): Universidad Libre, Cali, Colombia

Introducción:

La atresia esofágica long-gap representa un desafío quirúrgico debido a la imposibilidad de realizar una anastomosis primaria sin tensión, requiriendo estrategias reconstructivas complejas. La mayoría de los casos se resuelven en la infancia, y las presentaciones no corregidas hasta la adolescencia hacen parte de los inicios de la cirugía pediátrica en el siglo pasado. El objetivo es describir el manejo quirúrgico y la evolución de un caso de reconstrucción tardía en un paciente con atresia esofágica long-gap.

Material y Método
Paciente de 16 años con diagnóstico prenatal de atresia esofágica long-gap manejado con gastrostomía y esofagostomía en la etapa neonatal. Dos intentos de anastomosis por toracotomía sin éxito permaneciendo con la gastrostomía y luego del cierre espontáneo de la esofagostomía con regurgitación de alimentos y saliva. En 2025, tras una medición de cabos, se programó la reconstrucción mediante interposición colónica. Durante el procedimiento se presentó isquemia del colon ascendido, por lo que se desechó y se realizó una interposición de tubo gástrico invertido.

Resultados:
En el postquirúrgico presenta una fuga de la anastomosis manejada con sistema de presión negativa lográndose el cierre a los 8 días, posteriormente desarrolla estenosis de la anastomosis, sin respuesta a dilataciones endoscópicas con balón. Se decide un nuevo abordaje cervical con reanastomosis con sutura mecánica. Posteriormente presenta fuga anastomótica nuevamente con cierre con sistema de presión negativa. Actualmente tolera dieta blanda sin nuevas intercurrencias.

Discusión:
La reconstrucción tardía en atresia esofágica de long-gap se define como la que se lleva a cabo en periodos hasta de uno a dos años posterior al nacimiento por lo que este caso se convierte en una situación exótica para nuestro tiempo. Las técnicas de reemplazo, como la interposición colónica o el ascenso gástrico, presentan complicaciones que requieren conocer diversas posibilidades para su resolución.

P073) DIVERTÍCULO ESOFÁGICO CONGÉNITO. UNA ENTIDAD MUY POCO FRECUENTE

García, A.(1); Salazar, P.(1); López, A.(1); Sosa, R.(1);
(1): Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala, Guatemala

Introducción:El divertículo esofágico representa una patología extremadamente infrecuente, con escasos casos reportados en la literatura. Suelen ser adquiridos y diagnosticarse en adultos mayores. Su etiología y patogénesis continúan siendo motivo de controversia y su presentación clínica representa un reto diagnóstico.

Materialymétodo:Reporte de caso.

Resultados:Presentamos paciente masculino de 5 años con historia de disfagia crónica, principalmente a alimentos sólidos desde el inicio de la ablactación. Cinco días previos al ingreso, presentó exacerbación de la sintomatología, caracterizada por vómitos postprandiales y sensación de ahogo, motivo por el cual consultó a hospital distrital, donde recibió tratamiento para el reflujo gastroesofágico. Sin embargo, persiste con síntomas y deciden referirlo. No se documentaron antecedentes de malformaciones ni patologías infecciosas o gastrointestinales adicionales; además presentaba un estado nutricional normal, sin ningún otro hallazgo clínico. El esofagograma mostró un saco ciego en tercio medio que comunica con la luz esofágica presentando un llenado pasivo y retardo de vaciamiento del contraste. Ecocardiograma normal. En quirófano se inicia con esofagoscopía visualizando el origen de la saculación a 12cm de arcada dental; asimismo, la transiluminación permitió determinar que el sitio óptimo de abordaje correspondía con la región cervical izquierda; por consiguiente, se realiza cervicotomía anterolateral, identificándose un divertículo paraesofágico izquierdo de 2.5cm en tercio superior del esófago medio. Se realiza resección, cierre en dos planos sobre un tutor y se coloca drenaje. El esofagograma postoperatorio al cuarto día no presenta fugas ni estrecheces y se inicia tolerancia oral. Se egresa al quinto día. El examen histopatológico fue compatible con divertículo esofágico verdadero asociado a inflamación crónica y fibrosis. Paciente actualmente asintomático y alimentándose normal.

Discusión:Este caso destaca la importancia de considerar el divertículo esofágico dentro del diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas esofágicos persistentes. Su reconocimiento temprano y manejo oportuno pueden favorecer a la resolución satisfactoria de los síntomas.

P074) TRICOBEZOAR, CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCION INTESTINAL

Medina Flor, S.(1); Barreto Sanchez, A.(2); Gomez Espinola, D.(2); Arias Avalos, R.(2); Muñoz Avalos, L.(2);
(1): HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay (2): HOSPITAL REGIONAL CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay

RESUMEN

Los bezoares gastrointestinales son una patología infrecuente. El tricobezoar, compuesto por cabello y restos alimentarios, suele localizarse en el estómago y se asocia a tricotilomanía y tricofagia, predominando en mujeres jóvenes. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en estudios de imagen, siendo la endoscopia el método de elección.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de 6 años de sexo femenino, con cuadro de 1 año, de dolor abdominal intermitente, sensación de saciedad y pica (porciones de cabello). 7 días antes del ingreso aparición de masa palpable en epigastrio con aumento progresivo de tamaño, disminución del apetito, pérdida de peso y deposiciones líquidas blanquecinas por lo que acuden a la consulta. Al examen físico se palpa a nivel del epigastrio una masa de forma ovalada de aproximadamente 14 x 5 cm con bordes bien definidos, no doloroso a la palpación superficial ni profunda. Ecografía abdominal: Intestino delgado dilatado, peristaltismo muy aumentado, de contenido líquido, líquido laminar en fosa iliaca izquierda, tras la valoración por cirugía se indica laparotomía. Hallazgo: cuerpo extraño en estomago que ocupa todo el cuerpo y antro, adoptando su forma, de 320 gramos de ovillo de cabello. Extracción por gastrostomía, posterior cierre. Permanece en Unidad de Terapia Intensiva durante 6 días, recibiendo aporte enteral por sonda transpilorica durante 7 días. Posteriormente pasa a sala durante 4 días, con aporte por vía oral.

Discusión: Los tricobezoares presentan manifestaciones clínicas inespecíficas, pudiendo ocasionar complicaciones graves como obstrucción, perforación o sangrado gastrointestinal. La endoscopia permite confirmar el diagnóstico y definir el tratamiento. Existen alternativas endoscópicas y métodos de fragmentación, la laparotomía con gastrostomía sigue siendo el tratamiento de elección para tricobezoares de gran tamaño. Además, el seguimiento psiquiátrico es fundamental para prevenir recurrencias. Este caso destaca la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno.

P075) PERFORACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A INGESTA DE CEMENTO

Valeria, V.(1); Nicolas, G.(1); Gisella, F.(1); Leticia, A.(1); Ariana, F.(1); Nicolas, Z.(1); Alexandra, B.(1); Juan Ignacio, D.(1); Raul, V.(1); Ana, B.(1);
(1): HOSPITAL DEL NIÑO DE SAN JUSTO DR RAMON EXENI, CABA, ARGENTINA

Introduccion: La lesión gástrica por ingesta de cemento en pediatría es una emergencia poco común pero potencialmente grave, que debido a su composición, genera toxicidad alcalina.

Materiales y Metodos:

CASO: Femenina de 3 años consulta en guardia por cuadro clínico de más de 24 horas de dolor abdominal difuso, que se exacerba en las últimas horas asociado a distensión abdominal. Al ingreso la paciente se encuentra en mal estado general, con un abdomen globoso, tenso con reacción peritoneal. Se realiza una radiografía de abdomen que evidencia neumoperitoneo, por lo que se indica conducta quirúrgica de urgencia. Se decide un

abordaje laparoscópico donde se constata dentro de la cavidad abdominal líquido libre de características alimenticias. Se explora intestino delgado y colon sin encontrar lesión evidente por lo que se decide conversión a cielo abierto. Se constata una perforación en fundus gástrico con zona isquémica circundante, se realiza gastrectomía parcial en cuña. Durante el postoperatorio requiere de una reintervención quirúrgica por dehiscencia de gastrorrafia. Evoluciona favorablemente requiriendo una internación prolongada en UTIP y sala de pediatría.

Conclusion:

La ingesta de cemento o concreto, aunque menos frecuente, merece especial atención por su doble mecanismo de lesión: la toxicidad alcalina que causa necrosis licuefactiva profunda del tejido gastrointestinal. El manejo de estas ingestas cáusticas difiere fundamentalmente del manejo de otros cuerpos extraños, con contraindicaciones absolutas para el lavado gástrico, la inducción del vómito y los intentos de neutralización química. La endoscopia digestiva alta temprana es tanto diagnóstica como terapéutica, permitiendo la clasificación de la severidad de la lesión y la remoción del material antes de que cause mayor daño tisular.

P076) MEMBRANA ANTRAL CONGÉNITA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN DE LA SALIDA GÁSTRICA EN ESCOLAR CON VÓMITO CRÓNICO: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA ENTIDAD RARA

Palacios Rodríguez, P.(1); Maldonado López, L.(1); Rebollar Castillo, A.(1); Flores Hernández, S.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción:

La membrana antral gástrica (MAG) es una anomalía congénita infrecuente que ocasiona obstrucción de la salida gástrica. Su presentación clínica depende del grado de obstrucción, por lo que puede manifestarse tardíamente con vómito crónico, retrasando el diagnóstico. Presentamos el caso de un escolar con MAG tratado mediante un abordaje terapéutico escalonado.

Material y métodos:

Reporte de caso elaborado mediante revisión retrospectiva del expediente clínico, incluyendo antecedentes, estudios diagnósticos, tratamiento, evolución clínica y seguimiento. Se realizó una revisión narrativa de la literatura para contextualizar los hallazgos clínicos y terapéuticos.

Resultados:

Masculino de 7 años con antecedente de vómito gastroalimentario desde el primer mes de vida, tratado inicialmente como enfermedad por reflujo gastroesofágico sin mejoría. Posteriormente presentó dolor abdominal, vómito posprandial, distensión e hiporexia. La serie esofagogastroduodenal mostró datos de obstrucción parcial de la salida gástrica y la panendoscopia identificó una membrana antral prepilórica. Se realizó tratamiento endoscópico mediante resección parcial con argón plasma y dilatación con balón; sin embargo, la persistencia de la sintomatología y la evidencia de una lesión fibrosa residual motivaron el manejo quirúrgico definitivo mediante resección transgástrica de la membrana. La evolución fue favorable, con adecuada permeabilidad pilórica documentada endoscópicamente, resolución completa de los síntomas, recuperación de la tolerancia a la vía oral y adecuada ganancia ponderal.

Conclusiones:

La MAG debe considerarse en el diagnóstico diferencial del vómito crónico refractario en pediatría. Un abordaje diagnóstico oportuno y una estrategia terapéutica individualizada permiten seleccionar el tratamiento más adecuado; en lesiones fibrosas o persistentes, la resección quirúrgica continúa siendo una alternativa definitiva con excelentes resultados funcionales.

P077) SALVAMENTO EXITOSO DE UN COLON TRANSPUESTO TRAS 10 AÑOS DE ESTENOSIS: CUANDO LA PRESERVACIÓN AÚN ES POSIBLE

Rebollar Castillo, A.(1); Flores Hernandez, S.(1); Palacios Rodríguez, P.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción

La sustitución esofágica es una de las cirugías más retadoras dentro de la cirugía pediátrica. En niños las indicaciones más frecuentes para realizarla son atresia esofágica de brecha amplia y estenosis esofágica refractaria secundaria a ingesta de cáusticos. Dentro de las complicaciones más frecuentes son fuga, estenosis de la anastomosis y necrosis del injerto. La mayoría de las veces las estenosis se resuelven con dilataciones, sin embargo, ocasionalmente es necesario realizar una reintervención. Presentamos un caso de estenosis total de ambas anastomosis con requerimiento de reintervención diez años después de la colocación del injerto.

Material y métodos

Se presenta un caso clínico, realizado mediante revisión retrospectiva del expediente clínico, incluyendo antecedentes quirúrgicos, estudios diagnósticos, tratamiento y evolución postquirúrgica.

Resultados

Paciente femenino de 15 años con antecedente de ingesta de cáusticos e interposición colónica realizada 10 años atrás. Desarrolló disfagia completa dos meses después del procedimiento, con dependencia de gastrostomía y pérdida del seguimiento durante nueve años. La evaluación endoscópica evidenció obstrucción completa del injerto, sin posibilidad de paso anterógrado ni retrógrado. Ante la sospecha de falla del reemplazo esofágico, se programó nueva sustitución; sin embargo, la exploración quirúrgica demostró estenosis completa de las anastomosis esofagocólica y gastrocólica, con adecuada perfusión y calibre del colon transpuesto. Se resecaron ambas anastomosis y se reconstruyeron preservando el injerto previo. La evolución fue favorable; el esofagograma al séptimo día mostró tránsito adecuado sin fuga y la panendoscopia al día 14 confirmó permeabilidad completa. Actualmente, la paciente presenta restitución total de la vía oral.

Conclusión

La preservación del colon transpuesto es una estrategia quirúrgica factible cuando el injerto mantiene adecuada perfusión y viabilidad. En pacientes con estenosis tardía, la revisión y reconstrucción de las anastomosis pueden restaurar la continuidad digestiva y evitar una nueva sustitución esofágica, disminuyendo la morbimortalidad asociada a una reintervención mayor.

P078) RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO AUTÓLOGO DE CARTÍLAGO COSTAL EN ESTENOSIS SUBGLÓTICA CONGÉNITA GRADO III: PRIMER CASO REPORTADO EN BOLIVIA.

Valero Mamani, R.(1); Jauregui, L.(1);
(1): clinica incor, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA

Introducción

La estenosis subglótica congénita es una causa infrecuente de obstrucción de la vía aérea en pediatría y representa un desafío en los casos severos. La reconstrucción laringotraqueal con injerto autólogo de cartílago costal es una técnica eficaz para ampliar la vía aérea y favorecer la decanulación. Se presenta un caso tratado mediante expansión anterior y posterior.

Material y método

Estudio retrospectivo descriptivo de un caso clínico. Se revisaron la historia clínica, los hallazgos endoscópicos, la técnica quirúrgica y la evolución clínica de una paciente con estenosis subglótica congénita sometida a reconstrucción laringotraqueal con injerto autólogo de cartílago costal.

Resultados

Paciente de 2 años con estridor inspiratorio desde el nacimiento, dificultad respiratoria progresiva e infecciones respiratorias recurrentes. La endoscopia evidenció estenosis subglótica congénita cartilaginosa grado III según Myer-Cotton. Tras traqueostomía, se realizó RLT mediante laringofisura anterior y posterior con expansión cricoidea utilizando injertos autólogos de cartílago costal anterior y posterior y colocación de stent laríngeo, retirado a los 10 días. La endoscopia intraoperatoria confirmó adecuada permeabilidad de la vía aérea. El manejo fue multidisciplinario, con participación de cirugía pediátrica, anestesiología, terapia intensiva pediátrica y pediatría. La paciente fue decanulada a las doce semanas y permanece asintomática hasta el mometo, con adecuada permeabilidad de la vía aérea y sin evidencia endoscópica de reestenosis.

Discusión

La RLT con injerto autólogo de cartílago costal constituye una alternativa reconstructiva eficaz para la estenosis subglótica congénita grado III, especialmente en estenosis cartilaginosas complejas. En pacientes cuidadosamente seleccionados, la expansión laringotraqueal anterior y posterior permite aumentar el calibre de la vía aérea preservando el armazón laríngeo y constituye una alternativa válida frente a procedimientos más agresivos, como la resección cricotraqueal. Este caso demuestra resultados funcionales favorables mediante un abordaje multidisciplinario y respalda la factibilidad de esta estrategia reconstructiva.

P079) DESENREDANDO LA CABEZA Y LOS INTESTINOS TRICOBEZOAR Y SÍNDROME DE RAPUNZEL

Jauregui, L.(1); Blanco, S.(1); Quispe, J.(1); Calderon, A.(1);
(1): Hospital de Niños Dr.Mario Ortiz Suarez, Santa Cruz, Bolivia

Introducción

Durante la etapa preescolar y pubertad se atraviesa un periodo de transición de búsqueda de identidad que a menudo desencadena estrés, ansiedad y depresión, lo que puede llevar a trastornos psiquiátricos. En ocasiones, esto resulta en la ingestión de objetos extraños, puede dar lugar a tricobezoar, que aunque inicialmente no causen molestias, pueden provocar graves problemas gastrointestinales .La incidencia, en la edad pediátrica de tricotilomanía de 1 caso por cada 2,000 niños.

Objetivo

Reporte de serie de casos .

Material y Métodos

Se realiza una búsqueda de historias clínicas retrospectiva entre 2020 al 20226 y se encuentran 7 pacientes con tricobezoar en nuestro hospital.

Resultados

Dentro de las características todas fueron niñas 4 a 10 años con un promedio de 8,6 y la edad fue clínicas fueron (7) con dolor abdominal, (5) masa palpable, (7)pérdida de peso, (2) sub oclusión intestinal. Los estudios complementarios fueron(5) con tomografía abdominal (2) con endoscopia. Se acompañaron de Síndrome de Rapunzel (2), las cuales cursaron con invaginación intestinal íleo-ileal, (1)con perforación duodenal. A todos los casos se les realizo gastrotomía para a extirpación del bezoar de tamaños variables, y (2) apertura de íleon para retiro de cola (3) presentaban trastornos depresivos 3 pacientes.

Conclusión

En nuestra serie de casos la remoción quirúrgica del tricobezoar es el método de tratamiento más frecuente ya que el tamaño y el tiempo de evolución no permite una resolución endoscopia. En todos los casos reportados hubo recuperación postquirúrgico exitosa. Al menos de 50 % de los pacientes mostraba un componente psicosocial que gatilla como factor de riesgo para tricotilomania.

P080) BRONCOTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO Y EXTRATEGIA QUIRÚRGICA

Fernandez, M.(1); Sempertegui, M.(1); Jauregui, L.(1);
(1): HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUAREZ, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA

1. Introducción

La aspiración de cuerpos extraños (ACE) en la vía aérea es una de las principales causas de morbimortalidad e insuficiencia respiratoria aguda en la infancia, representando hasta el 7% de las muertes en menores de cuatro años.

2. Material y método

Se realizó reporte de un caso retrospectivo, basado en la revisión de la historia clínica, registros quirúrgicos, estudios de imagen y seguimiento clínico del paciente.

3. Resultado

Masculino de 9 años de edad, con cuadro de disnea secundario a ingesta accidental de un "imán". Tras estudios paraclínicos por radiografía y tomografía sin contraste de tórax se

evidencia cuerpo extraño en bronquio lobar inferior izquierdo. Se intenta la extracción del cuerpo extraño por broncoscopía rígida y flexible en tres oportunidades sin éxito alguno, por lo que se recurre a la Broncotomía y extracción manual. Paciente que hace su pase de sala de Reanimación a Unidad de Terapia Intensiva intubado, con buena evolución posoperatoria por lo que es extubado al segundo día posquirúrgico, cabe remarcar que durante su internación no llega a presentar falla respiratoria pese al hallazgo de atelectasia del lóbulo inferior izquierdo. Evolución favorable, dado de alta médica a los 9 días posquirúrgico, con seguimiento a los 30 días óptimo.

4. Discusión

La aspiración de cuerpos extraños en la vía aérea pediátrica constituye una urgencia crítica que demanda un diagnóstico y abordaje oportunos para prevenir secuelas o desenlaces fatales. La mayoría de estos se extraen por broncoscopía, sin embargo, debido a la forma cónica del cuerpo extraño, un difícil acceso endoscópico, una repercusión lobar severa en ocasiones es necesaria la Broncotomía.

P081) BRONCOTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA

Fernandez, M.(1); Sempertegui, D.(1); Jauregui, L.(1); Peñaranda, A.(1); Llanos, L.(2);
(1): HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUAREZ, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA (2): HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA

1. Introducción

La aspiración de cuerpos extraños (ACE) en la vía aérea es una de las principales causas de morbimortalidad e insuficiencia respiratoria aguda en la infancia, representando hasta el 7% de las muertes en menores de cuatro años.

2. Material y método

Se realizó reporte de un caso retrospectivo, basado en la revisión de la historia clínica, registros quirúrgicos, estudios de imagen y seguimiento clínico del paciente.

3. Resultado

Masculino de 9 años de edad, con cuadro de disnea secundario a ingesta accidental de un "imán". Tras estudios paraclínicos por radiografía y tomografía sin contraste de tórax se evidencia cuerpo extraño en bronquio lobar inferior izquierdo. Se intenta la extracción del cuerpo extraño por broncoscopía rígida y flexible en tres oportunidades sin éxito alguno, por lo que se recurre a la Broncotomía y extracción manual. Paciente que hace su pase de sala de Reanimación a Unidad de Terapia Intensiva intubado, con buena evolución posoperatoria por lo que es extubado al segundo día posquirúrgico, cabe remarcar que durante su

internación no llega a presentar falla respiratoria pese al hallazgo de atelectasia del lóbulo inferior izquierdo. Evolución favorable, dado de alta médica a los 9 días posquirúrgico, con seguimiento a los 30 días óptimo.

4. Discusión

La aspiración de cuerpos extraños en la vía aérea pediátrica constituye una urgencia crítica que demanda un diagnóstico y abordaje oportunos para prevenir secuelas o desenlaces fatales. La mayoría de estos se extraen por broncoscopía, sin embargo, debido a la forma cónica del cuerpo extraño, un difícil acceso endoscópico, una repercusión lobar severa en ocasiones es necesaria la Broncotomía.

P082) REFUERZO BRONQUIAL CON PARCHE DE PERICARDIO: INNOVACIÓN RECONSTRUCTIVA EN CIRUGÍA TORÁCICA PEDIÁTRICA

Flores Hernández, S.(1); Diliz, H.(1); Rebollar Castillo, A.(1); Vázquez Hernández, K.(1); Ceballos Cruz, A.(1); Segura Solis, E.(1); Ulibarri Hernández, E.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatria, Ciudad de México, México

Introducción:

La neumonectomía está indicada en enfermedades como malformaciones pulmonares congénitas, infecciones graves entre otras. Existen diversos métodos para reforzar el muñón del bronquio principal, como el uso de músculo intercostal, grasa pericárdica, colgajo pleural o colgajo de pericardio pediculado. El objetivo de este trabajo es describir un caso de uso de colgajo de pericardio para reforzar el muñón bronquial.

Material y método:

Se presenta un caso clínico descriptivo, retrospectivo. Se realizó la revisión del expediente clínico así como del archivo de imagen contenido en la base de datos del hospital.

Descripción del caso:

Femenino de 11 años con antecedente de atresia esofágica tipo III corregida, síndrome de Cimitarra, dextrocardia, hipoplasia y secuestro pulmonares derechos. Presentó diversos cuadros de traqueobronquitis crónica con sobreinfección bacteriana, aunado a exclusión funcional del pulmón derecho, se realiza neumonectomía derecha. Durante el procedimiento, posterior al control vascular se realiza sección del bronquio principal, y se obtiene parche de pericardio autólogo con lo que se realiza un “flap” para recubrir el muñón. La paciente evoluciona de manera favorable, se extuba y se retira sonda pleural en 72 horas. Se logra egreso sin oxígeno suplementario al día 8 postquirúrgico.

Discusión:

A pesar de que la fístula broncopleural es una complicación poco frecuente de la neumonectomía, se asocia a una mortalidad alta (del 15 al 75%) cuando se presenta. El colgajo de pericardio se utiliza para reforzar el muñón bronquial posterior a una neumonectomía, especialmente de lado derecho ya que el lado izquierdo está protegido por los tejidos circundantes. Se ha evidenciado una eficacia en casi el 100% de los pacientes para evitar el desarrollo de fístula broncopleural.

Conclusión

El refuerzo del muñón ha demostrado ser una técnica factible, segura y eficaz, disminuyendo la morbimortalidad en casos complejos sin incrementar de forma significativa el tiempo operatorio.

P083) TRICOBEZOAR GÁSTRICO PEDIÁTRICO: COMPARACIÓN ENTRE ABORDAJE VIDEOASISTIDO HÍBRIDO Y CIRUGÍA ABIERTA. HACIA CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA

Meza, A.(1); Muñoz, S.(1); Pedrero, M.(1); Canahuate, A.(1); Pincheira, V.(2); Ostolaza, A.(2); Puentes, M.(2); Weibel, G.(2); Briceño, F.(1); Carrera, F.(1);
(1): Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna - Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile (2): Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile, Chile

Introduccion

Los bezoares presentan una prevalencia cercana al 0,4%, de los cuales el tricobezoar representa el 6%. Cerca del 90% ocurre en mujeres menores de 20 años con tricotilomanía y tricofagia, por lo que su presentación en varones es infrecuente. Debido a su baja incidencia y clínica inespecífica, el diagnóstico suele retrasarse y no existen criterios ampliamente aceptados para seleccionar el abordaje quirúrgico. Se presentan dos escenarios contrastantes tratados mediante abordaje videoasistido híbrido y cirugía abierta para analizar variables relevantes en la selección de la estrategia quirúrgica.

Metodos

Reporte de dos casos pediátricos de tricobezoar gástrico tratados mediante abordaje videoasistido híbrido y cirugía abierta. Se analizaron las características clínicas, imagenológicas, quirúrgicas y la evolución.

Resultados

Se analizaron dos pacientes pediátricos con tricobezoar gástrico tratados mediante estrategias quirúrgicas diferentes. El primero, un escolar de 8 años, sexo masculino con

tricotilomanía y tricofagia, consultó por dolor abdominal y masa epigástrica. Presentó anemia ferropriva, trombocitosis y leucocitosis, motivando inicialmente sospecha hemato-oncológica. La tomografía confirmó un tricobezoar de 11,6 × 5,7 × 4,3 cm, resolviéndose mediante abordaje videoasistido híbrido con laparoscopía, gastrotomía, extracción por incisión de Pfannenstiel y gastrorrafia.
La segunda, paciente femenina, de 12 años, consultó por epigastralgia, hiporexia y baja de peso. Tomografía demuestra tricobezoar de 18 × 9 × 7 cm con extensión duodenal y compresión pancreática y de vena cava inferior, indicándose laparotomía, gastrotomía y extracción. Ambos evolucionaron sin complicaciones e iniciaron seguimiento multidisciplinario

Discusion

La selección del abordaje depende principalmente del tamaño, la extensión del tricobezoar y la experiencia del equipo. El abordaje videoasistido híbrido constituye una alternativa segura en casos seleccionados, mientras la laparotomía continúa siendo el estándar en tricobezoares extensos. Estos casos respaldan la necesidad de desarrollar criterios objetivos para orientar la selección de la estrategia quirúrgica, mediante estudios multicéntricos prospectivos con mayor número de pacientes.

CN-D1.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA NEONATAL D1.2

O017) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA GASTROSQUISIS Y EL ONFALOCELE: UNA UMBRELLA REVIEW CON METAANÁLISIS DE MÁS DE 58.000 NEONATOS

Ortiz, J.(1); Penagos, D.(1); Guarin, L.(1); Rada, E.(1); Jimenez, I.(1);
(1): Universidad El Bosque, Bogota, Colombia

Complicaciones postoperatorias en gastrosquisis vs. onfalocele: umbrella review y metaanálisis

Introducción: La gastrosquisis y el onfalocele son dos de los defectos de la pared abdominal más prevalentes. Estos, asociados a una alta morbimortalidad. La cantidad de revisiones sistemáticas es muy alta, la evidencia postquirúrgica se puede encontrar dispersa. El objetivo de este estudio fue unificar la evidencia global y estimar la prevalencia agrupada de complicaciones postoperatorias mediante una *umbrella review* con metaanálisis.

Material y métodos: Revisión general siguiendo las directrices PRISMA. Se incluyeron revisiones sistemáticas (con/sin metaanálisis) sobre resultados postquirúrgicos neonatales. Se buscó en PubMed, Embase, Scopus, Cochrane y LILACS. Las prevalencias se sintetizaron mediante un modelo de efectos aleatorios.

Resultados: Se analizaron estudios de 57.700 neonatos con gastrosquisis y 956 con onfalocele. En gastrosquisis la complicación postquirugica p'redominante es el íleo prolongado (40%), seguido de reintervenciones quirurgicas (18%), colestasis (18%), sepsis (17%) y hernia incisional (12%) ($I^2=99,1%). En onfalocele, el desenlace crítico fue la mortalidad (23%), seguido de reintervenciones quirurgicas (20%), sepsis (15%), íleo prolongado (15%) e infección del sitio operatorio (14%) ($I^2=42,8%).

Discusión: Los hallazgos revelan dos fenotipos clínicos divergentes. La gastrosquisis impone un desafío gastrointestinal y metabólico debido a la disfunción intestinal y soporte nutricional prolongado. El onfalocele exhibe una mortalidad superior, vinculada críticamente a anomalías congénitas asociadas más que al defecto de la pared por sí solo. Esto subraya la necesidad de estrategias perioperatorias diferenciadas.

Conclusión: Este estudio ofrece un mapa de evidencia más extenso a la fecha. Definir estos perfiles específicos es fundamental para la estratificación del riesgo, optimizar decisiones quirúrgicas y diseñar protocolos estandarizados encaminados a mitigar estos desenlaces.

O018) EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PREDICTORES DE NECESIDAD DE SILO EN PACIENTES CON GASTROSQUISIS SIMPLE.

Rossetto, A.(1); Contreras, S.(1); Gavilan, E.(1); Romero, E.(1);
(1): Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

Introducción: El tratamiento de la gastrosquisis simple puede realizarse de forma primaria o diferida mediante silo, aunque los criterios para seleccionar cada estrategia aún son controvertidos. El objetivo fue comparar los resultados clínicos a corto plazo según la estrategia de cierre e identificar factores asociados a la necesidad de manejo con silo.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de neonatos con gastrosquisis simple tratados en un centro de tercer nivel entre enero de 2015 y abril de 2026. Se compararon pacientes sometidos a cierre primario y manejo con silo, subdividido según su duración (≤5, 6–10 y >10 días). Se analizaron asistencia respiratoria mecánica, inicio de alimentación enteral y volumen completo, estancia hospitalaria, complicaciones, tipo de cierre de defecto y factores asociados a la necesidad de silo mediante regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes; 44 (58%) recibieron cierre primario y 32 (42%) manejo con silo. Los pacientes con silo durante más de 10 días presentaron mayor requerimiento de ARM (p=0,033) y mayor estancia hospitalaria (p=0,009). No se observaron diferencias significativas en el inicio de la alimentación enteral (p=0,40) ni en el tiempo hasta alcanzar el volumen enteral completo (p=0,90). La exteriorización de estómago fue el único predictor independiente de necesidad de silo (OR ajustado 4,67; IC95%: 1,19-21,9; p=0,035). Pacientes con silo por más de 6 días requirieron cierre con sutura. La supervivencia fue del 100%.

Conclusión: En pacientes con gastrosquisis simple, tanto el cierre primario como el uso de silo por períodos cortos se asocian con mejores resultados clínicos, lo cual resalta la importancia de optimizar y acortar los tiempos de reducción . La exteriorización de estómago fue el único factor anatómico asociado con la necesidad de manejo inicial mediante silo. Este hallazgo podría contribuir a la planificación de la estrategia quirúrgica.

PL13) PERITONITIS MECONIAL QUÍSTICA ASOCIADA A ATRESIA YEYUNAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN REPORTE DE CASO

Coelho Kremer, H.(1); Moustafa Bezerra Ghanem, P.(2); Stremel Andrade, M.(2); De Castro Coelho, R.(2); Kremer, V.(2);
(1): PUCPR, Curitiba, Brasil (2): Hospital Oncopediátrico Erastinho, Curitiba, Brasil

La peritonitis meconial quística (PMQ) es complicación rara decorrente de la perforación intestinal estéril in útero que desencadena una intensa respuesta inflamatoria que resulta en fibrosis, calcificaciones y la formación de pseudocistos gigantes que aíslan el contenido.

Se presenta un estudio retrospectivo de un caso clínico con la revisión la literatura científica vigente.

Paciente recién nacida de dos días de vida, prematura, admitida por massa abdominal, La tomografía computarizada confirmó una lesión cística con calcificaciones periféricas. Se realizó una laparotomía exploradora, identificando pseudocisto gigante de pared gruesa contenido meconial. El asa yeyunal proximal desembocaba directamente en el interior del quiste, mientras que el segmento intestinal distal se encontraba atrésico, asociado a microcolon e intestino delgado corto, con una extensión total remanente de 45 cm. El procedimiento inicial consistió en la exéresis total de la cápsula del quiste, enterectomía mínima y enteroanastomosis primaria. La paciente evolucionó con insuficiencia renal aguda e inestabilidad hemodinâmica y al quinto día postoperatorio, desarrolló neumoperitoneo secundario y síndrome compartimental abdominal. Se realizó descompresión por punción y relaparotomía, identificando una perforación en el segmento yeyunal proximal, la anastomosis previa se encontraba íntegra. Hecho a la rafia de la perforación y drenaje de la cavidade. A los doce días del primer procedimiento, la paciente logró estabilidad respiratoria y hemodinámica. Actualmente, a los 5 meses de vida, se mantiene con soporte de nutrición parenteral, encontrándose en transición para el destete completo de la nutrición parenteral.

La PMQ representa un desafío táctico debido a la coexistencia de obstrucción intestinal y reacciones fibroadhesivas vasculares complejas. Aunque la literatura tradicional sugiere la derivación inicial en pacientes críticos, este caso valida que la anastomosis intestinal primaria como una alternativa.

La combinación de una intervención quirúrgica oportuna y un manejo metabólico multidisciplinario intensivo permite la adaptación intestinal exitosa en pacientes com malformaciones complejas combinadas.

O019) DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ESTENOSIS INTESTINAL POSTERIOR A ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO TRAS EL MANEJO CONSERVADOR

Araujo, C.(1); Dallegre, M.(1); Patiño Gonzalez, C.(1); Romero Manteola, E.(1);
(1): Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Cordoba, Argentina

Introducción: La estenosis intestinal es una de las complicaciones tardías más frecuentes de la enterocolitis necrotizante (ECN). Su diagnóstico precoz continúa siendo un desafío, especialmente en pacientes tratados de forma conservadora. El objetivo fue describir las características de los pacientes con estenosis intestinal posterior a ECN tratada de forma conservadora y analizar el intervalo entre el diagnóstico de ECN y la aparición de síntomas obstructivos.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un centro de tercer nivel entre marzo de 2022 y mayo de 2026. Se incluyeron lactantes con antecedente de ECN tratada de forma conservadora que desarrollaron estenosis intestinal confirmada quirúrgicamente. Se analizaron variables clínicas, radiográficas y de laboratorio, el tiempo hasta la aparición de síntomas obstructivos, los hallazgos del colon por enema y la localización de la estenosis.
Resultados: Se incluyeron 11 pacientes con una edad gestacional media de 32,6 ± 2 semanas. La neumatosis intestinal fue el hallazgo radiográfico más frecuente y el 46% presentó ECN estadio I según la clasificación de Bell. Los síntomas obstructivos aparecieron a los 23,3 ± 21,5 días del diagnóstico de ECN y la estenosis se confirmó a los 34,8 ± 30,3 días; el 64% de los casos se diagnosticó dentro de las tres primeras semanas. Todos los pacientes presentaron distensión abdominal y el 73% intolerancia alimentaria. El colon por enema fue sugestivo de estenosis intestinal en 8 pacientes (73%). La afectación fue predominantemente colónica.
Conclusiones: La estenosis intestinal posterior a ECN tratada de forma conservadora se presenta principalmente durante las primeras semanas posteriores al episodio agudo y afecta con mayor frecuencia al colon. La sospecha clínica debe prevalecer sobre tiempos preestablecidos, por lo que el colon por enema debería indicarse ante síntomas sugestivos sin esperar un intervalo arbitrario de cuatro semanas.

PL14) PRESERVACIÓN DE MALLA PROTÉSICA MEDIANTE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN UN ONFALOCELE GIGANTE NEONATAL: REPORTE DE UN CASO

Donoso Carrasco, C.(1); Alfaro Aguirre, M.(1); Figueroa Galdame, G.(2); Maldonado Gutierrez, L.(3); Carvajal Flores, O.(3);
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital

Clínico San Borja Arriarán. Residente Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción El cierre de un onfalocele gigante representa uno de los mayores desafíos de la cirugía neonatal debido a la marcada desproporción víscero-abdominal, riesgo de síndrome compartimental, compromiso ventilatorio y falla del cierre primario. Diversas estrategias, como el uso de silo, toxina botulínica pre/postnatal y materiales protésicos, buscan facilitar el cierre. Objetivo: Presentar el manejo de un recién nacido con onfalocele gigante, con evolución complicada, destacando la factibilidad de preservar una malla protésica parcialmente expuesta mediante terapia de presión negativa, evitando su retiro y nuevas reintervenciones.

Materiales / Método

Estudio retrospectivo de caso clínico.

Resultados Recién nacido 36 semanas con diagnóstico prenatal de onfalocele gigante con contenido hepático, sometido a manejo prenatal con toxina botulínica (unilateral). Al nacimiento se instaló silo no quirúrgico tipo Abello, realizándose reducciones seriadas hasta lograr la reducción completa del contenido abdominal. A los 10 días postnatal se efectuó el cierre quirúrgico, persistiendo un defecto fascial de 6×4 cm que requirió reparación mediante malla compuesta Proceed®. Evolucionó inicialmente sin hipertensión abdominal ni compromiso respiratorio; sin embargo, a las 48 horas presentó pérdida parcial de cobertura cutánea con exposición parcial de la malla. Se optó por manejo conservador mediante curaciones avanzadas y terapia de presión negativa(VAC), logrando granulación progresiva, epitelización completa y preservación de la malla, sin infección profunda ni necesidad de reintervención. Actualmente seis meses de edad en seguimiento ambulatorio, alimentación enteral completa y tránsito intestinal normal.

Discusión La exposición parcial de una malla protésica tras el cierre de un onfalocele gigante es una complicación seria y poco frecuente. Esto no implica necesariamente el fracaso de la reconstrucción abdominal ni obliga a su retiro inmediato. En este caso, el manejo conservador asociado a terapia VAC permitió preservar la reparación inicial y evitar nuevas cirugías, constituyendo una estrategia poco reportada que podría considerarse en neonatos cuidadosamente seleccionados.

PL15) FACTORES PREDICTIVOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y MORTALIDAD EN LA ENTEROCOLITIS NECROSANTE NEONATAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Portilho Gomes, N.(1); De Souza Rabelo, I.(1); Costa Silva, B.(1); Silva Borges, F.(1); Da Silva Dantas, I.(2); Da Mata Figueiredo, G.(1); Da Silva Almeida, G.(1); Farah Do Rosário, J.(1); Ferreira Alves, G.(1); Da Silva Nascimento, J.(1);
(1): Universidade do Estado do Pará, Marabá, Brazil (2): Afya Marabá, Marabá, Brazil

INTRODUCCIÓN: La enterocolitis necrosante es una enfermedad inflamatoria intestinal grave que afecta principalmente a recién nacidos prematuros y puede progresar a necrosis intestinal, perforación y sepsis. Aunque el tratamiento inicial suele ser conservador, entre el 27 % y el 52 % de los pacientes requieren intervención quirúrgica, asociada a una elevada mortalidad. Este estudio tuvo como objetivo identificar los factores asociados con la necesidad de cirugía y la mortalidad en neonatos con enterocolitis necrosante.METODOLOGÍA: Se realizó una revisión sistemática de acuerdo con las directrices PRISMA. La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed, SciELO y BVS utilizando la estrategia: ("Necrotizing Enterocolitis") AND ("Surgery" OR "Mortality") AND ("Risk Factors" OR "Predictors"). Se incluyeron estudios primarios que evaluaban factores predictivos de cirugía y mortalidad en la enterocolitis necrosante neonatal. La selección fue realizada de forma independiente y ciega por dos revisores mediante la plataforma Rayyan. Se incluyeron ocho estudios.RESULTADOS: La enterocolitis necrosante afectó principalmente a recién nacidos prematuros, con una mediana de edad gestacional de 27 semanas y diagnóstico alrededor del décimo día de vida. La enfermedad que requirió tratamiento quirúrgico, presente en aproximadamente el 25 % de los casos, se asoció con menor edad gestacional, bajo peso al nacer y mayor frecuencia de sepsis. Los principales factores predictivos de mortalidad fueron bajo peso al nacer, prematuridad, puntuación de Apgar baja, necesidad de soporte inotrópico, presencia de gas venoso portal y mayor tiempo hasta la cirugía. En los casos quirúrgicos, las perforaciones se localizaron principalmente en el íleon (39 %), seguido del colon y del intestino delgado (18 %), predominando las lesiones únicas.CONCLUSIÓN: La identificación temprana de los principales factores predictivos de cirugía y mortalidad puede mejorar la estratificación del riesgo, orientar la toma de decisiones terapéuticas y contribuir a mejores resultados clínicos en neonatos con enterocolitis necrosante.

PL16) UNA VISIÓN DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ESTENOSIS HIPERTROFICA CONGENITA DEL PILORO DURANTE EL PERIODO 2021 A 2024 EN CHILE

Parada Garrido, A.(1); Taboada Kurten, E.(2); Morales Sepúlveda, G.(3); Peralta Monardes, J.(4); Ruiz Moreau, L.(5); Rodriguez Barrios, F.(6);
(1): Hospital San Antonio de Putaendo, San Felipe, Chile (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepcion, Chile (4): Universidad de Antofagasta, Antofagasta, Chile (5): Universidad Santiago de Chile, Santiago, Chile (6): Cesfam Juan Pablo II, La Serena, Chile

Introducción: La estenosis hipertrófica del píloro infantil (EHPI) es uno de los trastornos gastrointestinales más comunes en lactantes, con mayor frecuencia entre la tercera y décima semana de edad. El objetivo de este trabajo es determinar la tasa de egreso hospitalario (TEH) por estenosis hipertrófica congénita del píloro durante el período 2021-2024 en Chile.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y cuantitativo utilizando datos públicos del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS) y del Instituto

Nacional de Estadísticas (INE). El análisis descriptivo se efectuó mediante medidas de tendencia central, apoyado por gráficos y tablas en Excel. No se requirió aprobación por comité de ética debido al uso exclusivo de fuentes secundarias de acceso público.

Resultados: La mayor TEH nacional se registró en 2022 (3,54/100.000 habitantes). El sexo masculino presentó la mayor TEH del periodo, alcanzando 4,54/100.000 habitantes. El grupo etario con mayor tasa fue el de 0 a 4 años, con un valor de 10,65/100.000 habitantes.

Discusión: La disminución progresiva de la TEH podría asociarse a cambios en la natalidad chilena y a un mayor control materno-fetal. La predominancia en el sexo masculino concuerda con la literatura internacional, lo que podría deberse a factores multifactoriales. Que el grupo de 0 a 4 años concentre la mayor tasa se atribuye a que el pico de presentación clínica ocurre típicamente en las primeras semanas de vida.

Conclusión: La TEH por estenosis hipertrófica congénita del píloro en Chile mostró una tendencia descendente durante el periodo 2021–2024. Futuros estudios deberían profundizar en factores clínicos y asistenciales que influyen en la variabilidad de la estadía hospitalaria y resultados quirúrgicos.

Palabras clave: Chile; Hospitalización; Estenosis hipertrófica del píloro.

CU-D1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA UROLÓGICA D1 (ORAL-VIDEO-PÓSTER)

O021) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE OPERATIVO: ANÁLISIS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN-DINDO EN EL PROGRAMA

Concha, C.(1); Heusser, A.(1);
(1): CORPORACION MATER, SANTIAGO, CHILE

Los operativos quirúrgicos pediátricos constituyen una estrategia de salud pública para reducir listas de espera en patologías electivas no GES, desarrollados en 22 ciudades de Chile con cirujanos pediátricos y anestesiólogos voluntarios itinerantes en contextos de recursos variables. La clasificación de Clavien-Dindo (CD) es el estándar internacional para evaluación estandarizada de complicaciones postoperatorias. El objetivo fue describir las complicaciones según clasificación CD e identificar factores asociados a complicación mayor (CD ≥ III) en pacientes operados entre enero 2024 y enero 2026.

Material y Método Estudio descriptivo analítico retrospectivo. Universo: 921 pacientes operados en 22 ciudades. Seguimiento telefónico con respuesta efectiva en 607 casos (65,9%). Se identificaron 34 pacientes con complicación postoperatoria. Variables analizadas: diagnóstico, edad categorizada como preadolescente (10-12 años), tiempo

quirúrgico, aseo previo, material de sutura y uso de apósito. Variable dependiente: complicación mayor (CD ≥ III). Se aplicó estadística descriptiva, Test exacto de Fisher con Odds Ratio e IC95% y Chi-cuadrado. Análisis en Jamovi 2.6.

Resultados Tasa de complicaciones: 5,6% sobre llamados efectivos y 3,7% sobre universo total. Las patologías principales fueron fimosis (n=684; edad promedio 7,2 años), criptorquidea (n=149; 5,6 años) y hernia (n=65; 7,1 años), con predominio masculino (94,9%). La distribución por grado CD fue: Grado I 50,0% (n=17), Grado II 29,4% (n=10), Grado IIIa 2,9% (n=1) y Grado IIIb 17,6% (n=6), con tasa de complicación mayor (CD ≥ III) de 20,6%. Ninguna variable perioperatoria mostró asociación estadísticamente significativa con complicación mayor. Hallazgo relevante: 0% de complicación mayor en preadolescentes versus 32% en niños de 0-9 años (p=0,152; OR=0,121; IC95% 0,006-2,35), sin alcanzar significancia estadística, posiblemente por limitación del tamaño muestral.

Conclusión Las tasas de complicaciones son bajas y comparables con estándares internacionales, validando la seguridad de un modelo voluntario itinerante que reduce listas de espera en patologías pediátricas prevalente

O022) RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE LA FIMOSIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.

Lira, J.(1); Ríos, A.(1); Recabal, X.(1); Yankovic, F.(1); Letelier, N.(1); Finsterbusch, C.(1); Reed, F.(1);
(1): Hospital Exequiel González Cortés, San Miguel, Chile

Introducción: La fimosis pediátrica suele ser fisiológica y autolimitada, con resolución espontánea en hasta el 99% de los casos asintomáticos durante la adolescencia. En Chile, la derivación aumentó de 4 a 6 años en diciembre de 2025, umbral que podría seguir siendo precoz.

Objetivo: Caracterizar la lista de espera quirúrgica por fimosis entre los años 2024 y 2026, y evaluar las características de los pacientes que fueron retirados de dicha lista.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de los pacientes pediátricos en lista de espera quirúrgica por fimosis entre Enero 2024 a Junio 2026. Se describió el estado de la lista operados, pendientes y retirados. En los pacientes retirados con registro clínico completo (n=78) se analizaron la causa de retiro, la edad, la sintomatología al ingreso y el tiempo en lista, con foco en el subgrupo de cura espontánea. Las variables continuas se resumen como mediana y media.

Resultados: La lista de espera comprendió 1.823 pacientes: 1.047 (57,4%) operados, 695 (38,1%) con cirugía pendiente y 81(4,4%) retirados de la lista. De los 81 retirados, 78 contaban con registro clínico completo; entre ellos, la cura espontánea fue la causa de retiro más frecuente (64; 82,1%), En el subgrupo con cura espontánea, la mediana de edad al

ingreso fue de 5,5 años (4-8), el 92,2% estaba asintomático y la mediana de tiempo en lista fue de 11 meses (10-12); el 82,8% resolvió dentro de los primeros 12 meses.

Conclusiones: El 82,1% (64 pacientes) de los niños retirados de la lista de espera presentaron resolución espontánea de la fimosis en menos de un año calendario, lo que respalda la conducta expectante y reevaluación dirigida, que podría reducir derivaciones e intervenciones innecesarias.

O023) AVANCE MEATAL SIN URETROPLASTÍA PARA LA CORRECCIÓN DEL HIPOSPADIAS GLANDULAR Y CORONAL: UNA SIMPLIFICACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Sánchez, C.(1); Sepulveda, J.(2); Torres, C.(2); Brunet, R.(3);
(1): Hospital Regional Coyhaique, Coyhaique, Chile (2): Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, Chile (3): Hospital de Victoria, Victoria, Chile

Introducción

Las técnicas convencionales para la reparación del hipospadias glandular y coronal suelen requerir reconstrucción o manipulación del meato, la uretra distal o el glande, lo que se asocia a complicaciones y morbilidad postoperatoria. Presentamos una simplificación técnica que permite obtener una posición más apical del meato sin necesidad de meatoplastía ni uretroplastía. El objetivo de este estudio fue describir la técnica y evaluar sus resultados iniciales.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo multicéntrico entre octubre de 2024 y abril de 2026 de pacientes con hipospadias glandulares y coronales, sometidos a una técnica estandarizada consistente en una frenuloplastía amplia, acercando de esta manera las alas glandares, preservando el meato y la uretra distal. Se evaluaron las complicaciones postoperatorias, la necesidad de reintervención y los resultados funcionales y estéticos iniciales.

Resultados

Fueron intervenidos mediante la técnica descrita un total de 9 pacientes, 7 con hipospadias glandulares y 2 coronales. La edad promedio fue de 8 años (2–13 años) y el seguimiento promedio fue de 8 meses (3–21 meses). Todos los procedimientos se realizaron en forma ambulatoria, sin necesidad de cateterización uretral postoperatoria. No se registraron complicaciones postoperatorias ni reintervenciones durante el período de seguimiento. Todos los pacientes presentaron un chorro miccional único y de dirección anterior, y el resultado cosmético fue considerado satisfactorio por los padres.

Discusión

En pacientes cuidadosamente seleccionados, esta técnica permite obtener un resultado cosmético satisfactorio con una posición más apical del meato, preservando íntegramente la uretra nativa, sin necesidad de meatoplastía ni uretroplastía.

Conclusión

La técnica de avance meatal con preservación uretral constituye una alternativa simple y reproducible para pacientes seleccionados con hipospadias glandular y coronal.

O024) PRIAPISMO ISQUÉMICO IDIOPÁTICO REFRACTARIO EN UN ADOLESCENTE: DESAFÍOS EN EL MANEJO DE UNA URGENCIA UROLÓGICA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Muñoz, N.(1); Pérez, C.(1); Beltrán, P.(1); Sorrentino, G.(1); Klinowski, M.(1); Ayala, T.(1); Gana, R.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción

El priapismo isquémico es una urgencia urológica infrecuente en pediatría cuyo retraso diagnóstico y terapéutico puede provocar necrosis del músculo liso cavernoso y disfunción eréctil permanente. La ampliación de la atención pediátrica hasta los 18 años ha incrementado la exposición de los cirujanos infantiles a adolescentes con patologías tradicionalmente abordadas por urólogos de adultos, haciendo indispensable el conocimiento de algoritmos terapéuticos específicos.

Material y método

Presentación de un caso clínico con revisión de la literatura.

Resultados

Adolescente de 17 años consultó por erección dolorosa persistente de aproximadamente 24 horas de evolución. Al examen físico presentaba rigidez completa de los cuerpos cavernosos con glande blando. El Doppler peneano fue compatible con priapismo de bajo flujo y la gasometría cavernosa confirmó isquemia severa (pH 6,88; pO2 8,6 mmHg; pCO2 92,9 mmHg). El estudio etiológico descartó causas hematológicas, tóxicas y farmacológicas, clasificándose como priapismo isquémico idiopático. Se realizó aspiración e irrigación de los cuerpos cavernosos con instilación intracavernosa de fenilefrina (600 µg), presentando recidiva precoz que requirió un shunt distal tipo Winter y, posteriormente, un shunt distal tipo Al-Ghorab por persistencia de la erección. La detumescencia completa se logró tras aproximadamente cinco días de evolución. Al control al mes, el paciente presentaba erecciones espontáneas frecuentes, indoloras y sin recurrencia del priapismo.

Discusión

El priapismo isquémico constituye una urgencia quirúrgica tiempo-dependiente cuyo tratamiento debe iniciarse precozmente mediante un manejo escalonado. Este caso demuestra la importancia de conocer y ejecutar oportunamente técnicas progresivas de descompresión, incluyendo derivaciones distales, cuando fracasa el tratamiento inicial. Asimismo, demuestra que, incluso en priapismos isquémicos prolongados y refractarios, la aplicación precoz y sistemática de un algoritmo terapéutico escalonado puede permitir la recuperación funcional, reforzando la necesidad de que los cirujanos pediátricos que atienden adolescentes dominen estas técnicas.

V02) INJERTO DE DIVERTÍCULO URETRAL: ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA EL MANEJO DEL DIVERTÍCULO URETRAL SECUNDARIO EN HIPOSPADIAS PROXIMAL OPERADA

Sierralta Born, M.(1); Pinilla Saavedra, C.(1); Troncoso Solar, B.(1);
(1): Hospital Dr Luis Calvo Mackenna, Providencia, Chile

Los divertículos uretrales son una complicación infrecuente y más frecuentemente secundaria a reparaciones de hipospadias proximales con colgajos. Suele ser el resultado de estenosis distal y falta de soporte de la neouretra.

Presentamos el caso de un niño de 10 años con antecedentes de fisura labiopalatina e hipospadias proximal operada en 2 tiempos con colgajos prepuciales antes de los 2 años.

Consulta nuevamente a los 9 años por balonamiento uretral al orinar. La uroflujometría muestra un flujo lento y arrastrado. Se realiza una cistoscopía donde se observa dilatación de neouretra sin estenosis distal. Se realiza una uretroplastía de reducción con resección de neouretra redundante y preservación de dartos que se usa para cubrir la uretroplastía.

A los 7 meses post operado, los papás advierten que presenta nuevamente balonamiento uretral al orinar y se realiza uroflujometría que muestra un flujo lento y arrastrado, con residuo post miccional elevado.

Se decide realizar una reparación en 2 etapas con injerto y se considera utilizar la piel del divertículo uretral como injerto para preservar al máximo los tejidos en este paciente. A la semana del primer tiempo, se revisa en pabellón y se observa una buena toma del injerto.

Siete meses después se realiza segundo tiempo de hipospadias con la tubularización del injerto. La uretroplastía se cubre con colgajos laterales de dartos y piel según la disposición de los colgajos y su vitalidad. El niño presenta una buena evolución y sin recidiva de su divertículo uretral a 6 meses de seguimiento.

La reducción del saco diverticular a través de una uretroplastía de reducción es una técnica con buenos resultados. Un primer tiempo con injerto de prepucio del mismo divertículo

uretral es una alternativa en caso de recidiva, si los tejidos están muy dañados o existe la sospecha de estenosis distal.

PL17) ADHESIVO TISULAR/CIANOACRILATO FRENTE A SUTURA CONVENCIONAL EN LA CIRCUNCISIÓN PEDIÁTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS COMPARATIVOS

Portilho Gomes Brito, J.(1); Rocha De Lima Souza, E.(1); Monteiro Rodrigues, J.(1); Lorenzoni Ferreira, A.(1); Cardoso De Souza, L.(1); Magela Batalha Falcão, E.(1); Ribeiro Dos Santos, D.(1); Pamplona Menescal De Souza, V.(1); Da Silva Brito, D.(2); Portilho Gomes, N.(2); (1): Universidade do Estado do Pará, Belém, Brazil (2): Hospital Municipal de Marabá, Marabá, Brazil

Introducción: La circuncisión pediátrica se realiza tradicionalmente con suturas absorbibles, pero los adhesivos tisulares de cianoacrilato podrían reducir el tiempo operatorio y el dolor posoperatorio, además de mejorar los resultados estéticos. El objetivo fue comparar la eficacia y seguridad de los adhesivos tisulares frente a la sutura convencional. Material y Método: Revisión sistemática realizada según las directrices PRISMA. Se realizaron búsquedas en PubMed, Embase, Cochrane y LILACS. Se incluyeron ensayos clínicos y estudios observacionales comparativos en pacientes pediátricos sometidos a circuncisión con adhesivo tisular/cianoacrilato o sutura convencional. El riesgo de sesgo se evaluó mediante RoB 2 y ROBINS-I, y la certeza de la evidencia con GRADE. Resultados: De 180 registros identificados, 10 artículos fueron evaluados a texto completo y 5 incluidos. Los 5 estudios incluyeron 847 pacientes: 403 tratados con adhesivo y 444 con sutura. Tres estudios fueron aleatorizados y dos no aleatorizados. En los cuatro estudios que evaluaron el tiempo operatorio, el adhesivo redujo la duración del procedimiento (11,4–18,4 vs. 13,8–28,6 minutos). Tres estudios informaron menor dolor posoperatorio o menor duración del mismo con el adhesivo. No se observaron aumentos consistentes de sangrado, infección o dehiscencia. Los resultados estéticos favorecieron al adhesivo en la mayoría de los estudios. El riesgo de sesgo fue bajo para tiempo operatorio y complicaciones, y moderado para dolor y estética. La certeza de la evidencia fue moderada. Discusión: Los adhesivos tisulares pueden simplificar el cierre quirúrgico, reducir la manipulación local y favorecer una recuperación más cómoda. La menor duración del procedimiento podría disminuir el tiempo de anestesia y optimizar el uso del quirófano en cirugías pediátricas ambulatorias. Conclusión: Los adhesivos tisulares constituyen una alternativa segura y eficiente a la sutura convencional. Su incorporación selectiva puede contribuir a una atención quirúrgica más rápida y confortable.

PL18) USO DE PINZA BIPOLAR EN CIRCUNCISIÓN PEDIÁTRICA: PATRONES DE PRÁCTICA ENTRE URÓLOGOS PEDIÁTRICOS

Lira, J.(1); Ríos, A.(1); Recabal, X.(1); Yankovic, F.(1); Letelier, N.(1); Finsterbusch, C.(1); Reed, F.(1);
(1): Hospital Exequiel González Cortés, San Miguel, Chile

Introducción.

La circuncisión es un procedimiento quirúrgico pediátrico frecuente con amplia variabilidad técnica. La pinza bipolar ofrece mayor seguridad, eficiencia y menos complicaciones (menos sangrado y edema, mejor cicatrización), pero su adopción continúa siendo limitado en Latinoamérica. El objetivo fue describir los patrones de práctica entre urólogos pediátricos chilenos y evaluar el impacto de un video demostrativo de la circuncisión con pinza bipolar sobre la intención de adoptar esta técnica.

Métodos.

Estudio transversal mediante encuesta online autoadministrada a los 58 miembros de la rama de Urología Pediátrica de Chile. Se realizó análisis descriptivo evaluando años de práctica y patrones de práctica en circuncisión: técnica, sutura, uso de Tegaderm y ungüento antibiótico. Tras un video demostrativo sobre la técnica con pinza bipolar y sus ventajas, se consultó a quienes no la utilizaban su intención de adoptarla.

Resultados.

Se obtuvieron 40 respuestas (69%) de 58 invitados a participar. La mayoría (60%) tenía >20 años de experiencia, y la técnica quirúrgica más utilizada fue bisturí y/o monopolar (80%). Las suturas más utilizada fueron ÒMonocryl 5.0 (33%) y ÒPDS 6-0/5-0 (30%). El Tegaderm lo dejan siempre 58% de los encuestados, y el ungüento antibiótico el 48%.

La encuesta posterior al video fue respondida por 20 de los 30 participantes que no utilizaban electrocauterio bipolar (67%); de ellos, el 90% manifestó intención de adoptar la técnica, mientras que el 10% no modificaría su práctica actual.

Conclusiones.

En esta muestra de urólogos pediátricos, el uso de electrocauterio bipolar en la circuncisión fue bajo (20%). Un video demostrativo breve aumentó la intención de adoptar esta técnica entre los no usuarios, sugiriendo que intervenciones educativas simples pueden favorecer la incorporación de prácticas basadas en evidencia.

PL19) EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN HIPOSPADIAS EN UN CENTRO TERCIARIO ENTRE 2018 Y 2024: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS.

Zamora Marín, C.(1); Manríquez, L.(2); Navarro, M.(3); Briceño Muga, F.(4); Matta Cordero, B.(5); Quitral, M.(2);
(1): Centro de Salud Familiar Concón, Concón, Chile (2): Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile (3): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (4): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (5): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción

La hipospadias corresponde al defecto congénito más frecuente del pene, se caracteriza por la presencia de un meato uretral ectópico ventral, asociado o no a una curvatura ventral del pene y a prepucio alado (1).

Se han descrito más de 300 técnicas que buscan corregir el defecto estético y funcional, sin evidencia de mejores resultados de una técnica sobre otra. Se tienen tasas de complicaciones variables que van desde el 10 a 25 % y de reintervención del 4.5% (2).

Dentro de las complicaciones con mayor morbilidad son la fístula uretrocutánea (FUC) en el 7.5- 50% de los casos, la dehiscencia del glande (DG) en el 6-9 % (3) y la estenosis de uretra o del meato (EUM) en el 4-10 % (4).

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión retrospectiva, observacional y descriptiva utilizando una base de datos anónima de las cirugías realizadas con el diagnóstico de Hipospadias entre enero de 2018 y mayo de 2024. Se revisó la clasificación anatómica, técnica quirúrgica empleada y las complicaciones presentadas. Se realizó análisis descriptivo mediante frecuencias y proporciones.

Resultados

Se operaron 44 pacientes sometidos a 53 tiempos quirúrgicos. 23 pacientes correspondían a hipospadias distales, 11 a medias y 10 a proximales. Se realizaron 17 técnicas de MAGPI, 7 Mathieu, 5 Snodgrass, 2 Snodgraft y 13 pacientes se sometieron a al menos un tiempo de Bracka. Solo 3 pacientes cursaron con FUC, 3 con DG y 2 EUM.

Discusión

Las técnicas reportadas para la resolución de hipospadias son heterogéneas, destacando en frecuencia la de Bracka y MAGPI. En esta serie las técnicas fueron individualizadas para cada paciente según la complejidad del defecto de cada caso. El número complicaciones fue similar respecto a la literatura. El seguimiento a largo plazo es fundamental para evaluar resultados funcionales y detectar complicaciones tardías posteriores.

PL20) CUERPO EXTRAÑO EN URETRA EN ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Venegas Poblete, C.(1); Figueroa Galdame, G.(1); Celis Lagos, M.(1); Alfaro Aguirre, M.(1); (1): Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción:

La introducción de cuerpos extraños en orificios naturales es un motivo de consulta frecuente en la urgencia pediátrica, sin embargo, la uretra es probablemente de los menos frecuentes. Algunas cohortes retrospectivas la sitúan en cerca del 7% en menores de 20 años con distintos gatillantes según sexo y edad. Este reporte presenta el caso de un paciente de 13 años que se introdujo voluntariamente un trozo de madera en la uretra y su manejo.

Material y método: Caso clínico.

Resultados:

Paciente masculino de 13 años que consultó en servicio de urgencia por introducción voluntaria de trozo de madera en uretra cerca de 7 horas previo a la consulta. Presentó disuria y sensación de discomfort, sin síntomas obstructivos del tracto urinario inferior ni hematuria. Solicitó ayuda a sus padres en vista de no poder retirarlo. En el servicio de urgencias se realizó ecoscopía, evidenciando cuerpo extraño en uretra bulbar. Ingresó a pabellón para uretrocistoscopía, donde se extrajo trozo de madera de aproximadamente 5 cm de largo y sin hallazgo de lesiones en uretra, por lo que se mantuvo en observación sin sonda vesical y logró micción espontánea sin hematuria macroscópica, tras lo que se indicó alta, se realizó interconsulta a salud mental y en el seguimiento no presentó complicaciones urológicas.

Discusión:

Distintos reportes de casos presentan diferencias demográficas significativas, llegando a medias de 11.7 años en niños, siendo principalmente motivados por razones sexuales, mientras que en niñas se reportan medias desde 1.8 años mayormente por accidentes. Los cuerpos extraños en uretra son un motivo de consulta poco frecuente en pacientes pediátricos, sin embargo, pueden presentar múltiples complicaciones con riesgo de

infecciones y secuelas mayores. La recurrencia es frecuente, por lo que la educación y seguimiento por equipo de salud mental es primordial.

O025) ORQUIDOPEXIA VIDEOASISTIDA (OVA): UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA PARA EL TRATAMIENTO DEL TESTÍCULO NO DESCENDIDO PALPABLE DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN

Sepúlveda Cuevas, J.(1); Leiva Ferrer, R.(1); Polak, A.(1); Roldan García, N.(1); Torres Paredes, C.(1); Rider Legisos, J.(1);
(1): Hospital Clínico Magallanes, Punta Arenas, Chile

Introducción: El testículo no descendido (TND) palpable representa el 80% de casos con TND. Aunque la orquidopexia abierta es el estándar de tratamiento para estos casos, existe un subgrupo de pacientes que representa un desafío técnico pues su abordaje abierto es más complejo (canalicular alta, *peeping testis* y reoperaciones). En estos casos aumenta el riesgo de un descenso incompleto, dejar un teste tenso en escroto, mayor recidiva y compromiso vascular. La Orquidopexia Videoasistida (OVA) surge como alternativa para estos pacientes. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados quirúrgicos y complicaciones a mediano plazo de la técnica OVA en TND palpable de difícil resolución.

Material y método: Estudio retrospectivo de una cohorte de 41 pacientes pediátricos sometidos a OVA. Se analizaron variables demográficas, lateralidad, condición palpable/no palpable (P/NP), seguimiento, vitalidad testicular postoperatoria y complicaciones.

Resultados: De los 39 TND, fueron derechos en 20 pacientes, izquierdos en 13 y bilaterales en 3. Inicialmente, 25 eran palpables, 11 palpables/no palpables bajo anestesia general (*peeping testis*) y 3 reoperaciones. El seguimiento evidenció adecuada vitalidad testicular y posición escrotal en 38 de los 39 testículos, describiéndose solo 1 caso con hipotrofia testicular. Las complicaciones fueron mínimas: una infección umbilical concomitante con la hipotrofia, un sangrado escrotal resuelto espontáneamente y una imposibilidad técnica de descenso por compromiso cicatricial.

Discusión: La OVA combina con éxito la movilización laparoscópica retroperitoneal con la técnica abierta. Al permitir una disección de los vasos espermáticos y el deferente, reduce el riesgo de isquemia y tensión en comparación con abordajes abiertos en casos complejos. La baja incidencia de complicaciones y la excelente preservación de la vitalidad respaldan su reproducibilidad y favorable curva de aprendizaje.

Conclusión: La OVA es una técnica reproducible, segura y eficaz para el TND complejo, logrando altas tasas de vitalidad testicular con mínimas complicaciones.

O026) HERNIA INGUINAL ENCARCELADA EN PEDIATRÍA: ¿ESTAMOS VIENDO MÁS CASOS QUE ANTES? ANÁLISIS DE MÁS DE UNA DÉCADA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Lobo (ponente), A.(1); Castillo, S.(2); Villamizar, J.(2); Tarazona, S.(1); Diaztagle, C.(1); Diaztagle, C.(1); Castaño, O.(1); Ahmed, H.(3);
(1): Universidad de Pamplona, Cúcuta, Colombia (2): Hospital Universitario Erasmo Meoz, Cúcuta, Colombia (3): Division of General Surgery, University of Alberta, Edmonton, Canada

Introducción: La hernia inguinal es una cirugía frecuente en pediatría; su presentación encarcelada puede incrementar la morbilidad. En países de altos ingresos su frecuencia está bien caracterizada y se mantiene baja y estable. Sin embargo la epidemiología en países latinoamericanos no ha sido del todo estudiada.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y quirúrgicas, los resultados postoperatorios y la evolución temporal del encarcelamiento en menores de 15 años operados de hernia inguinal entre 2014 y 2026 en un centro de referencia en pais de latinoamerica.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes operados de hernia inguinal entre el año 2014-2026. Los datos se extrajeron de historias clínicas y se analizaron mediante estadística descriptiva y modelos de regresión logística múltiple para identificar factores de riesgo.

Resultados: Se analizaron 269 pacientes intervenidos en los más de 10 años de estudio. Predominó el sexo masculino (64,3%) y los grupos de lactantes (34,9%) y preescolares (32,3%). El 92,2% de las cirugías fueron laparoscópicas, principalmente mediante la técnica PIRS (63,7%). Prevaleció la hernia unilateral (65,4%). Las hernias del lado derecho fueron las más frecuentes (48,0%). La incidencia global de complicaciones fue del 16,7%, con una recurrencia del 2,2%. Se halló un aumento sostenido y progresivo del riesgo de incarceración al ingreso, cuya prevalencia subió del 10,7% (2014-2019) al 31,8% (2020-2026), con un incremento del 17% en la probabilidad por cada año transcurrido (OR: 1,17; p=0,003).

Discusión y conclusión: A diferencia de lo descrito en países de altos ingresos, el encarcelamiento aumentó de forma sostenida durante más de una década, manteniéndose como factor de riesgo independiente de complicación. Estos hallazgos respaldan su detección y vigilancia tempranas para prevenir presentaciones complicadas.

O027) DISPLASIA QUÍSTICA DE LA RETE TESTIS: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE DE TUMOR TESTICULAR EN PEDIATRÍA

Magaña, M.(1); Montenegro, S.(2); Ammann Radic, R.(3); Saavedra, J.(1); Manríquez, L.(3); Quitral, M.(3);
(1): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Gustavo Fricke/ Programa de Postgrado en

Cirugía Pediátrica, Facultad de Medicina, Viña del Mar, Chile (2): Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: La displasia quística de la rete testis es una lesión benigna infrecuente que constituye un diagnóstico diferencial de tumor testicular en la infancia y se asocia frecuentemente a displasia o agenesia renal ipsilateral. Presentamos un caso asociado a agenesia renal unilateral y compromiso testicular extenso.

Caso Clínico: Paciente masculino de 5 años monorreno derecho congénito, consultó por aumento de volumen escrotal izquierdo indoloro de dos meses de evolución. Los marcadores tumorales (β-HCG y AFP) fueron negativos. La ecografía escrotal evidenció múltiples cavidades quísticas coalescentes con reemplazo casi total del parénquima testicular izquierdo. Durante la exploración quirúrgica se observó un testículo izquierdo aumentado de volumen, de consistencia blanda y con epidídimo multilobulado. Debido al extenso compromiso parenquimatoso y a la imposibilidad de identificar un plano de clivaje que permitiera preservar tejido testicular potencialmente funcional, se realizó orquiectomía total izquierda asociada a orquidopexia profiláctica contralateral. El estudio histopatológico definitivo confirmó una displasia quística disgenética de la rete testis, sin evidencia de malignidad.

Discusión: Aunque la literatura actual prioriza el manejo conservador por la benignidad de la lesión, la conducta terapéutica debe individualizarse. En este caso, el extenso compromiso del parénquima testicular y la imposibilidad de preservar tejido potencialmente funcional fueron determinantes. La orquiectomía unilateral asociada a orquidopexia profiláctica contralateral permitió resolver definitivamente la lesión y proteger la única gónada potencialmente funcional.

La displasia quística de la rete testis debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de las masas testiculares en la edad pediátrica, especialmente en pacientes con anomalías renales asociadas. El grado de compromiso parenquimatoso y la posibilidad de preservar tejido testicular funcional deben guiar la conducta terapéutica. Si existe compromiso parenquimatoso extenso la orquiectomía representa una alternativa terapéutica razonable. La orquidopexia contralateral profiláctica debe considerarse para reducir el riesgo de pérdida testicular futura.

O028) POLIORQUIDISMO INGUINAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO

Santos, A.(1); Prado, C.(1); Montalvan, F.(1); Helguero, L.(2);
(1): HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANJE, Lima, Perú (2): HOSPITAL DE APOYO SULLANA, Piura, Perú

Introducción

El poliorquidismo o testículo supernumerario es una anomalía congénita extremadamente rara, caracterizada por la presencia de más de dos testículos. Con menos de 200 casos documentados, suele ser un hallazgo incidental quirúrgico. El objetivo es presentar un caso pediátrico de duplicación testicular izquierda diagnosticado intraoperatoriamente y discutir su manejo.

Material y método

Se reporta a un varón de 3 años y 8 meses, sin antecedentes, con ausencia del testículo izquierdo en la bolsa escrotal desde el nacimiento. Al examen se evidenció hemiscroto izquierdo sin contenido y una estructura testicular palpable en el tercio medio del canal inguinal izquierdo; el testículo derecho era eutópico y normal.

Resultados

La ecografía reportó testículo derecho de 11.5 x 7.5 mm y un único testículo izquierdo inguinal de 7 x 4 mm, sin signos de duplicación. En la exploración inguinal se hallaron dos estructuras dismórficas de aspecto testicular (0.4 y 0.3 cm), unidas por un cordón espermático común muy corto que impedía el descenso; ante la atrofia severa se realizó orquiectomía izquierda conjunta. La histopatología confirmó parénquima testicular prepuberal, con conductos epididimarios y sin malignidad. El postoperatorio fue favorable.

Discusión

El poliorquidismo resulta de una división anormal de la cresta genital antes de la octava semana embrionaria; la triorquidia es la variante más común, con predominio izquierdo (>60 %). La ecografía no detectó la duplicación por el tamaño y proximidad de los nódulos. El manejo es controversial: si el testículo supernumerario es viable e intraescrotal se prefiere la orquiopexia, pero ante localización ectópica, atrofia o imposibilidad de descenso, la orquiectomía se indica por el riesgo de malignización (especialmente seminomas) y torsión.

Conclusión

El poliorquidismo supone un reto diagnóstico preoperatorio y los hallazgos intraoperatorios pueden diferir de la imagen. Ante testículos supernumerarios atróficos, inviables, la exéresis es una conducta segura para prevenir complicaciones oncológicas.

PL21) SOBREDIAGNÓSTICO Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL TESTÍCULO NO DESCENDIDO CONGÉNITO: TRAZABILIDAD DEL FLUJO CLÍNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Gamboa, L.(1); Muñoz, T.(2); Contreras, C.(2); Garrido, M.(3);
(1): Médica EDF, CESFAM Puertas Negras, Valparaíso, Chile (2): Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren. Centro Interdisciplinario de Investigación Biomédica e Ingeniería para la Salud – MEDING., Valparaíso, Chile

Introducción: La cirugía del testículo no descendido congénito (TNDC) debe realizarse entre 6 y 18 meses para preservar fertilidad y prevenir transformación neoplásica. Pese a las guías, evidencia multicéntrica latinoamericana reciente demuestra >80% se opera tardíamente. Nuestra hipótesis es que la falta de control médico del niño sano retrasa la derivación desde Atención Primaria (APS). El objetivo fue trazar el flujo asistencial hacia el nivel terciario, analizando tiempos de latencia y concordancia diagnóstica, para identificar el origen del retraso.

Material y Método: Estudio retrospectivo de pacientes derivados por sospecha de TNDC desde dos CESFAM hacia Cirugía Pediátrica (2023-2025). Se analizó la edad de derivación, intervalos de espera (APS-Policlínico-Pabellón) y resolución clínica tras la evaluación por especialista.

Resultados: Se evaluaron 58 pacientes. Solo 10 (17.2%) fueron derivados oportunamente (mediana: 12.5 meses; RIC: 12.0-16.3); 3 requirieron cirugía, 6 fueron sobrediagnosticados (retráctiles/sanos) y 1 perdió seguimiento. En contraste, 48 pacientes (82.8%; IC95%: 73.0-92.5) se derivaron tardíamente (mediana: 49.0 meses; RIC: 30.8- 74.3), con peaks a los 2, 3, 4 y 6 años. De ellos, 15 requirieron cirugía, 28 fueron sobrediagnósticos y 5 perdieron seguimiento. La alta tasa de sobrediagnóstico fue independiente de la edad de derivación (p=1.00). El flujo mostró latencias medianas de 17 días (RIC: 13.0-31.4) desde APS a policlínico de especialidades, y 182 días (RIC: 47.3- 293.8) desde la indicación de cirugía a la intervención.

Discusión y Conclusiones: El retraso terapéutico del TNDC en nuestra red radica en la derivación extemporánea, no en la lista de espera hospitalaria, exacerbado por un sobrediagnóstico transversal (~60%) que satura el nivel terciario. Los peaks de derivación coinciden con hitos del control de enfermería. Para optimizar la pesquisa del TNDC, es imperativo establecer capacitación multiprofesional en pregrado e incorporar un control médico obligatorio al año de vida que garantice un examen genital resolutivo.

PL22) INFLUENCIA DE LA PUNTUACIÓN TWIST EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE TORSIÓN TESTICULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Portilho Gomes Brito, J.(1); Lorenzoni Ferreira, A.(1); Cardoso De Souza, L.(1); Rocha De Lima Souza, E.(1); Monteiro Rodrigues, J.(1); Magela Batalha Falcão, E.(1); Pamplona Menescal De Souza, V.(1); Ribeiro Dos Santos, D.(1); Da Silva Brito, D.(2); Portilho Gomes, N.(2);
(1): Universidade do Estado do Pará, Belém, Brazil (2): Hospital Municipal de Marabá, Marabá, Brazil

Introducción: La torsión testicular (TT) es una urgencia urológica pediátrica caracterizada por la interrupción del flujo sanguíneo al testículo afectado. Para agilizar el diagnóstico y priorizar el tratamiento quirúrgico se han propuesto herramientas clínicas como la escala TWIST (*Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion*), con potencial para aumentar la preservación testicular. Esta revisión tuvo como objetivo evaluar el rendimiento diagnóstico de la puntuación TWIST y su impacto en el manejo de pacientes con sospecha de TT. Material y Método: Revisión sistemática realizada según las directrices PRISMA. Se buscaron estudios publicados entre 2021 y 2025 en PubMed, Embase y SciELO. La estrategia PICO utilizó los descriptores DeCS/MeSH "Spermatic Cord Torsion" y "Child", además de términos libres equivalentes. Se incluyeron estudios originales en portugués, inglés y español. Se excluyeron artículos sin texto completo y estudios con alto riesgo de sesgo. Resultados: Se incluyeron cuatro estudios con 956 pacientes con sospecha de TT, de los cuales 186 presentaban diagnóstico confirmado. La edad media fue de 9,83 años. La puntuación TWIST mostró una elevada precisión diagnóstica (AUC=0,982). Su aplicación se asoció con una reducción del tiempo hasta la exploración quirúrgica, especialmente en pacientes con alta probabilidad de TT, con una disminución media de 10,4 minutos. Sin embargo, no se observó una reducción significativa en la tasa de orquiectomía. Discusión: Los hallazgos indican que la puntuación TWIST es una herramienta útil para estratificar pacientes con sospecha de TT y optimizar la toma de decisiones inicial. La reducción del tiempo hasta la exploración quirúrgica puede favorecer un manejo más eficiente en los servicios de urgencias pediátricas. Conclusión: La puntuación TWIST presenta alta capacidad diagnóstica y contribuye a agilizar el manejo de pacientes con sospecha de TT.

O074) EFICACIA Y SEGURIDAD DE MIRABEGRÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

Zelaya Contreras, L.(1); Ruiz, M.(2); Vargas, V.(2); Escassi, Á.(2); Estebán, R.(2); Parente, A.(2);
(1): Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España (2): Hospital Universitario Reina Sofía, CORDOBA, España

Introducción

El tratamiento estándar de la disfunción vesical con fármacos anticolinérgicos se asocia a efectos adversos que pueden limitar la adherencia. Mirabegrón, un agonista selectivo del receptor β3-adrenérgico, ofrece un mecanismo de acción alternativo. Sin embargo, la evidencia en niños es limitada.

El objetivo de este estudio fue evaluar la seguridad y la eficacia clínica de mirabegrón en niños con disfunción vesical.

Material y métodos:
Estudio observacional prospectivo (2023–2025) en pacientes tratados con mirabegrón como terapia de segunda o tercera línea. Se recogieron resultados clínicos y eventos adversos; en un subgrupo se evaluaron parámetros urodinámicos pre y postratamiento, con seguimiento clínico y cardiovascular.

Resultados:
Se incluyeron 15 pacientes (edad media 12 años) con una duración media del tratamiento de 12 meses. En el 78% se observó mejoría clínicamente significativa de los síntomas urinarios. En el subgrupo urodinamico, mirabegrón se asoció a mejoría significativa de los parámetros de almacenamiento vesical, incluyendo aumento de la capacidad vesical máxima, compliance vesical y disminución de la presión del detrusor durante la fase de llenado ($p<0,05$). Dos pacientes presentaron eventos adversos leves y autolimitados (cefalea y sequedad de boca). Un paciente suspendió el tratamiento por dificultad para tragar el comprimido. No se observaron cambios cardiovasculares ni electrocardiográficos clínicamente relevantes.

Conclusiones:
Mirabegrón mostró un perfil de seguridad favorable y se asoció a una mejoría clínica y urodinámica significativa, lo que respalda su papel como opción terapéutica en pacientes seleccionados con disfunción vesical.

O075) RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL CON POLIDIMETILSILOXANO - 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Ramirez Calazans, A.(1); Zelaya Contreras, L.(1); Vargas Cruz, V.(1); Escassi Gil, Á.(1); Paredes Esteban, R.(1); Parente Hernández, A.(1);
(1): Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

INTRODUCCIÓN

Desde la primera descripción de la técnica, se han propuesto y utilizado diversas sustancias reabsorbibles y no reabsorbibles para el tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU). Sin embargo, no se ha demostrado superioridad de ningún material sobre otro.

Nuestro objetivo es mostrar los resultados en el tratamiento endoscópico del RVU con el uso de polidimetilsiloxano.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de pacientes con RVU intervenidos de manera endoscópica mediante inyección de polidimetilsiloxano entre enero de 2015 y diciembre de 2024. Se recogieron las variables edad, sexo y grado del RVU, así como grado de hidronefrosis y función renal previa y tras el tratamiento. Se estudiaron las complicaciones a corto y largo plazo de las unidades ureterorrenales (UUR) tratadas.

RESULTADOS

148 UUR fueron intervenidas endoscópicamente en 101 pacientes. 51.5% niñas con edad media 4.4±3.3 años (1-15 años). Previo al tratamiento, 15.5% UUR presentaban RVU grado II, 31.1% grado III, 33.8% grado IV y 19.6% grado V. La función renal media previa era 46±15.7% (11-88%). Tiempo medio de seguimiento 59±36.3 meses (13-128 meses). La tasa de éxito con resolución completa del RVU fue del 93.9% tras un máximo de 2 inyecciones por UUR. Respecto al grado de UHN, mejoró en un 66.3% al año y en un 87.1% a los 3 años del tratamiento. 26/40 UUR (65%) presentaron una mejoría o mantenimiento de la función renal durante el seguimiento. 5 pacientes presentaron ITU durante el primer mes tras el tratamiento, mientras que 16.2% y 6.4% presentaron ITU durante el seguimiento a corto y largo plazo respectivamente. 1.6% UUR presentaron obstrucción secundaria al tratamiento endoscópico a largo plazo. En total, 13 UUR (8,8%) precisaron reimplante quirúrgico.

CONCLUSIÓN

El uso de polidimetilsiloxano en el tratamiento endoscópico del RVU es un método terapéutico eficaz y con escasa morbilidad, constituyendo una alternativa al tratamiento quirúrgico.

O095) PIELOPLASTIA ROBÓTICA PEDIÁTRICA: CURVA DE APRENDIZAJE, REPRODUCIBILIDAD E INFLUENCIA DE LA EDAD

Ruiz Medina, M.(1); Zelaya Contreras, L.(1); Vargas Cruz, V.(2); Escassi Gil, Á.(2); Paredes Esteban, R.(2); Parente Hernández, A.(2);
(1): Hospital Universitario Reina Sofía, Cordoba, España (2): Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Introducción

La cirugía robótica ha consolidado el abordaje mínimamente invasivo en urología pediátrica; sin embargo, la curva de aprendizaje de la pieloplastia robótica en el tratamiento

de la estenosis pieloureteral (EPU) sigue siendo objeto de estudio. El objetivo de este trabajo fue evaluar dicha curva y analizar la influencia de la edad en los tiempos quirúrgicos.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo (2022–2025) de 16 pacientes pediátricos con EPU operados mediante sistema Da Vinci Xi. Se analizó: edad, etiología, tiempo de *docking* y cierre (TD), tiempo de consola (TC), tiempo quirúrgico total (TQT) y complicaciones. La muestra se dividió cronológicamente en tres grupos para evaluar la curva de aprendizaje mediante regresión lineal y ANOVA.

Resultados

La edad media fue 65 meses; 80% fueron izquierdas y 46% extrínsecas. Los tiempos quirúrgicos medios fueron: 47 minutos para TD, 102 minutos para TC y 149 minutos para TQT. El TD disminuyó significativamente con la experiencia (53,8 vs. 38 min; $R = -0,678$; $p < 0,05$), mientras que el TC permaneció estable y el TQT se redujo de 159 a 140 minutos. La curva de aprendizaje mostró una estabilización de los tiempos operatorios tras los primeros 15 procedimientos. No se observó asociación significativa entre la edad y tiempos quirúrgicos.

Discusión

La reducción significativa del TD refleja una rápida optimización y familiarización del equipo con la plataforma robótica. Asimismo, que la edad no influya en los tiempos quirúrgicos sugiere que la precisión técnica y magnificación del sistema compensan las dificultades anatómicas de los pacientes más pequeños, garantizando una reproducibilidad y seguridad desde el inicio del programa.

Conclusiones

La pieloplastia robótica es segura y eficaz en pediatría. Los tiempos asociados al *docking* disminuyen rápidamente con la experiencia, mostrando una curva de aprendizaje corta, mientras que la edad del paciente no condiciona la duración del procedimiento.

O096) ¿ES LA ROBÓTICA MÁS REPRODUCIBLE QUE LA ENDOUROLOGÍA? ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CURVAS DE APRENDIZAJE EN LA ESTENOSIS PIELOURETERAL PEDIÁTRICA.

Ruiz Medina, M.(1); Zelaya, L.(1); Vargas, V.(1); Escassi, A.(1); Paredes, R.(1); Parente, A.(2); (1): Hospital Universitario Reina Sofía, Cordoba, España (2): , ,

Introducción

La cirugía mínimamente invasiva ha transformado el tratamiento de la estenosis pieloureteral (EPU) pediátrica, aunque las diferencias en complejidad técnica entre abordajes pueden condicionar curvas de aprendizaje distintas. El objetivo fue comparar las curvas de aprendizaje del abordaje endourológico y robótico en EPU pediátrica, determinando el número de procedimientos necesarios para alcanzar su estabilización.

Material y método

Estudio observacional retrospectivo (2019–2025) en pacientes pediátricos con EPU tratados mediante dilatación endourológica (DE) o pieloplastia robótica (PR). Se compararon ambas curvas mediante un modelo lineal general con comparaciones post-hoc ajustadas por Games-Howell, usando diagramas de cajas y análisis de tendencia.

Resultados

Se incluyeron 46 pacientes (65% DE, 35% PR; edad media: 34,2 meses). La DE presentó tiempos quirúrgicos menores pero con mayor variabilidad según la experiencia del cirujano ($p < 0.05$), mientras que la PR mostró menor dispersión y una curva más corta ($p < 0.05$). El modelo lineal general asoció significativamente el tipo de procedimiento y la experiencia con el tiempo quirúrgico total ($p < 0.05$; R^2 ajustado = 0.891). La curva de la DE mejoró tempranamente pero requirió más de 50 procedimientos para su máxima reducción. En contraste, la PR mostró un patrón lineal con estabilización en meseta desde los 15 casos.

Discusión

La diferencia en casos necesarios para alcanzar la meseta (15 en PR vs. >50 en DE) sugiere que la asistencia robótica atenúa las dificultades técnicas iniciales. Asimismo, la menor dispersión de tiempos operatorios en la PR refleja mayor reproducibilidad y previsibilidad. Estos hallazgos favorecen programas formativos en urología pediátrica, con adquisición de competencias más rápida y homogénea.

Conclusiones

La DE presenta una curva de aprendizaje más prolongada y dependiente de la experiencia del cirujano. En contraste, la PR asocia una estabilización más temprana y menor variabilidad, confiriéndole mayor reproducibilidad desde las fases iniciales del aprendizaje.

GGE-D2.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D2.1

O030) EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL CON DISPOSITIVOS HÍBRIDOS PICC-PORT EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADOLESCENTES: UNA SERIE DE CASOS DE 10 PACIENTES

Ortega, L.(1); Cardoso, A.(1); Martín, M.(1); Bayarri, M.(1); Carrasco, R.(1); Krauel, L.(1);
(1): Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

El acceso venoso central de larga duración es fundamental en pacientes pediátricos y adolescentes oncológicos. Los dispositivos totalmente implantables convencionales requieren punción de venas centrales, lo que conlleva riesgos relevantes. Los sistemas híbridos PICC-Port combinan la inserción periférica con un reservorio implantable, reduciendo la morbilidad. La experiencia en población pediátrica es limitada.

OBJETIVO

Describir la experiencia inicial con dispositivos híbridos PICC-Port en pacientes adolescentes oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a implantación de PICC-Port entre 2025-2026. Recogimos datos demográficos, patología de base, parámetros hematológicos, antecedentes de catéteres, resultados clínicos y complicaciones.

El procedimiento se realizó mediante punción ecoguiada de la vena basílica, ocupando menos de 1/3 de la luz, avanzando el catéter hasta unión cavoauricular (bajo fluoroscopia). El reservorio se implantó en la región medial del brazo, sin necesidad de fijación.

RESULTADOS

Incluimos 10 pacientes, con una mediana de edad de 17 años (13.3-18.0). La patología de base fue variada. La distancia mediana del sitio de punción y punta del catéter fue de 36 cm (30–42). La duración mediana del procedimiento fue de 60 minutos. No se registraron complicaciones intraoperatorias. La mediana de duración de los catéteres fue de 65 días (8–403). Nueve dispositivos estaban en uso al momento del análisis, uno que se retiró por infección (10%).

DISCUSIÓN

Los PICC-Port muestran alta factibilidad y reproducibilidad en adolescentes oncológicos, evitando la punción venosa central y sus complicaciones, manteniendo un acceso implantable. Además, permiten implantación bajo anestesia local y mejora en confort del paciente. Los resultados son comparables a series en adultos, aun y las limitaciones del estudio.

CONCLUSIÓN

Los dispositivos híbridos PICC-Port son una alternativa a los catéteres venosos centrales con reservorio convencionales. Consideramos, dada nuestra experiencia inicial, que futuros estudios podrían evaluar la seguridad y eficacia de esta técnica en pacientes oncológicos pediátricos/adolescentes.

O031) ASOCIACIÓN ENTRE LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EN LOBECTOMÍAS POR TUMORES PULMONARES Y MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ENTRE 2014 Y 2025.

Nally Rodríguez, M.(1); Sanchez Molina, P.(2); Ovalle Rodríguez, A.(3); Herrera Oroz, P.(3); (1): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (2): Cesfam Renca, Santiago, Chile (3): Hospital Exequiel González Cortés y Clínica las Condes, Santiago, Chile

Introducción

Las malformaciones pulmonares congénitas son un grupo heterogéneo de alteraciones del desarrollo pulmonar que comprometen el parénquima, vía aérea y/o su vasculatura. Pueden abarcar desde hallazgos en pacientes asintomáticos hasta cuadros de dificultad respiratoria significativa en el período neonatal o la infancia. Dentro de este grupo se incluyen entidades como la malformación congénita de la vía aérea pulmonar (CPAM), el secuestro pulmonar (SP), el enfisema lobar congénito (ELC), Blastoma Pleuropulmonar (BPP) y los quistes broncogénicos (QB).

Si bien la localización anatómica de la lesión es un elemento considerado en la evaluación clínica e imagenológica preoperatoria, la evidencia disponible aborda su relación con el diagnóstico anatomopatológico definitivo de manera descriptiva, sin análisis sistemáticos orientados a evaluar dicha asociación. El objetivo del estudio es analizar la asociación entre localización anatómica y el diagnóstico anatomopatológico definitivo de la lesión.

Material

Estudio observacional, de cohorte retrospectiva, multicéntrico, se incluyeron 41 pacientes pediátricos sometidos a lobectomía pulmonar entre los años 2014 y 2025 por el mismo equipo de cirujanos. Se realizaron tablas de contingencia y mediante Test Exacto de Fisher se identificaron los OR con su IC 95% y valor P.

Resultados

El promedio de edad a la cirugía fue de 13,7 meses. Se registraron 41 pacientes, 28 CPAM, 7 SP, 2 BPP y 4 otras lesiones. Se encontró asociación entre lóbulo inferior izquierdo (LII) y SP con un OR 25 IC95% (2,68-242) P=0,0013. El resto de las ubicaciones no logró asociación con significancia estadística.

Discusión

En nuestra serie, pudimos observar una fuerte asociación entre la ubicación en LII y SP con un OR 25. La probabilidad de encontrar un SP cuando la lesión estaba en el LII fue de un 85%. En los otros diagnósticos no encontramos asociación por ubicación.

Conclusión

Existe asociación estadísticamente significativa entre el hallazgo de SP en el LII.

O032) COLOCACIÓN ECOGUIADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA.

Fernandez, M.(1); Valero, R.(2); Rojas, R.(3); Jauregui, L.(1); Sempertegui, D.(1); Quispe, J.(1); Ugarte, C.(1); Zeballos, G.(1); Peñaranda, A.(1); Anagua, J.(1);
(1): HOSPITAL DE NIÑOS DR. MARIO ORTIZ SUAREZ, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA (2): HOSPITAL FRANCES, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA (3): CAJA BANCARIA, SANTA CRUZ DE LA SIERRA, BOLIVIA

INTRODUCCIÓN

La colocación de catéter venoso central (CVC) es un procedimiento esencial en el manejo de pacientes pediátricos críticamente enfermos; sin embargo, continúa siendo un desafío técnico debido al pequeño calibre vascular y a las variaciones anatómicas, especialmente en neonatos y lactantes. La guía ecográfica en tiempo real ha demostrado incrementar la tasa de éxito y disminuir las complicaciones mecánicas, constituyendo actualmente la técnica recomendada para el acceso venoso central en paciente pediátrico.

OBJETIVO

Describir la efectividad de la colocación ecoguiada de catéter venoso central en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y multicéntrico, mediante revisión de una serie consecutiva de pacientes menores de 13 años sometidos a colocación

ecoguiada de CVC entre la gestión 2022 a 2026. Se utilizaron transductores lineal y convexo para el acceso a vena yugular interna, tronco braquiocefálico y vena femoral. Se analizaron sitio de punción, tipo de transductor, número de intentos y complicaciones relacionadas con el procedimiento.

RESULTADOS

Se realizaron 707 procedimientos. Los accesos correspondieron a vena yugular interna 628 (88,8%), tronco braquiocefálico 50 (7,1%) y vena femoral en 29 (4,1%). Se empleó transductor lineal en 495 procedimientos (70%) y el convexo en 212 (30%). La canulación fue exitosa en el primer intento en 497 procedimientos (70,2%). Se registraron diez complicaciones (1,4%): tres neumotórax, un hemotórax y seis hematomas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La colocación ecoguiada de catéter venoso central representa actualmente el estándar recomendado para el acceso venoso central en pacientes pediátricos, debido a su mayor seguridad y efectividad. Nuestra experiencia demuestra que es un procedimiento seguro y efectivo con altas tasas de éxito y baja frecuencia de complicaciones.

O033) DILATACIÓN ENDOSCÓPICA RÍGIDA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN ESTENOSIS SUBGLÓTICA POSTINTUBACIÓN: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.

Cruz Alvarez, J.(1); Daza Merizalde, J.(1); Ugazzi Betancourth, M.(1);
(1): Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador

Introducción: La estenosis subglótica (ESG) postintubación es una causa relevante de obstrucción de vía aérea pediátrica. La dilatación endoscópica rígida (DER) constituye un abordaje menos invasivo; sin embargo, existe escasa evidencia regional. El objetivo es describir los desenlaces de la DER en ESG pediátrica, identificando predictores de éxito endoscópico y necesidad de cirugía reconstructiva.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectiva unicéntrica en un centro de tercer nivel (2022–2026). Incluimos menores de 18 años con ESG postintubación manejados con DER. Evaluamos: severidad (Myer-Cotton), fase de intervención (aguda ≤30 días, crónica >30 días desde estridor), traqueostomía y número de dilataciones. El desenlace primario fue remisión clínica completa sin requerimiento de cirugía abierta.

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes (63,2% varones; mediana 20 meses). La mediana de intubación fue 13,5 días. Distribución: Grado I 10,5%, II 42,1%, III 36,8%, IV 10,5%. El 47,4% se intervino en fase aguda y 52,6% en crónica. El 42,1% requirió traqueostomía y la mediana de dilataciones fue 2. La remisión global sin cirugía fue 65,8% (25/38). El éxito estratificado

fue: I 75,0%, II 87,5%, III 57,1% y IV 0,0%. El 28,9% (11/38) requirió laringotraqueoplastia o resección cricotraqueal.

Discusión: El éxito terapéutico es directamente dependiente de la severidad. Nuestros hallazgos concuerdan con la literatura internacional al validar la eficacia de la DER en estenosis leves, pero evidencian sus limitaciones mecánicas ante estenosis grado IV, justificando un cambio de estrategia frente a obstrucciones severas o fibrosis extensa.

Conclusión: La DER es el tratamiento definitivo de primera línea para ESG grados I y II. Su fracaso en el grado IV exige derivación temprana a reconstrucción abierta. Estos resultados permiten estandarizar algoritmos de manejo local post-extubación y optimizar recursos institucionales.

O034) EVOLUCIÓN CLÍNICA E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA AISLADA: EXPERIENCIA EN 7 AÑOS.

Rojas, G.(1); Valladares, C.(1); Torres, A.(2);
(1): Residente de Pediatría, Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile (2): Cirujano infantil, Hospital San Juan de Dios, La Serena, Chile

INTRODUCCIÓN: La gastrostomía es una estrategia de soporte nutricional en pacientes que no logran cubrir sus requerimientos oralmente. La funduplicatura de Nissen se asocia de rutina, especialmente en pacientes con compromiso neurológico, por el riesgo percibido de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y aspiración. Evidencia reciente cuestiona esta práctica, sugiriendo que podría no aportar beneficios significativos y aumentar la morbilidad quirúrgica.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de ERGE y la necesidad de cirugía antirreflujo en pacientes pediátricos con patología neurológica sometidos a gastrostomía aislada, durante seguimiento de hasta 5 años.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, de cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes menores de 18 años sometidos a gastrostomía entre agosto 2019 y junio 2026. Los datos se obtuvieron de fichas clínicas y entrevista telefónica estructurada a tutores. Se utilizó Excel para tabulación y SPSS-26 para el análisis, aplicando pruebas Chi-cuadrado, t-Student y Mann-Whitney.

RESULTADOS: Se incluyeron 23 pacientes. Siete presentaron síntomas de reflujo (30,4%; IC95%:13,2-52,9%), tres cumplieron criterios de ERGE, con una incidencia acumulada de 13,0% (IC95%:2,8-33,6%). Diez pacientes recibieron inhibidor de bomba de protones (IBP) y/o procinético con fin terapéutico o preventivo (43,5%), de los cuales siete ya los utilizaban previo a la cirugía. La gran mayoría de los pacientes sintomáticos respondió adecuadamente

al manejo médico con IBP y/o procinético. Ninguno requirió intervención quirúrgica antirreflujo durante el seguimiento.

DISCUSIÓN: Los síntomas de reflujo fueron más frecuentes que la ERGE propiamente tal, lo que sugiere que su aparición tras la gastrostomía no implica necesariamente enfermedad significativa ni indicación quirúrgica. El buen control sintomático logrado con procinéticos e IBP respalda una estrategia médica de primera línea antes de considerar cirugía antirreflujo. La ausencia de reintervenciones quirúrgicas antirreflujo durante el seguimiento apoya un manejo selectivo, basado en vigilancia clínica y tratamiento médico cuando corresponda.

O035) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA RECURRENTE Y ADQUIRIDA: 23 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA.

Frías, L.(1); Muse, M.(1); Patiño, C.(1); Romero Manteola, E.(1);
(1): Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba, Argentina

Introducción. La fístula traqueoesofágica recurrente (FTEr) constituye una de las complicaciones más complejas tras la reparación de la atresia de esófago. Las fístulas traqueoesofágicas adquiridas son poco frecuentes. El tratamiento endoscópico representa una alternativa mínimamente invasiva. La evidencia disponible continúa siendo limitada. Nuestro objetivo es comunicar la experiencia en el tratamiento endoscópico de la FTEr y adquirida, evaluar su eficacia, el número de procedimientos requeridos y las complicaciones asociadas.

Materiales y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de pacientes menores de 15 años con FTEr o adquirida tratados mediante abordaje endoscópico entre enero de 2003 y junio de 2026. Se analizaron etiología, edad al diagnóstico, métodos diagnósticos, modalidad terapéutica, número de procedimientos, éxito del tratamiento y complicaciones.

Resultados. Se incluyeron 24 pacientes; 21 presentaron FTEr y 3 FTE adquirida. La broncoscopia confirmó el diagnóstico en 23 pacientes y el esofagograma en 18 de 22. Se emplearon electrofulguración, nitrato de plata, ácido tricloroacético (ATCA), adhesivo biológico o combinaciones de estas técnicas. El cierre definitivo mediante tratamiento endoscópico se logró en 16 pacientes, mientras que 8 requirieron reparación quirúrgica. El número de procedimientos necesarios varió entre uno y cuatro. El ATCA alcanzó una tasa de éxito del 70%. Se registraron tres complicaciones: dos estenosis bronquiales relacionadas con ATCA y un fallecimiento secundario a lesión traqueal tras electrofulguración.

Discusión. Los resultados obtenidos son comparables con los comunicados en la literatura y respaldan el tratamiento endoscópico como una alternativa válida para la FTEr y adquirida.

Conclusión. El tratamiento endoscópico es una estrategia eficaz para el manejo de la FTEr adquirida y evita la cirugía en aproximadamente dos tercios de los pacientes. La experiencia acumulada consolidó la quimiocauterización con ATCA como la técnica de elección en nuestro centro. Su aplicación requiere experiencia y vigilancia por el riesgo de complicaciones mayores.

PL23) GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS PEDIÁTRICAS: RESULTADOS DE 10 AÑOS DE PROCEDIMIENTOS EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Colinas Grilli, M.(1); Veas Díaz, M.(1); Hohf Nova, M.(1); González Jeria, P.(1); Figueroa Ramirez, O.(1);
(1): Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica segura y eficaz para proporcionar acceso enteral prolongado en pacientes pediátricos, aunque no está exenta de complicaciones. En Chile existe escasa evidencia publicada sobre sus resultados debido al reducido número de centros con experiencia en endoscopia pediátrica. El objetivo fue describir las características demográficas, clínicas y las complicaciones asociadas a la GEP en pacientes pediátricos del Hospital Guillermo Grant Benavente entre 2016 y 2025.

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó pacientes de 0 a 18 años sometidos a GEP tipo PULL entre 2016 y 2025 en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción.

Resultados:Se realizaron 123 GEP, correspondientes al 12,2% de las 1007 endoscopias digestivas altas efectuadas durante el período. La mayoría de los pacientes fueron hombres (59,3%), menores de un año (41,5%) y hospitalizados (86,2%). La principal indicación fue trastorno de deglución asociado a daño neurológico (75,6%), seguido de desnutrición (17,9%). El tiempo operatorio promedio fue de 20,8 minutos y seis procedimientos fueron videoasistidos. Las complicaciones tempranas ocurrieron en 14 pacientes (11,38%), predominando granuloma, filtración y celulitis periestomal. A largo plazo, el granuloma fue la complicación más frecuente (16 casos), seguido de buried bumper (7),infección periestomal (3), estenosis que requirió dilatación (2), filtración (1), gastritis (1), hemorragia digestiva alta (1) y fístula ileocólica (1).

Discusión:Nuestro centro presentó una baja frecuencia de complicaciones tempranas y una tasa de complicaciones tardías comparable con la literatura internacional. El granuloma periestomal fue la complicación más frecuente y solo el 4.87% (6) de los procedimientos requirió asistencia laparoscópica por imposibilidad de una adecuada transiluminación.

Conclusión:La GEP es una técnica segura y eficaz para el acceso enteral prolongado en pacientes pediátricos. La mayoría de las complicaciones fueron menores y estos resultados aportan evidencia nacional en un área con limitada información publicada.

CP-D2.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D2.1

O036) IMPLEMENTACIÓN DE FLUJO DE TRABAJO DIGITAL MEDIANTE MÁSCARAS COMPRESIVAS 3D EN LA REHABILITACIÓN KINÉSICA DE CICATRICES E INJERTOS FACIALES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS

Campaña Herrera, S.(1); Covarrubias, M.(1); Correa, C.(1); Bautista, E.(1); Paulos, M.(1); Gaete, G.(1); Lagos, C.(1); Brussain, V.(1); Muñoz, M.(1);
(1): Hospital Roberto del rio, santiago, chile

Introducción El manejo de cicatrices hipertróficas faciales pediátricas es un desafío. La presoterapia rígida convencional con yeso/ acrilico es invasiva, genera ansiedad y en ocasiones requiere sedación, mientras las prendas de lycra pierden tensión. Las tecnologías digitales (escaneo 3D, CAD/CAM) surgen como alternativas precisas, no invasivas y humanizadas ante el trauma del moldeado físico.

Material y Métodos Estudio retrospectivo de dos años. La muestra final constó de 12 pacientes (9 de Cirugía Plástica, 3 de Quemados) evaluados clínicamente con la Escala de Vancouver (VSS). Se empleó escaneo 3D con sensores LiDAR, optimizándose la captura simultánea en pabellón (n=2) o en somnolencia fisiológica (n=1) sin sedación. El flujo incluyó modelado CAD e impresión 3D (PLA/PETG).

Resultados El flujo digital redujo 100% el trauma, 97% el tiempo de captura (2 vs 60 minutos) y 86% la entrega, liberando pabellones. Todos los pacientes disminuyeron su VSS global. Dos pacientes quemados con inicio a los 7 días post-injerto mostraron descenso sostenido al año (uno con puntaje 1). Otro paciente controló el eritema a los dos meses. En Cirugía Plástica, un caso con transición desde lycra disminuyó vascularización dentro del mes; dos pacientes con corte temprano (4 y 5 meses a junio 2026) bajaron vascularización, plegabilidad y altura.

Discusión Los hallazgos concuerdan con la literatura sobre la eficacia de máscaras 3D (Wei y cols Burns 2017) . Lo disruptivo es la eficiencia operativa y optimización de recursos públicos, redefiniendo el flujo convencional analógico que es altamente operador-dependiente y requiere pabellón y un equipo multidisciplinario si el paciente pediátrico no colabora en el procedimiento.

Conclusión Las máscaras 3D son una alternativa eficaz y humanizada que disminuye la sintomatología cicatrizal. El flujo erradica la sedación y optimiza pabellones, consolidando un modelo costo-efectivo que democratiza el acceso de alta complejidad mediante telerrehabilitación.

O037) COLGAJO DE MUSTARDÉ COMO ESTRATEGIA RECONSTRUCTIVA EN SECUELA FIBROADIPOSA FACIAL DE UN HEMANGIOMA DE LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Petit-breuilh, V.(1); Contreras, P.(1); Ferrán, A.(1);
(1): Hospital Félix Bulnes, SANTIAGO, Chile

INTRODUCCION:Los hemangiomas de la infancia constituyen el tumor vascular más frecuente en pediatría. Durante su involución pueden dejar secuelas fibroadiposas cuya resección representa un desafío reconstructivo. La planificación reconstructiva debe preservar las subunidades estéticas faciales para optimizar el resultado final. El objetivo es describir una estrategia reconstructiva mediante colgajo de Mustardé con diseño de incisiones basado en las subunidades estéticas faciales para el tratamiento de una secuela fibroadiposa secundaria a un hemangioma de la infancia.

METODO:Estudio retrospectivo de un caso clínico.

RESULTADOS:Paciente con antecedente de prematuridad extrema que desarrolló un hemangioma de la infancia de rápido crecimiento en la mejilla izquierda. Tras su involución persistió una extensa secuela fibroadiposa. A los 5 años fue evaluado por cirugía plástica, evidenciándose compromiso de dos tercios de la porción anterolateral de la mejilla. La ecografía evidenció una secuela fibroadiposa de 25 mm de espesor y baja densidad vascular. Se realizó resección completa en un solo acto quirúrgico y reconstrucción inmediata mediante colgajo de Mustardé, con incisiones diseñadas según las subunidades estéticas faciales. La evolución fue favorable, con adecuada vitalidad del colgajo. Posteriormente fue derivado a COANIQUEM para terapia compresiva. A largo plazo presentó excelente simetría facial, conservación de la gestualidad e integración de las cicatrices al surco nasogeniano y a los límites de las subunidades estéticas de la mejilla y el mentón.

DISCUSION:Las secuelas fibroadiposas de los hemangiomas de la infancia constituyen una indicación de tratamiento quirúrgico tras la involución, especialmente en la cara por su impacto estético y psicosocial. La planificación reconstructiva basada en las subunidades estéticas faciales favorece el camuflaje cicatricial y la armonía facial. En este caso, el colgajo de Mustardé permitió la resección completa de la lesión en un solo acto quirúrgico, preservando la función e integrando las cicatrices a las subunidades estéticas faciales, con excelente resultado estético.

O038) MALFORMACIÓN LINFÁTICA CERVICOFACIAL GIGANTE DE CRECIMIENTO ACELERADO: CUÁNDO ABANDONAR LA ESCLEROTERAPIA Y OPTAR POR CIRUGÍA RADICAL CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA.

Petit-breuilh, V.(1); Ferran, A.(1); Contreras, P.(1);
(1): Hospital Félix Bulnes, SANTIAGO, Chile

INTRODUCCION:

Las malformaciones linfáticas cervicofefaciales constituyen lesiones congénitas poco frecuentes cuyo manejo depende de la localización, extensión, compromiso anatómico y

comportamiento clínico. Si bien la escleroterapia representa el tratamiento de primera línea para muchas lesiones macroquísticas, algunos casos presentan crecimiento acelerado o compromiso funcional que obliga a un tratamiento quirúrgico precoz.

METODO Y MATERIALES:

Estudio retrospectivo de caso clínico.

RESULTADOS:

Paciente masculino de 6 años con antecedente de resección parcial de malformación linfática temporal izquierda, confirmada histológicamente. Durante el seguimiento presentó recidiva con crecimiento progresivo de una lesión retroauricular, temporal y occipital izquierda. La resonancia magnética evidenció una malformación linfática con componente macroquístico predominante asociado a múltiples microquistes adheridos a la galea. Se planificó escleroterapia; sin embargo, la lesión experimentó un crecimiento exponencial en pocas semanas, alcanzando aproximadamente 25 × 20 cm, con expansión del cuero cabelludo, deformidad del pabellón auricular y dolor, requiriendo hospitalización e intervención quirúrgica urgente. Se realizó resección completa de la lesión mediante abordaje retroauricular, temporal y occipital. La reconstrucción se efectuó mediante colgajos de avance asociados a doble plastia en V-Y, con drenaje aspirativo. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones locales, lográndose adecuado cierre y viabilidad de los colgajos. El estudio anatomopatológico confirmó malformación linfática mixta macroquística y microquística, con márgenes quirúrgicos libres y ausencia de malignidad.

DISCUSION:

La escleroterapia constituye el tratamiento de primera línea para las malformaciones linfáticas macroquísticas; sin embargo, las lesiones mixtas o de crecimiento acelerado presentan menor respuesta y con frecuencia requieren manejo quirúrgico o combinado. En nuestro caso, la recidiva, rápida progresión y el compromiso anatómico determinaron un cambio en la estrategia terapéutica, logrando una resección completa con reconstrucción inmediata y evolución favorable. Este caso destaca la importancia de individualizar el tratamiento y considerar la cirugía como una alternativa resolutiva en pacientes seleccionados.

*Se cuenta con fotografias/videos

O039) ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN UNA PRESENTACIÓN FULMINANTE

Henríquez, F.(1); Montero, I.(1); Sáez, J.(1); Vuletin, F.(1); Pattillo, J.(1); Fuentes, T.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

La fascitis necrotizante (FN) es una infección necrosante rápidamente progresiva e infrecuente en pediatría. La varicela constituye el principal factor predisponente para enfermedad invasiva por Streptococcus pyogenes en niños previamente sanos. La mortalidad de la FN pediátrica se estima entre 5 y 14%, aumentando hasta 80% con síndrome de shock tóxico estreptocócico. La presentación multifocal es excepcional y representa una de las formas más graves. El objetivo es describir el manejo y la evolución de una paciente con FN multifocal fulminante asociada a shock tóxico estreptocócico y falla orgánica múltiple posterior a varicela.

Análisis retrospectivo de caso clínico. Se registró la evolución clínica, el soporte intensivo, el tratamiento quirúrgico y reconstructivo, y los resultados funcionales.

Paciente de 7 años, previamente sana, que al sexto día de varicela desarrolló síndrome de shock tóxico estreptocócico con falla orgánica múltiple, requiriendo traslado mediante unidad ECMO móvil. Al ingreso presentó FN multifocal de ambas extremidades superiores, inferiores y región dorsal. El manejo incluyó soporte intensivo, antibioterapia, desbridamientos seriados, fasciotomías, escarotomías y terapia de presión negativa. La extensa necrosis muscular bilateral motivó la evaluación de amputación mayor; sin embargo, las reexploraciones quirúrgicas permitieron delimitar tejido viable y controlar la infección. Tras la estabilización se realizó reconstrucción escalonada mediante colgajos de avance, matrices dérmicas e injertos cutáneos autólogos, obteniéndose cobertura estable, preservación funcional de las extremidades y evolución favorable.

La FN multifocal pediátrica es una entidad excepcional, limitada a reportes aislados. Su asociación con shock tóxico estreptocócico y falla orgánica múltiple confiere elevada mortalidad. El diagnóstico precoz, el soporte intensivo especializado, el control quirúrgico secuencial y la reconstrucción diferida pueden modificar el pronóstico incluso en presentaciones fulminantes.

Aun con compromiso multifocal extenso y riesgo de amputación, un abordaje multidisciplinario agresivo y escalonado puede lograr salvataje de extremidades, preservación funcional y supervivencia en la FN pediátrica fulminante.

O040) EFICACIA DE LA ANESTÉSIA TÓPICA (GEL LAT) EN LA SUTURA DE HERIDAS FACIALES PEDIÁTRICAS: ADIÓS A LA AGUJA.

Claure, P.(1); Gallardo, S.(1); Espinosa, M.(1); Covarrubias, M.(1); Paulos, A.(1);
(1): CLÍNICA ALEMANA, SANTIAGO, Chile

Introducción: Las heridas faciales constituyen un motivo de consulta frecuente en la urgencia pediátrica. El método estándar de anestesia es la infiltración local de lidocaína, procedimiento doloroso que genera ansiedad, miedo y resistencia en los niños. El Gel LAT

(receta magistral: lidocaína, adrenalina y tetracaína) surge como una alternativa tópica indolora que permite la sutura de heridas sin necesidad de inyecciones de anestésicos locales.

Objetivo: Evaluar la eficacia del Gel LAT en la sutura de heridas faciales en pacientes pediátricos atendidos en el Servicio de Urgencia de Clínica Alemana entre abril y mayo de 2026, con el fin de evitar el uso de anestesia local infiltrativa.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de una muestra de 126 pacientes con heridas faciales suturadas en la urgencia pediátrica. El Gel LAT se aplicó siguiendo un protocolo de exposición mínima de 40 minutos bajo un apósito oclusivo. La eficacia del gel se definió como la posibilidad de realizar la sutura sin requerir infiltración adicional de lidocaína tras comprobar la sensibilidad en la con una aguja.

Criterio de exclusión: pacientes suturados solo con anestesia local infiltrativa (heridas en mucosas y colgajos desvitalizados).

Resultados: Se analizaron 118 pacientes con heridas faciales suturadas utilizando Gel LAT: 69,5% niños y 30,5% niñas. El tiempo promedio de exposición fue de 51,7 minutos. Las zonas faciales más frecuentemente comprometidas fueron la frente (24,6%), el mentón (21,2%) y la ceja (20,3%). Solo el 10,3% de los pacientes presentó dolor durante el procedimiento y requirió anestesia local infiltrativa complementaria.

Conclusión: El Gel LAT representa una alternativa eficiente, segura y reproducible. Su uso sistemático en la urgencia para heridas faciales es de gran impacto, permite fundamentalmente evitar el trauma y el estrés asociados a la anestesia local infiltrativa en el paciente pediátrico.

O041) EXPERIENCIA INICIAL CON DISPOSITIVO DE MANEJO FECAL EN GRANDES QUEMADOS PEDIÁTRICOS

Olivos, M.(1); San Martín, C.(1); Covarrubias, P.(1); Feuerhake, S.(1);
(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción
Los dispositivos de manejo fecal (DMF) son una alternativa para el manejo de las deposiciones líquidas en pacientes críticos, como grandes quemados, donde el contacto prolongado de las heces con piel no indemne, aumenta el riesgo de contaminación e infección.

Objetivo
Describir la experiencia inicial con el uso del DMF en pacientes pediátricos.

Método
Reporte de casos que incluye los pacientes en quienes se instaló un DMF posterior a la implementación de un protocolo institucional.

Resultados
Se identificaron 2 pacientes. Paciente 1, de 14 años (70 kg), con quemadura del 70% de superficie corporal, incluyendo glúteos y extremidades inferiores (EEII), utilizó el dispositivo 33 días sin fuga perianal ni complicaciones, retirándose por fallecimiento por complicaciones no atribuibles al uso del DMF. Paciente 2, de 5 años (27 kg), con quemadura del 35% incluyendo genitales, glúteos y EEII, se retiró a las 36 hrs por expulsión frecuente del DMF, sin complicaciones asociadas al uso del DMF. La instalación inicial se realizó en pabellón sin incidentes.

Discusión
El DMF se utiliza en adultos como alternativa no quirúrgica eficaz para prevenir la contaminación fecal de heridas perineales y glúteas, evitando en casos seleccionados la necesidad de ostomías derivativas; sin embargo, su uso en pediatría carece de evidencia.

Pese a la limitación de un n bajo, en nuestra serie el DMF fue eficaz en ambos pacientes, sin fuga perianal ni complicaciones. La paciente 1 completó 33 días de uso bajo sedoanalgesia continua sin incidentes, mientras que el paciente 2 requirió retiro precoz por mala tolerancia en ausencia de sedación. Esto sugiere que en el paciente pediátrico se debería utilizar sedoanalgesia para aumentar la tolerancia al dispositivo.

Esta experiencia inicial, demuestra la necesidad de estudios prospectivos del uso de DMF en pacientes pediátricos.

O042) TRAUMA DEL PABELLÓN AURICULAR EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA CLÍNICA Y ALGORITMO DE TRATAMIENTO.

Florin, C.(1); Fuentes, T.(1); Maturana, F.(2);
(1): Hospital Dr. Sotero del Rio, Santiago, Chile (2): Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El pabellón auricular es vulnerable a traumatismos durante la infancia y adolescencia. Un manejo oportuno y acorde a la lesión puede asegurar un resultado estético adecuado para el desarrollo físico y psicológico del niño.

Nuestro objetivo principal es caracterizar nuestra experiencia clínica en el manejo de pacientes pediátricos con trauma auricular, evaluando la eficacia de los tratamientos empleados según las características de la lesión. Asimismo, sistematizar la toma de

decisiones mediante un algoritmo terapéutico que estandarice el tratamiento de acuerdo a la gravedad de la lesión.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante el análisis de registros de pacientes con diagnóstico de trauma de pabellón auricular, atendidos en el Servicio de Urgencia Pediátrica y en la Unidad de Cirugía Plástica Pediátrica del Hospital Dr. Sotero del Río, entre 2015 y 2025.

Se analizó datos demográficos, mecanismos y características de la lesión. Para correlacionarlo con la decisión terapéutica, se propuso un índice de gravedad basado en: compromiso anatómico, pérdida tisular y viabilidad del cartílago residual. Se estudió el tipo de tratamiento y técnica quirúrgicas empleadas, complicaciones y resultado estético.

RESULTADOS

464 pacientes se incluyeron en el estudio. La causa más frecuente fue Golpe con objeto contundente. Mordedura de perro se presentó en 8%. En cuanto a la gravedad de la lesión, 78% tuvo índice bajo, correlacionándose con manejo Conservador. 22% restante tuvo índice medio–alto, requiriendo Manejo Quirúrgico y 9,1% necesitó pabellón. De los pacientes derivados a cirugía plástica, 7 se resolvieron con Reparación con colgajos y 5 requirieron Reconstrucción auricular.

DISCUSIÓN

El trauma del pabellón auricular puede dejar secuelas estéticas que comprometan el desarrollo psicológico del niño. Por esto, es necesario un tratamiento adecuado a la gravedad de la lesión. Se propone un Algoritmo de tratamiento basado en nuestra experiencia, que sirva de guía para el cirujano pediátrico.

PF-D2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES - PÓSTER D2 (AM) (PANTALLAS 1 Y 2: C. GENERAL Y ESPECIALIDADES; PANTALLA 3: C. NEONATAL; PANTALLA 4: C. PLÁSTICA Y QUEMADOS)

P084) TUMOR DESMOIDE FACIAL PEDIÁTRICO EN REGIÓN CIGOMÁTICA: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL

Pardo, I.(1); Arredondo, C.(2); Espinoza, B.(2); Mcnab, M.(2); Zamorano, D.(2); Valdivieso, J.(2); Vargas, J.(2); Coutinho, F.(2);
(1): Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile (2): Hospital Base San José Osorno, Osorno, Chile

Introducción

El tumor desmoide es una fibromatosis profunda, benigna pero localmente agresiva, que representa menos del 3% de los tumores de partes blandas. Su localización facial en la edad pediátrica es excepcional y, en región cigomática, puede simular lesiones quísticas comunes, retrasando el diagnóstico definitivo. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de tumor desmoide facial pediátrico con evolución tórpida y cambio de estrategia terapéutica basado en reevaluación histopatológica y revisión de la literatura.

Caso clínico

Paciente masculino de 3 años derivado por aumento de volumen facial de larga data, en región cigomática derecha y mejilla izquierda, compatible clínica e imagenologicamente con quistes sebáceos. En el intraoperatorio, el aspecto macroscópico resultó no concordante con la sospecha diagnóstica inicial, y la biopsia resultó no concluyente, describiendo una lesión inflamatoria indiferenciada. El paciente evolucionó con recidiva precoz y progresión del compromiso facial, lo que motivó complementar el estudio con un equipo multidisciplinario y nueva evaluación histopatológica con inmunohistoquímica.

La revisión histopatológica confirmó un tumor desmoide extraabdominal, con positividad nuclear de beta-catenina y otros marcadores compatibles. Ante una lesión localmente agresiva pero sin compromiso funcional ni neurológico, y considerando el impacto estético de cirugías extensas, el equipo interdisciplinario optó por conducta de observación activa, con controles clínico-radiológicos seriados y estudio genético orientado a poliposis adenomatosa familiar/síndrome de Gardner.

Discusión

Los tumores desmoides de cabeza y cuello en edad pediátrica son infrecuentes y los casos en región maxilofacial constituyen una mínima proporción de las series publicadas, lo que dificulta la existencia de guías uniformes de manejo. Este caso ilustra cómo una lesión aparentemente banal puede corresponder a una neoplasia rara y desafiante, requiriendo revisión diagnóstica y decisiones terapéuticas que equilibren control tumoral con preservación funcional y resultado estético.

P085) HAMARTOMA HEPÁTICO MESENQUIMAL GIGANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PLANEACIÓN QUIRÚRGICA CON MODELO 3D

Velázquez Vidaurri, A.(1); Arreola Gutiérrez, N.(1); Santana Cardenas, C.(1); Zertuche Coindreau, J.(1); Murillo Zavala, E.(1); Ramírez Rios, V.(1); Muñiz Muro, D.(1); García Benitez, B.(1);
(1): Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente., GUADALAJARA, JALISCO, MEXICO

Introducción:
El hamartoma hepático mesenquimal es un tumor benigno poco frecuente en la población pediátrica. Habitualmente es asintomático o presenta manifestaciones inespecíficas, como distensión abdominal y saciedad temprana. Cuando alcanza grandes dimensiones puede comprometer múltiples segmentos hepáticos y generar efecto de masa sobre estructuras intraabdominales, constituyendo un desafío diagnóstico y quirúrgico.

Objetivo:
Analizar la planificación y ejecución de una resección hepática extendida en un paciente pediátrico con hamartoma hepático mesenquimal gigante, evaluando su seguridad, eficacia y evolución postoperatoria temprana.

Caso clínico:
Paciente masculino de 8 años con antecedente de distensión abdominal desde los 6 meses de edad, sometido previamente a drenaje con esclerosis hepática y posterior drenaje de quiste hepático. Presentó incremento progresivo del perímetro abdominal y saciedad temprana. A la exploración física se identificó una masa fija en hipocondrio derecho de aproximadamente 15 × 15 cm. La tomografía trifásica evidenció una lesión hepática heterogénea de 173 × 155 × 120 mm, con áreas quísticas septadas, calcificaciones y efecto de masa. Como parte de la planificación preoperatoria se utilizó el sistema CELLA®, que permitió generar una reconstrucción anatómica tridimensional personalizada para evaluar la relación del tumor con las estructuras vasculares y el remanente hepático funcional. Con esta información se confirmó la factibilidad de una resección segura. Se realizó hepatectomía izquierda extendida asociada a colecistectomía y apendicectomía. El paciente evolucionó favorablemente, toleró la vía enteral, no presentó complicaciones infecciosas y fue egresado al quinto día postoperatorio.

Conclusiones:
El hamartoma hepático mesenquimal gigante puede producir compresión significativa y representar un reto quirúrgico. La resección hepática planificada constituye una estrategia segura y eficaz. La reconstrucción anatómica tridimensional mediante CELLA® facilitó la toma de decisiones quirúrgicas y la realización de una resección compleja con evolución favorable.

P086) INHIBICIÓN TEMPRANA DE LA VÍA MTOR CON SIROLIMUS: CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER COMPLICADO.

Garcia Villegas, R.(1); Cabrera Tovar, M.(1); Padilla Peñaloza, M.(1);
(1): Hospital Infantil de Morelia "Eva Samano de López Mateos", Morelia, México

Introducción El síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber (SKTW) grave genera hemorragia crónica, anemia refractaria y sepsis recurrente, haciendo de la resección quirúrgica un procedimiento de alto riesgo y morbilidad en lactantes. El objetivo de este trabajo es reportar cómo la terapia dirigida con sirolimus puede modificar el algoritmo quirúrgico tradicional al evitar cirugía mayor.

Material y método Lactante masculino con SKTW extenso (tronco, glúteo y extremidad inferior izquierda) que ingresó en choque séptico con anemia grave (Hb 7 g/dL). Tras estabilización inicial, se inició sirolimus (8 mg/m²/día ajustado a niveles 10-11 ng/mL) combinado con ácido acetilsalicílico dentro de un enfoque multidisciplinario.

Resultados Se obtuvo reducción del 70% del volumen lesional, control total del sangrado, resolución de la anemia (Hb 12 g/dL estable) y suspensión de transfusiones. A tres años de seguimiento, el paciente se mantiene libre de complicaciones hemorrágicas, infecciosas o tromboembólicas sin haber requerido ningún procedimiento quirúrgico mayor.

Discusión Tradicionalmente, el cirujano pediatra enfrenta un dilema de alto riesgo en malformaciones vasculares extensas. Este caso demuestra que la inhibición temprana de mTOR permite una estabilización efectiva, reduce drásticamente el volumen lesional y evita intervenciones agresivas, favoreciendo un manejo conservador seguro y escalonado.

Conclusión La terapia con sirolimus resultó altamente eficaz para controlar un SKTW grave en lactante, evitando cirugía mayor y sus complicaciones. Este reporte apoya el uso temprano de inhibidores de mTOR como estrategia que redefine el momento y la indicación quirúrgica en malformaciones vasculares complejas, con alto impacto en la práctica de la cirugía pediátrica.

P087) TUMORES MALIGNOS DE MAMA EN PACIENTES INFANTOJUVENILES

Cotignola, L.(1); Perez Espinosa, C.(1); Alvarez, L.(1);
(1): Hospital Garrahan, caba, argentina

Introducción:
Las masas mamarias malignas en pacientes infanto juveniles son excepcionales, representan menos del 0,1 - 1% de todos los casos de cáncer de mama. Pueden ser primarias, reportadas en
algunas series como las más frecuentes, o metastásicas. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los tumores malignos de mama tratados en nuestro hospital.
Material y métodos:
Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes operadas con diagnóstico histológico de tumor
maligno mamario desde Agosto 2008 hasta Agosto 2025.
Resultados:
En el período estudiado se operaron en nuestra institución 80 pacientes con tumores mamarios.
Se identificaron 4 casos de tumores malignos (incidencia 5%). La edad promedio de las pacientes con tumores malignos fue 13,5 (12 - 16) años. Las etiologías fueron: Linfoma de Burkitt primario, recaída en mama bilateral de Leucemia linfoide aguda tipo B, recaída metastásica de rabdomiosarcoma y rabdomiosarcoma primario.
Conclusión:
La afectación mamaria por tumores en la edad infantojuvenil es infrecuente, siendo los tumores
benignos los más habituales. En nuestra serie, la incidencia de tumores malignos mamarios fue
superior a la reportada en la bibliografía. A diferencia de la población adulta, los subtipos histológicos en niños y adolescentes son más variados. Las etiologías identificadas fueron rabdomiosarcoma y enfermedades oncohematológicas, diagnósticos que deben considerarse en el
contexto de un hospital de referencia en oncología pediátrica. El diagnóstico diferencial con lesiones benignas es difícil, por eso, los antecedentes y las características por imágenes son importantes. Los estudios de imagen incluyen ecografía y resonancia magnética. La cirugía se
adecua al tipo de tumor. En algunos casos la cirugía tiene solamente un rol diagnóstico y en otros
casos el objetivo de la cirugía es resecar el tumor con márgenes limpios, preservando la mayor
cantidad posible de tejido mamario sano.

P088) ABORDAJE ROBÓTICA DE PARAGANGLIOMA EN ÓRGANO DE ZUCKERKANDL TRAS ADRENALECTOMÍA BILATERAL POR FEOCROMOCITOMA EN LA INFANCIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Coelho Kremer, H.(1); Moustafa Bezerra Ghanem, P.(2); Stremel Andrade, M.(2); De Castro Coelho, R.(2); Kremer, V.(2);
(1): PUCPR, Curitiba, Brasil (2): Hospital Oncopediátrico Erastinho, Curitiba, Brasil

El feocromocitoma y el paraganglioma pediátricos son tumores neuroendocrinos raros con alta tasa de mutaciones germinales. Series retrospectivas y revisiones sistemáticas internacionales en oncología pediátrica confirman que el abordaje robótico en tumores complejos (como neuroblastomas y lesiones retroperitoneales) es una alternativa segura y factible en adolescentes.

Estudio retrospectivo de caso clínico mediante revisión de registros médicos y pruebas complementarias de seguimiento.

Paciente del sexo masculino de 11 años de edad presentó cuadro de sudoración profusa, pérdida ponderal de catorce quilos e hipertensión arterial asociada a desprendimiento de retina. En tomografía abdominal se evidenció lesión bilateral en adrenales sugiriendo feocromocitoma bilateral. El historial familiar evidenció un patrón autosómico dominante expresivo: padre con antecedente de feocromocitoma en la infancia, dos tías paternas operadas por el mismo diagnóstico y abuela paterna con carcinoma renal. Fue sometido a adrenalectomía bilateral videolaparoscópica con necesidad de conversión a técnica abierta debido a sangrado. El resultado anatomopatológico confirmó la sospecha inicial. Tras quince días recibió el alta hospitalaria con mejoría completa de la clínica y buen estado general. Durante el seguimiento oncológico, cuatro años después, los exámenes de control evidenciaron una lesión retroperitoneal en mesogastrio, compatible con paraganglioma en órgano de Zuckerkandl. Frente al hallazgo, se optó por un abordaje quirúrgico vía robótica. El procedimiento se ejecutó sin complicaciones y con una excelente recuperación postoperatoria, recibiendo el alta hospitalaria tras cuatro días de cirugía.

La secuencia de feocromocitoma y paraganglioma con antecedentes familiares refuerza la necesidad de cribado genético. La reintervención robótica en este caso demostró ser exitosa, superando de manera segura las adherencias previas y la anatomía distorsionada sin requerir conversión.

La plataforma robótica consolida su rol en la oncología quirúrgica de adolescentes, disminuyendo la morbilidad perioperatoria en escenarios retroperitoneales de difícil acceso.

P089) LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: UNA TRAMPA DIAGNÓSTICA POTENCIALMENTE LETAL

Pérez Fernández, P.(1); Contreras Tapia, V.(2); Garrido Flores, M.(3);
(1): Universidad de Valparaíso.- Hospital Carlos Van Buren, Servicio de Cirugía Pediátrica., Valparaíso, Chile (2): Hospital Carlos Van Buren, Servicio de Hematología, Valparaíso, Chile (3): Hospital Carlos Van Buren, Servicio de Cirugía Pediátrica.- Centro Interdisciplinario de Investigación Biomédica e Ingeniería para la Salud – MEDING. Universidad de Valparaíso., Valparaíso, Chile

Introducción

La linfohistiocitosis hemofagocítica secundaria (sHLH) es un estado hiperinflamatorio potencialmente letal debido a una respuesta inmune desregulada ante gatillantes infecciosos, neoplásicos o autoinmunes. Pese a criterios diagnósticos (HLH-2024), suele subdiagnosticarse por superposición clínica con sepsis severa. Presentamos el caso de una escolar con peritonitis apendicular y shock séptico refractario, cuyas múltiples reintervenciones evidenciaron disociación clínico-quirúrgica que condujo al diagnóstico de sHLH.

Caso clínico

Paciente femenina de 10 años con antecedente de obesidad; ingresa por peritonitis apendicular en contexto de 7 días de clínica abdominal. Se realiza apendicectomía y aseo peritoneal vía laparotomía (día 0). Evoluciona con shock séptico refractario, persistencia de niveles elevados de proteína C reactiva (PCR), imágenes de colecciones residuales e hipoperfusión intestinal, por lo que requiere múltiples laparotomías (días 3; 5; 8; 11) que descartan colecciones e isquemia. Dado disociación clínico-quirúrgica, con niveles de PCR >500 mg/L y procalcitonina bajos, se sospecha sHLH. Por imagen de colección retrogástrica se vuelve a intervenir (día 17), objetivando "abdomen congelado" y sangrado difuso en napa; efectuándose hemostasia y laparostomía contenida. Mediante mielograma se confirma sHLH, con reactivación de virus Epstein-Barr (día 18). Se reinterviene para cierre (día 19), encontrándose hematoma intraabdominal masivo que se logra controlar. Tras el cierre definitivo de pared e inicio de inmunoterapia endovenosa (Dexametasona, Inmunoglobina y Rituximab) la paciente presenta franca mejoría, trasladándose a su hospital de origen para continuar tratamiento y rehabilitación

Discusión

La sHLH es una entidad infrecuente, con escasos reportes en pacientes pediátricos quirúrgicos. El caso más similar fue diagnosticado post mortem (2014), reflejando la severidad y dificultad del diagnóstico precoz por superposición de sintomatología. Este caso subraya el papel del cirujano en identificar los límites del accionar quirúrgico en cuadros donde la inflamación sistémica supera la infección local, y advertir una disociación clínico-quirúrgica, clave para el diagnóstico y tratamiento correcto.

P090) SARCOMA SINOVIAL PULMONAR: NO TODO NÓDULO ES BENIGNO

Maturana, F.(1); Muñoz, C.(1); Sáez, J.(1); Pattillo, J.(1); Vuletin, F.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El sarcoma sinovial de pulmón (SSP) es un sarcoma primario extremadamente raro, que representa entre 0,1 y 0,5% de las neoplasias pulmonares. Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Su tratamiento se basa en la resección quirúrgica completa

con márgenes negativos, principal factor pronóstico. El objetivo es presentar el caso de un paciente pediátrico con este diagnóstico.

Material y método: Estudio retrospectivo de caso clínico.

Resultados: Paciente masculino de 13 años, con antecedente de asma. En marzo de 2025, durante el estudio por neumonía, la radiografía de tórax mostró una imagen pseudonodular persistente tras el tratamiento antibiótico. La tomografía computarizada evidenció una lesión subpleural sólida de 36 × 32 mm en el lóbulo superior derecho, de características indeterminadas, sin compromiso pleural ni óseo. Se decidió resección segmentaria no anatómica por vía toracoscópica. La biopsia intraoperatoria informó neoplasia fusocelular a 0,4 cm del margen, por lo que se amplió la resección en el mismo tiempo quirúrgico. El paciente evolucionó favorablemente, con retiro de pleurostomía y alta a las 48 horas. La biopsia definitiva confirmó un sarcoma sinovial bifásico de 3,5 cm con márgenes negativos. El PET-CT no evidenció metástasis. El caso fue discutido en comité oncológico, decidiéndose seguimiento clínico e imagenológico, sin recidiva hasta la fecha.

Discusión: Los hallazgos imagenológicos del SSP son inespecíficos, lo que dificulta su diagnóstico. La confirmación requiere estudio histológico y molecular. La resección completa con márgenes negativos constituye el principal factor pronóstico. Este caso destaca la utilidad del abordaje toracoscópico mínimamente invasivo y la importancia de considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de lesiones pulmonares persistentes en pacientes pediátricos.

P091) QUISTES DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS

Herrera, A.(1); Espinoza, M.(1); Rojas, F.(1); Catán, C.(1); Morales, K.(1); Bag, M.(1); Romero, D.(1);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

Menos del 8% de las anomalías branquiales son del primer arco, con una incidencia aproximada de 1 en 1.000.000. Su íntima relación embriológica con el nervio facial y la parótida las convierte en un desafío diagnóstico y quirúrgico. Presentamos dos casos manejados en nuestro centro.

Estudio retrospectivo descriptivo de casos, en un hospital general.

Caso 1: Femenina de 7 años, con aumento de volumen infraauricular derecho recurrente y secreción por un orificio en el conducto auditivo externo, manejado como absceso. La tomografía computada (TC) evidencia una lesión quística superficial a la parótida. Ante sospecha de quiste de primer arco branquial, se decide resolución quirúrgica con monitorización del nervio facial, hallándose una fístula tipo II de Work con componente cartilaginoso tragal y extensión quística al lóbulo superficial de la parótida. Se reseca el lóbulo

suprafacial parotídeo en block con fistulectomía tragal. Evolucionó con una fístula salival de cierre espontáneo a los 2 meses, sin recidivas.

Caso 2: Masculino de 12 años, con parotiditis izquierda abscedada recurrente, con TC que informa parotiditis complicada con abscedación. Manejada con drenaje y antibioterapia con respuesta parcial. Ante refractariedad se complementa estudio con ecografía sugerente de quiste de primer arco branquial izquierdo complicado. Ingresa a resolución quirúrgica electiva, con hallazgos y manejo similares al caso anterior. Evolucionó con paresia facial leve, con respuesta favorable a rehabilitación motora.

Es importante mantener una alta sospecha diagnóstica ante cuadros inflamatorios recurrentes de la región preauricular y cervical alta, para evitar el retraso diagnóstico descrito entre 3,5 y 4 años. Se recomienda completar el estudio imagenológico para definir el trayecto y sus relaciones anatómicas, permitiendo la planificación quirúrgica y posterior resolución individualizada e interdisciplinaria. La resección completa del trayecto en fase no inflamatoria y la preservación del nervio facial mediante monitorización neurofisiológica constituyen los pilares del tratamiento seguro y curativo.

P092) LIPOBLASTOMA PERIANAL NEONATAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Catán Valenzuela, C.(1); Espinoza, M.(2); Herrera, A.(2); Hachim, A.(3); Ebensperger, A.(3);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (3): Hospital Sótero del Río - Clínica BUPA, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN: El lipoblastoma es un tumor mesenquimal benigno derivado del tejido adiposo siendo <1% de neoplasias en infancia. Afecta predominantemente a niños menores de tres años. Es caracterizado por su rápido crecimiento, pudiendo presentar síntomas compresivos. Su presentación en la región perianal es extremadamente inusual, sobre todo en la etapa neonatal. Presentamos un caso de recién nacido con lipoblastoma perianal, sin diagnóstico prenatal.

MATERIAL Y MÉTODOS:Estudio retrospectivo descriptivo de caso clínico, con revisión de literatura.

RESULTADOS:Recién nacido de término, con embarazo controlado, sin alteraciones en ecografías prenatales. Al nacimiento se pesquisa masa perianal izquierda, blanda de 2x1.5x2 cm, con aparente compromiso de esfinter anal. Estudio con marcadores tumorales, destacando alfa fetoproteína de 59962 UI/ml, con descenso espontáneo. Se complementa estudio con ecografía lumbosacra, abdominal y de pelvis, descartando teratoma sacrococcigeo. Ecografía de partes blandas con masa pediculada compuesta por tejido adiposo, bordes bien definidos, de 24x15x29mm, escasa vascularización, sin calcificaciones. Evoluciona con crecimiento de masa, sin complicaciones asociadas. Se realiza cirugía con resección completa de lesión al mes de vida, con electroestimulación para preservación de

esfinter anal. Biopsia informada como lipoblastoma. Evoluciona de favorablemente, asintomático, sin recurrencia, con esfínter de buen tono y contracción, deposiciones normales (aún sin continencia), con seguimiento de 1.5 años.

DISCUSIÓN:El lipoblastoma perianal es una entidad extremadamente inusual, sin reportes encontrados en la literatura, que obliga a descartar tumores germinales y malformaciones de línea media. Presentamos un caso sin diagnóstico prenatal, lo que podría explicarse por el rápido crecimiento de estos tumores. La resección completa del tumor es importante para evitar la recidiva local (de 8-25%), lo que hace relevante el uso de electroestimulación en este paciente, para evitar el daño del esfinter anal. La relevancia de este caso radica en su rareza y la importancia de su diagnóstico diferencial y manejo adecuado para su resolución.

P093) ADENOCARCINOMA DE COLON EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: REPORTE DE TRES CASOS CLÍNICOS

Prieto, L.(1); Barrera Castillo, C.(1); Sotomayor, L.(1); Medina, J.(1);
(1): Universidad FUCS, Bogotá, Colombia

El adenocarcinoma de colon es una neoplasia extremadamente rara e infrecuente en la edad pediátrica, al presentar síntomas inespecíficos, el diagnóstico suele ser tardío y en estadios avanzados, limitando las opciones terapéuticas. Este reporte de casos busca visibilizar esta entidad, fomentar un alto índice de sospecha ante síntomas gastrointestinales persistentes y subrayando la necesidad del abordaje multidisciplinario.

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de tres casos clínicos de pacientes adolescentes con confirmación histopatológica de adenocarcinoma de colon atendidos en un centro de alta complejidad. Se analizaron variables clínicas, estudios genéticos, estrategias quirúrgicas y evolución clínica.

Primer caso: Paciente femenina de 16 años con obstrucción en colon descendente, tratada con hemicolectomía izquierda; la patología confirmó un adenocarcinoma moderadamente diferenciado estadio II, recibiendo quimioterapia adyuvante con evolución favorable. El segundo caso, masculino de 13 años con sangrado rectal crónico. La biopsia confirmó adenocarcinoma rectosigmoideo pobremente diferenciado, y el estudio genético ratificó Síndrome de Lynch; se manejó con proctocolectomía total y esquema FOLFOX. A los 5 años permanece libre de enfermedad. Tercer caso, femenina de 15 años con dolor abdominal crónico y pérdida importante de peso. La laparoscopia inicial evidenció una masa infiltrante irresecable en colon descendente con siembras peritoneales y ascitis. La biopsia reportó adenocarcinoma de células en anillo de sello, recibiendo quimioterapia paliativa con pobre respuesta.

En concordancia con la literatura, nuestra experiencia evidencia la agresividad y el reto diagnóstico de esta patología en adolescentes, donde los factores heredofamiliares y los subtipos histológicos como las células en anillo de sello cumplen un rol determinante,

asociándose a una rápida progresión y quimiorresistencia. Por el contrario, en estados localizados la intervención quirúrgica temprana ofrece un control efectivo de la enfermedad. Concluimos que tener alto índice de sospecha clínica en este grupo etario y realizar abordaje multidisciplinario son indispensables para optimizar la supervivencia.

P094) TUMOR DESMOIDE GIGANTE ROTO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL CERRADO, REPORTE DE UN CASO.

Prieto, L.(1); Barrera, C.(1); Tinoco, J.(1); Mendoza, D.(1);
(1): Universidad FUCS, Bogotá, Colombia

Los tumores desmoides intraabdominales tienen una incidencia baja, particularmente en casos esporádicos y sin asociación a síndromes genéticos. Son tumores de tejidos blandos localmente agresivos, con una alta tendencia a recaídas y progresión. La manifestación postraumática es atípica, lo cual dificulta el diagnóstico inicial al simular procesos mecánicos u obstructivos agudos. Este reporte busca visibilizar la importancia de incluir a los tumores desmoide en el diagnóstico diferencial de masas abdominales postraumáticas en pediatría.

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de un caso clínico.

Paciente femenina de 12 años quien posterior a trauma abdominal cerrado por manubrio de bicicleta, ingresó con sospecha imagenológica de hematoma intraabdominal. Ante el deterioro clínico progresivo, exacerbación del dolor y detección de masa palpable, requirió intervención quirúrgica de urgencia. Intraoperatoriamente, se halló una gran masa con sangrado activo, íntimamente adherida a estructuras gastrointestinales. Dada su complejidad y extensión se realizó resección tumoral en bloque, duodenorrafia, anastomosis término-terminal de colon transverso. La histopatología confirmó un tumor desmoide con ruptura capsular. La paciente evolucionó de manera favorable en su periodo posoperatorio, manteniendo un tránsito intestinal adecuado y sin requerimiento de intervenciones médicas adicionales u oncológicas.

El caso presentado destaca las complejidades asociadas al diagnóstico y manejo del tumor desmoide en pacientes pediátricos. A pesar de su baja incidencia, es crucial considerar esta patología en niños con antecedentes de trauma abdominal cerrado que presentan síntomas persistentes o progresivos.
La heterogeneidad clínica y morfológica del tumor puede dificultar su diagnóstico temprano, por lo que es esencial realizar estudios imagenológicos adecuados.
El manejo quirúrgico mediante resección completa es fundamental dado el potencial agresivo y su tendencia a recurrencia. Concluimos que documentar estos hallazgos clínicos atípicos en la literatura enriquece el nivel de sospecha clínica y facilita el manejo quirúrgico oportuno frente a escenarios de presentación similar.

P095) MASA QUÍSTICA MEDIASTINAL PRENATAL: EL RETO DIAGNÓSTICO DE UN QUISTE NEUROENTÉRICO

Gutiérrez Vera, M.(1); Aceves Gutierrez, A.(1); Santana Cárdenas, C.(1);
(1): Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México

Introduccion:

Los quistes neuroentéricos son malformaciones congénitas poco frecuentes derivadas de una alteración embriologica. Habitualmente se localizan en el mediastino posterior. Su presentación clínica es variable, desde hallazgos incidentales hasta síntomas respiratorios o compresivos.
El diagnóstico prenatal representa un desafío ya que pueden simular otras lesiones quísticas mediastinales como los quistes broncogénicos. El diagnóstico definitivo se establece mediante estudio histopatológico.
Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico prenatal de quiste broncogénico, cuyo resultado histopatológico confirmó un quiste neuroentérico.

Material y metodos:

Se presenta el caso clínico de un paciente con diagnóstico prenatal de quiste broncogénico. Se realizó revisión retrospectiva del expediente clínico, estudios de imagen prenatales y posnatales, hallazgos transoperatorios y reporte histopatológico definitivo.
Femenino de 4 meses con diagnóstico prenatal de lesión quística mediastinal sugestiva de quiste broncogénico, identificada por ultrasonido como una imagen anecoica sin vascularidad. Nació a término sin complicaciones perinatales. Posteriormente presentó enfermedad por reflujo gastroesofágico secundaria a compresión mediastinal.La tomografía postnatal mostró una lesión quística en mediastino posterior con desplazamiento y compresión de esófago, tráquea y bronquios principales. El esofagograma evidenció reflujo gastroesofágico y desviación de estructuras mediastínicas. Se realizó resección quirúrgica mediante toracotomía posterolateral derecha, encontrando un quiste bien delimitado adherido a estructuras adyacentes y con contenido seroso. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de quiste entérico mediastinal.

Discusión:

Los quistes neuroentéricos son malformaciones congénitas infrecuentes. El diagnóstico por imagen es inespecífico ya que pueden simular otras lesiones quísticas mediastinales. El ultrasonido prenatal y la resonancia magnética fetal permiten identificarlas y diagnóstico presuntivo inicial cambia tras la resección quirúrgica y estudio histopatológico.

Conclusión:

El diagnostico del quiste neuroentérico continúa siendo un desafío debido a su similitud con otras masas quísticas mediastinales. La resección quirúrgica y el estudio histopatológico son esenciales para establecer el diagnóstico definitivo y prevenir complicaciones asociadas.

P096) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LACTOBEZOAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FIBROSIS QUÍSTICA EN UN LACTANTE MENOR: REPORTE DE CASO.

Saavedra, J.(1); Magaña, M.(1); Heidke, B.(2); Beas, V.(3); Velarde, J.(4); Manríquez, L.(4); (1): Programa de Postgrado en Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso., Viña del Mar, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello, Viña del Mar, Chile (3): Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (4): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: El lactobezoar constituye una causa infrecuente de abdomen agudo en lactantes. La asociación entre lactobezoar y fibrosis quística (FQ) ha sido escasamente descrita en la literatura. Se presenta caso de lactante menor con obstrucción intestinal secundaria a lactobezoar que requirió cirugía y cuyo estudio permitió establecer el diagnóstico de FQ.

Metodología: Caso clínico retrospectivo con revisión bibliográfica

Caso Clínico: Lactante masculino de 6 meses de edad con antecedentes de talla baja y riesgo de desnutrición. Consultó por cuadro de dos días caracterizado por dolor abdominal, vómitos y ausencia de deposiciones. Se realiza radiografía de abdomen y tomografía computada de abdomen y pelvis que mostraron hallazgos compatibles con obstrucción intestinal, sin signos sugerentes de invaginación. Se realizó laparotomía exploradora evidenciando lactobezoar obstructivo a nivel de íleon distal. Se efectuó enterotomía, extracción y cierre.

Dado sospecha de síndrome de malabsorción, se realizó test de sudor con valores de cloro bajo lo normal y estudio de elastasa fecal compatible con insuficiencia pancreática exocrina severa. Estudio genético confirmó el diagnóstico de FQ.

El postoperatorio fue favorable, con recuperación progresiva del tránsito intestinal, realimentación enteral y posterior egreso.

Discusión: La fibrosis quística se presenta habitualmente con manifestaciones respiratorias; sin embargo, la obstrucción intestinal puede constituir su forma de presentación inicial. Aunque el íleo meconial es la manifestación obstructiva clásica neonatal, también se han descrito cuadros obstructivos en lactantes y niños mayores por espesamiento del contenido intestinal. En nuestro caso, la ausencia de antecedentes de alimentación hipercalórica sugiere que las secreciones intestinales viscosas secundarias a fibrosis quística contribuyeron a la formación del lactobezoar. Ante cuadros obstructivos intestinales inusuales asociados a

compromiso nutricional o retraso del crecimiento, debe considerarse el estudio dirigido para fibrosis quística.

P097) CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES DE CORDÓN UMBILICAL Y PLACENTA HUMANO PARA REGENERAR TRAQUEA EN MODELO MURINO

Camacho, J.(1); Loureyro, M.(1); Angelini, G.(1); Bolontrade, M.(1); Calvente, N.(1); Monsalve, L.(1); Urquizo, M.(1); Lobos, P.(1); De Badiola, F.(1);
(1): HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES, CABA, ARGENTINA

Introducción:

La regeneración de tejidos con células madre es un campo en constante desarrollo en medicina regenerativa, con un gran potencial para tratar diversas condiciones médicas. Las Células Madre Mesenquimales del Cordón Umbilical y Placenta (CMMCUP) surgen, en este sentido, como una prometedora y accesible fuente para la regeneración de tejidos. Esto es particularmente alentador en el ámbito de la Cirugía Pediátrica que atiende patologías congénitas y adquiridas pasibles de beneficiarse de las bondades de estas células para la regeneración tisular.

Objetivos:

El objetivo principal de este estudio es investigar la capacidad de las CMMCUP humanas para regenerar tejido traqueal en roedores. Los objetivos específicos son:

1. Evaluar la viabilidad, proliferación y diferenciación de las CMMCUP de ratas in vitro.
2. Evaluar la viabilidad del injerto de CMMCUP en soluciones de continuidad traqueales de forma macroscópica e histológica, además de su inmunogenicidad.

Metodología:

Se obtendrán CMMCUP humanas mediante procedimientos éticos aprobados por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación (CEPI). Estas se expandirán y diferenciarán in vitro. Luego, bajo normas estrictas de bioética aprobadas por el Comité Institucional para el Cuidado y Uso de Animales de Laboratorio (CICUAL), dicho tejido cultivado se sembrará en matriz sintética biocompatible de Policaprolactona (PCL) y se implantará en soluciones de continuidad de tráquea de roedores. Finalmente se estudiará la viabilidad del implante macroscópicamente e histológicamente.

Conclusiones:

El estudio proporcionará información acerca de la utilidad de las CMMCUP humanas en la regeneración de tejido traqueal en roedores. Los resultados podrían ser trasladables al humano para el estudio de regeneración de tejidos aplicable en múltiples patologías congénitas y adquiridas con ausencia completa o parcial de tejidos vitales.

P098) ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA NANEAS EN EL VALLE DEL ACONCAGUA

Santos, M.(1); Herrera, C.(1); Bickell, B.(1); Cherkashin, N.(1); Jammet, I.(1); Jimenez, M.(1); Contreras, F.(1); Campos, M.(1);
(1): Hospital San Camilo. San Felipe, Los Andes, Chile

Introducción
Los niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS) constituyen una población compleja que requiere un abordaje integral y coordinado entre múltiples especialidades. Un porcentaje importante de estos pacientes presenta patologías que demandan evaluación y resolución quirúrgica, por lo que la integración de Cirugía Infantil dentro de los equipos multidisciplinarios resulta fundamental para optimizar su atención.

Objetivo
Describir la importancia del trabajo multidisciplinario en el diagnóstico, abordaje y seguimiento de pacientes NANEAS con requerimientos quirúrgicos atendidos en el Hospital San Camilo.

Métodos
Estudio descriptivo de la experiencia del programa NANEAS del Hospital San Camilo desde su creación en el año 2021 hasta la actualidad. Se analizó el total de pacientes incorporados al programa, identificando aquellos con patologías quirúrgicas o necesidad de procedimientos quirúrgicos durante su evolución. El modelo asistencial incluye atención multidisciplinaria con participación de Pediatría, Fisiatría, Nutrición y Enfermería, incorporándose de forma permanente Cirugía Infantil desde junio de 2024.

Resultados
Desde la creación del programa se han atendido 116 pacientes NANEAS. De ellos, 55 (47,4%) presentan una patología quirúrgica o han requerido, requieren o requerirán algún procedimiento quirúrgico. La incorporación de Cirugía Infantil al equipo multidisciplinario ha permitido optimizar el proceso diagnóstico, coordinar evaluaciones generales y específicas, mejorar la preparación preoperatoria y realizar un seguimiento estrecho de los pacientes. Asimismo, ha favorecido una resolución más oportuna de las complicaciones asociadas a su evolución clínica y una atención integral de las necesidades de los pacientes y sus familias.

Conclusiones
La atención multidisciplinaria constituye un elemento clave en el manejo de pacientes

NANEAS con requerimientos quirúrgicos. La integración permanente de Cirugía Infantil facilita la coordinación asistencial, optimiza la toma de decisiones clínicas y contribuye a una atención más oportuna, integral y centrada en el paciente y su familia.

P099) MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN EL VALLE DEL ACONCAGUA

Santos Marín, M.(1); Galindo, M.(1); Varela, M.(1); Morales, M.(1); Campos, M.(1);
(1): Hospital San Camilo. San Felipe, San Felipe, Chile

Introducción: Los trastornos de la deglución constituyen una causa relevante de morbimortalidad en pacientes pediátricos con enfermedades neurológicas y otras condiciones crónicas complejas, debido a su asociación con desnutrición, aspiración y deterioro de la calidad de vida. El abordaje multidisciplinario y la adecuada selección de candidatos a soporte nutricional enteral son fundamentales para optimizar los resultados clínicos.

Objetivo: Describir la experiencia en el diagnóstico, evaluación preoperatoria, tratamiento quirúrgico y seguimiento de pacientes pediátricos con trastorno de la deglución atendidos en el Hospital San Camilo entre junio de 2024 y junio de 2026.

Métodos: Estudio descriptivo de 17 pacientes con trastorno de la deglución. El diagnóstico se estableció mediante anamnesis dirigida y evaluación fonoaudiológica. Los candidatos a gastrostomía fueron evaluados con radiografía esófago-estómago-duodeno para analizar anatomía, vaciamiento gástrico y reflujo gastroesofágico espontáneo, información utilizada para definir la necesidad de funduplicatura asociada. Todos los casos fueron discutidos por un equipo multidisciplinario (Cirugía Infantil, Fonoaudiología y NANEAS) previo a la resolución quirúrgica.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes: 9 con parálisis cerebral severa, 5 con enfermedades neurodegenerativas y 3 con otras patologías. Se realizaron 16 gastrostomías laparoscópicas y en 7 se asoció a funduplicaturas de Nissen. 1 paciente gastrostomizada previamente se realiza Nissen diferido por ERGE secundaria. Se registró una complicación postoperatoria mediata (hematoma de pared abdominal), sin reintervenciones. Todos los pacientes continúan en seguimiento multidisciplinario, con instalación del botón de gastrostomía a los 1,3 meses en promedio.

Conclusiones: El manejo multidisciplinario permitió una adecuada selección de pacientes, planificación quirúrgica individualizada y baja tasa de complicaciones. La evaluación clínica y radiológica preoperatoria contribuyó a optimizar la indicación de cirugía antirreflujo y fortalecer la continuidad asistencial en esta población pediátrica de alta complejidad.

P100) EXPERIENCIA Y DESENLACES CON REEMPLAZO DE ESÓFAGO POR LA TÉCNICA SCHARLI MODIFICADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. RESULTADOS A CORTO PLAZO DE UNA TÉCNICA NOVEDOSA

Jiménez, I.(1); Nieto, J.(1); Luengas, P.(1); Holguín, A.(1); Mogollón, G.(1);
(1): Hospital Simón Bolívar., Bogotá, Colombia

Introducción:

La esofagectomía y reconstrucción esofágica es considerada un reto quirúrgico para el cirujano pediatra. La mayoría de las veces, procedimiento se usa en niños con atresia de esófago (AE) con brecha amplia o estenosis esofágica.

Se han descrito múltiples opciones y técnicas para la reconstrucción de esófago con el uso de estómago, colon o yeyuno como conductos, cada uno con sus ventajas y desventajas. Sin embargo, por su longitud favorable, alta vascularización y la necesidad de una sola anastomosis, el tubo gástrico ha ganado popularidad.

Para esto, se describió la técnica de Scharli modificada por Beasly, en la que se realiza una anastomosis esofágica terminoterminal, proporcionando un conducto gástrico de calibre uniforme, dejando la mayor cantidad de estómago in situ. Hasta el momento, no se han descrito resultados postoperatorios a corto o mediano plazo de esta técnica.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio de retrospectivo pacientes sometidos a reemplazo de esófago por la técnica Scharli modificada desde el 2018 hasta el 2024. Se revisaron las historias clínicas y se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas y de desenlace (complicaciones, reintervenciones, estancia hospitalaria, reingresos a urgencias.

Resultados:

Se obtuvieron 9 pacientes en total. De estos, 5 pacientes tenían antecedente de estenosis esofágica por cáusticos llevados a múltiples dilataciones esofágicas vía endoscópica, 4 pacientes tenían antecedente de atresia de esófago tipo 1. El 50% de los pacientes requirieron abordaje por laparotomía toracotomía y cervicotomía por longitud del esófago nativo proximal. El tiempo quirúrgico promedio fue de 4 horas, todos requirieron estancia hospitalaria en cuidados intensivos y no se reporta mortalidad

Discusión

Con este estudio, demostramos la experiencia con una técnica de reemplazo de esófago que puede estar dentro del arsenal quirúrgico y terapéutico de pacientes pediátricos con atresia de esófago de brecha amplia o estenosis esofágicas complejas

P101) SEGURIDAD DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCIARIO IBEROAMERICANO

Mársico Dalto, A.(1); Pimenta, O.(2); H. Banna, M.(2); Andrade, M.(2); Volpe, F.(2); Sbragia, L.(2);
(1): Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, Ribeirão Preto, Brasil (2): ospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, Ribeirão Preto, Brasil

Introducción: La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es una técnica utilizada para nutrición enteral prolongada en niños con disfagia. A pesar de su difusión, persisten dudas sobre su seguridad y complicaciones. Se describe la experiencia de un servicio terciario en PEG pediátrica. Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes de 0 a 17 años sometidos a PEG entre 2020 y 2026 en un hospital universitario terciario. Procedimientos estandarizados bajo sedación y anestesia local. Alta tras inicio de nutrición enteral bien tolerada. Resultados: Se realizaron 40 PEG, con edad media de 6 años y 8 meses (10 meses–16 años) y seguimiento de 25,4 meses. Todos presentaban disfagia moderada a grave; 10 con cirugías abdominales previas. Treinta tuvieron estudio contrastado, con reflujo gastroesofágico en 10 y vólvulo gástrico en 1. En dos no se logró transiluminación en el primer intento, con traslado a quirófano; no se requirió laparoscopia, completándose por vía endoscópica. Un paciente con vólvulo presentó punción dificultosa y neumoperitoneo posoperatorio, con evolución favorable y alta a las 48 h. El resto fue dado de alta el mismo día. Complicaciones tardías: 6 granulomas, 1 retirada accidental con cierre espontáneo y 5 reflujo gastroesofágico manejado clínicamente. Sin reintervenciones quirúrgicas. Discusión: La PEG ofrece ventajas frente a gastrostomía quirúrgica, evitando anestesia general y permitiendo alta precoz. En esta serie fue segura incluso con cirugías abdominales previas y en lactantes. La ausencia de complicaciones mayores y la resolución sin laparoscopia refuerzan su seguridad. Conclusión: La PEG es un procedimiento seguro y eficaz en pediatría, con baja tasa de complicaciones y alta precoz. Incluso en pacientes complejos, con cirugías previas y edad temprana, mantiene perfil favorable, aunque se requieren estudios mayores en series más amplias y con mayor representación de centros multicéntricos para confirmar estos hallazgos de manera definitiva en la práctica clínica actual.

P102) MANEJO ACTUAL DE LA SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA: EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Flores Hernández, S.(1); Ceballos Cruz, A.(1); Torres Contreras, L.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatria, Ciudad de México, México

Introducción

La sustitución esofágica sigue siendo uno de los procedimientos más complejos en cirugía pediátrica. La elección óptima del tipo de reemplazo sigue siendo controvertida. La interposición gástrica suele ser la preferida, ya que es relativamente más sencilla que la colónica y requiere un tiempo quirúrgico menor. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia de pacientes a los que se les realiza una sustitución esofágica en un centro de tercer nivel, asi como el éxito y complicaciones.

Material y método

Se trata de un estudio descriptivo retroespectivo de pacientes pediátricos intervenidos en un hospital de tercer nivel intervenidos de sustitución esofágica en el periodo de 2010-2025. Se realizó una revisión de los expedientes con lo que se integró una base de datos.

Resultados

Se obtuvieron un total de 57 pacientes de los cuales 59.6% son hombres y 40.4% mujeres. Con respecto a las indicaciones, en nuestro hospital la indicación más frecuente es atresia esofagica de brecha amplia siendo entre esta la más frecuente la atresia esofágica tipo I. El tiempo quirúrgico medio fue de 404 minutos y la estancia hospitalaria promedio es de 34 dias. En nuestra muestra solo se presento una complicación transquirúrgica. En el 62% se presentan complicaciones tempranas, siendo de estas el 44% complicaciones leves. En 7% se requiere de un a reintevención.

Discusión

La sustitución esofagica continua siendo un procedimiento de alto nivel de complejidad, de acuerdo a la evolución en neustro centro el tubo gástrico reverso se ha convertido en la tecnica mas frecuentemente realizada.

Conclusión

La sustitución esofagica continua siendo un desafio quirurgico en niños sin embargo, su utilidad trasciende en situacioens clinicas donde no se puede preservar el esofago nativo y presenta una buena alternativa con relacion riesgo/beneficio aceptable.

P103) NECROSIS GÁSTRICA EN PREESCOLAR. REPORTE DE UN CASO

Espinoza, M.(1); Herrera, A.(1); Morales, K.(1); Hachim, A.(1); Bag, M.(1); Gutiérrez, P.(1);
(1): Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

La necrosis gástrica es infrecuente en pediatría dada su vasta vascularización y distensibilidad. Entre sus causas se describen vólvulo gástrico, herniación intratorácica,

ingestión de cáusticos y enfermedades del tejido conectivo. Se presenta un caso de perforación y necrosis gástrica en preescolar con Síndrome de Marfan (SM).

Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico.

Femenina de 2 años, con un día de dolor abdominal difuso y vómitos a repetición. Al examen físico decaída, deshidratada, taquicárdica, abdomen distendido con signos de irritación peritoneal. Sonda nasogástrica con contenido porráceo; radiografía de tórax y abdomen evidencia neumoperitoneo masivo. Por sospecha de perforación gástrica se realiza laparotomía exploradora, observándose 600 cc de líquido libre bilioso, necrosis de pared anterior del estómago y perforaciones de 3 y 0,5 cm en curvatura mayor. Se reseca el segmento comprometido y se realiza rafia con Vicryl 4-0, dejando laparotomía contenida y cierre diferido. Evoluciona con dehiscencia de herida operatoria manejada con cierre asistido por vacío (VAC), con evolución favorable. Ante la ausencia de una causa clara se amplía el estudio, al examen físico destacan hiperlaxitud e hipertelorismo, por lo que se solicita estudio genético concordante con SM.

La perforación gástrica es una urgencia quirúrgica con alta mortalidad. El reconocimiento clínico temprano, la estabilización hemodinámica y la intervención quirúrgica inmediata son fundamentales. Las enfermedades del tejido conectivo deben sospecharse en perforaciones del tracto gastrointestinal sin etiología clara, mayormente colónicas y de intestino delgado. En el SM, la alteración de la fibrilina y el compromiso fibroelástico de la estructura vascular podrían favorecer la isquemia y perforación de la pared gástrica. En pacientes con perforación gástrica sin causa evidente, deben considerarse las enfermedades del tejido conectivo como factor etiológico. Este caso resalta la importancia de un alto índice de sospecha diagnóstica, pues su reconocimiento oportuno puede modificar significativamente el pronóstico.

P104) ATRESIA ESOFAGICA TIPO II DE GRAN BRECHA: DESAFÍOS EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Wajner, C.(1); Vanderheyden, L.(1); Viscarra, J.(2); Godoy, J.(2);
(1): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (2): Clínica Red Salud Santiago, Santiago, Chile

Introducción:

La atresia esofágica (AE) tipo II representa el 1% de las AE. Su tratamiento es quirúrgico y busca preservar el esófago nativo (EN). Sin embargo, en los casos de gran brecha (LG), la elección de la estrategia quirúrgica representa un desafío, debido a las limitaciones de las técnicas de elongación esofágica (EE) y a la eventual necesidad de reemplazo esofágico. Esta presentación busca describir los desafíos en la toma de decisiones quirúrgicas en una paciente con AE tipo II LG.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de un caso.

Resultados:

Recién nacida (RN) de 37 semanas con diagnóstico de AE con fístula traqueoesofágica proximal (FTE) LG, es sometida a ligadura de la FTE y EE mediante técnica de Foker interno. A pesar de la EE, en la evaluación posterior se rectificó una distancia de 6 cm entre los cabos, lo que impedía una anastomosis primaria sin tensión. En este contexto se decide realizar un ascenso gástrico (AG) transmediastínico con confección de un tubo gástrico, procedimiento guiado por verde indocianina para preservar vascularización, y posteriormente, una anastomosis esofagogástrica cervical. La RN evoluciona favorablemente, sin evidencia de filtración anastomótica en la evolución postoperatoria.

Discusión:

El tipo de reemplazo esofágico en pacientes con AE LG continúa siendo controvertido. El AG ofrece ventajas en comparación con la interposición colónica o yeyunal, ya que requiere de una sola anastomosis (disminuyendo el riesgo de filtración), presenta una vascularización confiable y tiene menor complejidad que otras técnicas. Esta variante modificada del AG ofrece un conducto más estrecho y largo, facilitando el ascenso transmediastinico y disminuyendo la redundancia gástrica intratorácica.

La técnica quirúrgica en AE LG debe individualizarse, buscando preservar el EN, de lo contrario, la evidencia posiciona el AG como la mejor opción, sin embargo, esta variante modificada podría reducir aún más el riesgo de complicaciones.

P105) FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA RECURRENTE EN PREMATURO CON CARDIOPATÍA COMPLEJA

Reque Orihuela, C.(1); Suárez Anco, H.(1); Angulo Sevillano, G.(1);
(1): Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú

INTRODUCCIÓN:

La fístula traqueoesofágica recurrente está definida como una complicación postoperatoria temprana debido a la recanalización de la misma posterior a un cierre primario de una atresia esofagica. Su incidencia se presenta del 5-10%, y su etiología está dada por una ligadura inadecuada de la fístula que genera fuga, así como erosión del tejido por suturas o clips aplicados.

MATERIAL Y MÉTODO:

Presentamos el caso de un paciente masculino, recién nacido pretérmino de 34ss, referido de provincia por Distrés respiratorio severo, Atresia Esofágica tipo III y Drenaje venoso anómalo pulmonar total. A los 17 días de vida se programa a una toracoscopia con cierre de fístula y gastrostomía, el cierre de la fístula fue realizada con clip quirúrgico tipo hemolok.

Posteriormente se presenta síntomas de recurrencias de fístula, y es programado nuevamente 28 días después para cierre de fístula y anastomosis esofágica, sin embargo la anastomosis no pudo realizarse por desaturación e inestabilidad hemodinámica y solo se refuerza ligadura con 2 hemoloks más. Debido a las múltiples comorbilidades, 3 meses después se comprueba refistula mediante broncoscopia y presencia de hemoloks en lumen endotraqueal, motivo por el cual se realiza nueva intervención quirúrgica: cierre de fístula más sección y pexia de esófago distal a región dorsal, el cierre se dio mediante uso de prolene 4/0 y seda negra 2/0. Todos los procedimientos del manejo de fístula traqueoesofágica se realizaron por toracoscopia.

DISCUSIÓN:

Las fístulas traqueoesofágicas recurrentes son patologías complejas que si bien requieren corrección por cirujanos con experiencias, es importante conocer las principales causas de su origen ya que inciden de manera directa en la morbimortalidad de estos pacientes. Su manejo puede ser mediante reparación toracoscópica y/o quirúrgica.

P106) EXPERIENCIA DE PACIENTES CON ESTENOSIS SUBGLÓTICAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL PERIODO DEL 2015 AL 2020

Madariaga Ulloa, A.(1); Flores Hernández, S.(1); Hernández Arroyo, A.(1); Rebollar Castillo, A.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatría, CDMX, México

La estenosis subglótica (ESG) constituye una de las principales causas de obstrucción crónica de la vía aérea en pediatría. La mayoría de los casos son adquiridos y secundarios a intubación endotraqueal prolongada; sin embargo, persisten controversias sobre los factores asociados con su gravedad y el éxito terapéutico. El objetivo fue describir las características clínicas, el tratamiento y los desenlaces de pacientes pediátricos con ESG atendidos en un centro nacional de referencia.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de pacientes menores de 18 años con diagnóstico de ESG atendidos entre 2015 y 2020. Se revisaron 53 expedientes clínicos y se excluyeron aquellos con constricción extrínseca de la vía aérea, fallecimiento por enfermedad de base no relacionada con la ESG o información clínica insuficiente.

Se incluyeron 25 pacientes; 56% fueron hombres y 56% lactantes. El 75% presentó comorbilidades, principalmente prematurez (32%), cardiopatías congénitas (27.6%) y enfermedades respiratorias (24.1%). La broncoscopia fue el método diagnóstico más utilizado (80%). La etiología predominante fue la intubación prolongada (96%), con una mediana de 14 días. La estenosis grado III de Myer-Cotton fue la más frecuente (50%), con obstrucción ≥70%. La duración de la intubación no se asoció con la severidad de la estenosis

(p=0.56) ni con el éxito terapéutico (p=0.20). En contraste, una obstrucción >70% se asoció con mayor riesgo de fracaso terapéutico (p=0.004). La traqueostomía fue el procedimiento más frecuente (90%) y el desenlace fue favorable en 72% de los pacientes. La dilatación neumática mostró una tasa de éxito del 11%, que aumentó a 44% al combinarse con esteroides (RR=1.1). La ESG fue predominantemente adquirida y secundaria a intubación prolongada. La obstrucción >70% fue el principal predictor de fracaso terapéutico, respaldando la severidad inicial como criterio para la estratificación pronóstica y la selección terapéutica.

P107) CUANDO LA INVAGINACIÓN INTESTINAL OCULTA EL DIAGNÓSTICO FINAL: SÍNDROME DE WAUGH EN UN LACTANTE DE 7 MESES

Cruz Alvarez, J.(1); Arias Arellano, S.(1); Tinajero Escobar, G.(1); Zurita, J.(1); Yanqui Saltos, M.(2);
(1): Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador (2): Hospital Pediatrico Baca Ortiz, Quito, Ecuador

Introducción: El síndrome de Waugh es una entidad clínica infrecuente caracterizada por la coexistencia de invaginación y malrotación intestinal. Su presentación clínica suele mimetizar una invaginación idiopática convencional, lo que detiene el rastreo diagnóstico integral. La relevancia de este reporte radica en destacar la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica ante evoluciones tórpidas y justificar la ejecución de una exploración anatómica sistemática transquirúrgica.

Material y Método: Estudio descriptivo y retrospectivo de reporte de caso clínico. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de la historia clínica y el protocolo operatorio.

Resultados: Lactante masculino de 7 meses, previamente sano, ingresa por oclusión intestinal mecánica de 48 horas de evolución, letargia y heces en jalea de grosella. La imagenología confirmó invaginación intestinal (signo de la diana). Por tiempo de evolución prolongado y sospecha de sufrimiento de asa, se realizó laparotomía exploradora de urgencia. Se halló una invaginación íleo-ileal pura de 10 cm, a 20 cm de la válvula ileocecal. Tras la desinvaginación manual (maniobra de Hutchinson) con asa viable, se diagnosticó malrotación intestinal tipo IIA con bandas de Ladd. Se ejecutó el procedimiento de Ladd (liberación de bandas, ampliación del mesenterio, reposición de asas) y apendicectomía profiláctica. El paciente evolucionó favorablemente en UCIP, iniciando alimentación enteral al cuarto día y egresando al séptimo día postoperatorio.

Discusión: La literatura advierte que la desinvaginación aislada omite la anomalía rotacional subyacente en el síndrome de Waugh, perpetuando el riesgo de vólvulo del intestino medio y necrosis masiva. Las invaginaciones atípicas (íleo-ileales) o de curso prolongado exigen

sospechar esta coexistencia. En conclusión, todo paciente abordado quirúrgicamente por invaginación obliga a explorar sistemáticamente la anatomía rotacional; realizar el procedimiento de Ladd en el mismo acto quirúrgico asegura una terapéutica definitiva.

P108) TOXINA BOTULÍNICA EN DEFECTO DE PARED ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Concha, G.(1); Donoso, V.(1); Saavedra, V.(1); Vilchez, L.(1); Tapia, M.(1); Corral, E.(1); Negrete, M.(1); Sosa, A.(1); Pelaez, A.(1); Carpio, M.(1);
(1): Hospital Dr Franco Ravera Zunino, Rancagua, chile

Introducción El manejo del hepatoonfalocele gigante constituye un desafío quirúrgico, en términos de la gran desproporción entre contenido y pared abdominal.

Múltiples estrategias existen, desde cierre por etapas hasta cierre diferido no quirúrgico(pincelación). Actualmente existen referencias del uso de la toxina Botulinica en el tratamiento de defectos de pared abdominal congénitos neonatal y fetal.

Material y método se describe un caso clínico defecto pared abdominal, con diagnostico antenatal, hepatonfalocele gigante, variante DandyWalker. Fish y cariograma normal. Por causas maternas de parto prematuro, Recién Nacido, nace con 32 semanas Adecuado Edad Gestacional,1760 gr de peso, apgar 2-8-8, con defecto de hepatonfalocele gigante , se efectúa manejo neonatal intensivo y quirúrgico con toxina botulínica y silo.

Resultados: el defecto de pared se manejó con silo no quirúrgico(de Abello) y al tercer día vida inyección 25 Ui de toxina Botulínica en los planos musculares de pared abdominal , para en un plazo de 15 días lograr la fase inversión de amnios, mantención completa reducción del contenido , con monitorización de PIA y manejo de hipertensión pulmonar, se logra el cierre definitivo al defecto con la interposición de una matriz acelular de colágeno bovino .Logra volumen enteral completo a los 53 ddv. Evoluciona con displasia broncopulmonar severa oxigeno dependiente y fallece a los 9 meses de vida por insuficiencia respiratoria aguda sobre crónica.

Discusión.Nuestro caso clínico presento desafíos en el manejo del defecto de pared abdominal, hipertensión pulmonar, cuadro infeccioso, etc., por lo tanto el hepaonfalocele es un cuadro complejo con un espectro de patologías constituyendo un desafío su manejo por equipo en forma multidisciplinaria.

El uso de toxina botulínica, constituye un aporte importante en el manejo de los defectos de pared abdominal, como el hepatonfalocele gigante

P109) APÉNDICE CECAL COMO CONTENIDO DE UN ONFALOCELE PEQUEÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Ortiz, C.(1); Venegas, C.(1); Donoso, C.(2); Carvajal, O.(3);
(1): Residente Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Cirujano Pediátrico, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Académico Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Cirujano Pediátrico, Hospital Clínico San Borja Arriarán., Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El onfalocele es un defecto congénito de la pared abdominal caracterizado por herniación de órganos cubiertos por una membrana. Se clasifica según el diámetro del defecto en pequeño (menor a 1.5 cm), medianos (1,5 y 5 cm) y gigante (mayor a 5 cm o con herniación hepática superior al 50%). Los onfaloceles medianos y pequeños suelen contener únicamente asas de intestino y permite un cierre primario.

Objetivo: Describir un hallazgo excepcional de apéndice cecal(AC) dentro del saco, sin reportes previamente identificados.

MATERIALES Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de un caso clínico

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacida de 35 semanas con diagnóstico prenatal de onfalocele. En atención inmediata se palpó contenido irreductible dentro del saco, por lo que se realizó reducción parcial y se efectuó contención con silo. Se completó estudio de comorbilidades y a los 4 días, se realizó cierre quirúrgico del defecto. Se disecaron estructuras del saco, donde se pesquisó contenido adherido a la membrana correspondiente a AC deslizado. Se realizó apendicectomía, revisión intestinal y cierre primario de la pared, evolucionando en forma satisfactoria.

DISCUSIÓN

El onfalocele con AC como contenido del saco constituye un hallazgo excepcional. A diferencia del divertìculo de Meckel(DM), remanente del conducto onfalomesentérico, con relación embriológica directa con la región umbilical; el AC deriva del intestino medio y carece de esa vinculación, lo que hace su presencia anatómicamente menos esperable y de mayor interés. Su identificación sugiere un fallo en el retorno y rotación intestinal durante el desarrollo fetal.

Desde lo quirúrgico, reconocer qué contiene el saco es esencial para planificar la cirugía y evitar lesiones, particularmente la ligadura de estructuras como intestino/apéndice que pueden pasar inadvertidas. Este caso aporta una variante infrecuente y refuerza la necesidad de una exploración individualizada en este tipo de defectos de pared abdominal.

P110) TOXINA BOTULÍNICA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN GASTROSQUISIS NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Wajner, C.(1); Vanderheyden, L.(1); Morales, C.(1); Viscarra, J.(2);
(1): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (2): Clínica Red Salud Santiago, Santiago, Chile

Introducción

La gastrosquisis (GQS) es un defecto congénito (DC) de la pared abdominal. Tiene una incidencia de 1 en 3000-5000 nacidos vivos. El manejo consiste en un cierre primario o reducción diferida con silo. En este paciente la reducción frustra nos obligó a investigar sobre nuevas técnicas, como el uso de hidrocoloides y toxina botulínica (TB). Esta presentación busca dar a conocer el uso de TB como alternativa ante el fracaso de técnicas convencionales de cierre.

Presentación del caso

Recién nacido (RN) de 34 semanas con diagnóstico de GQS se somete a instalación de silo Schuster para cierre diferido por etapas, sin embargo no se logra sedoparalización profunda debido a la anasarca que producía, lo que derivó en un abdomen congelado que hizo imposible la reducción con técnicas convencionales, por ello se decide como estrategia de rescate infiltrar 20 unidades de TB, distribuidas bilateralmente en los músculos rectos y oblicuos del abdomen, manteniendo con laparotomía contenida. Una semana después se realiza el cierre del plano muscular, logrando el cierre definitivo a la semana siguiente, ambos procedimientos exitosos y sin tensión significativa.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de un caso clínico.

Discusión

La evidencia sobre el uso de TB en DC de pared abdominal es limitada y se restringe principalmente a onfalocele gigante (OG) y hernias ventrales con pérdida de dominio. Esta separación química de componentes produce una denervación temporal de la musculatura abdominal, aumentando la distensibilidad de la pared y disminuyendo la tensión del cierre.

Existen escasos reportes que describan concretamente el uso de TB en pacientes neonatos, sin embargo, su uso experimental como estrategia de salvataje tuvo resultados favorables en nuestro paciente con GQS con abdomen congelado, pudiendo posicionar esta estrategia como una técnica prometedora e innovadora cuando no se pueda realizar el cierre bajo técnicas convencionales.

P111) ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO EN PACIENTE GASTROSTOMIZADO: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO DE UNA PATOLOGÍA COMÚN, A PROPÓSITO DE UN CASO

Veas Diaz, M.(1); Cisternas Lopez, V.(1); Molina Lavandero, C.(1); Mella Muñoz, I.(1); Hohf Nova, M.(1); Colinas Grilli, M.(1); Figueroa Ramirez, O.(2);
(1): Universidad de Concepción, Concepción, Chile (2): Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Introducción: La estenosis hipertrófica del píloro (EHP) es una condición caracterizada por la hipertrofia de la capa muscular del esfínter pilórico, provocando estrechamiento del canal y obstrucción funcional del vaciamiento gástrico. Es una patología común en la edad pediátrica y la principal causa quirúrgica de vómitos en lactantes. Sus principales factores de riesgo son la prematuridad, alimentación con biberón y el tabaquismo en el embarazo, entre otros. La asociación con trastornos deglutorios es infrecuente, sin descripciones de casos relacionados hasta la fecha en la literatura. Esto origina la intención de este escrito para documentar la presencia de esta patología incluso en pacientes con necesidades especiales de atención en salud gastrostomizados. Material y método: Se realizó un estudio retrospectivo de tipo caso clínico, revisando antecedentes del paciente, imágenes e historia clínica, respetando el anonimato. Resultados: Se presenta el caso de un paciente de 1 mes, con antecedentes de gastrostomía por trastorno deglutorio severo, traqueostomizado, con fisura labiopalatina unilateral, agenesia del cuerpo calloso, meningocele esfeno-etmoidal posterior y ventriculomegalia bilateral. Comienza con cuadro de 7 días de evolución caracterizado por vómitos persistentes, realizándose una ecografía abdominal compatible con estenosis hipertrófica del píloro, además de estudio contrastado que evidencia paso filiforme de contraste por esfínter pilórico. Se decide manejo quirúrgico, realizándose una piloromiotomía de Ramstedt por laparotomía transversa derecha, evolucionando favorablemente durante su postoperatorio, logrando realimentarse adecuadamente a los 7 días, tolerando los mismos volúmenes y velocidad de administración previo al cuadro. Discusión y conclusiones: Esta asociación de patologías no se ha descrito en la literatura, siendo este el primer reporte. Es importante recalcar el manejo optimizado realizado, donde un abordaje tradicional se muestra como una alternativa más segura y clara para abordar el píloro, considerando la presencia de una gastrostomía y las limitaciones que esta presenta tanto para un abordaje umbilical como laparoscópico.

P112) HERNIA INTERNA TRANSMESENTÉRICA CONGÉNITA ENMASCARADA POR SEPSIS NEONATAL: REPORTE DE CASO

Escoda, D.(1); Sáez, J.(1); Vuletin, F.(1); Pattillo, J.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La hernia interna transmesentérica congénita es causa infrecuente de obstrucción intestinal neonatal, de diagnóstico preoperatorio excepcional. Su reconocimiento se dificulta cuando coexiste con un cuadro séptico que explica, en apariencia, la distensión abdominal, retrasando la sospecha quirúrgica. Se presenta un caso que ilustra este escenario en una paciente con trisomía 21 y cirugía duodenal previa.

Material y Método: Reporte de caso clínico, diseño descriptivo, retrospectivo, mediante revisión de ficha clínica y protocolos operatorios.

Resultados: Recién nacida de término, pequeña para edad gestacional, con trisomía 21 (47,XX+21) y cardiopatía congénita, sometida a duodeno-duodenoanastomosis por páncreas anular al segundo día de vida, sin apertura mesentérica ni evaluación de rotación intestinal. Al mes de vida, cursando sepsis por Streptococcus agalactiae con meningitis, presenta distensión abdominal y residuos biliosos inicialmente atribuidos a íleo séptico. La ecografía seriada evidenció viraje desde un patrón de íleo funcional hacia uno de obstrucción mecánica con colecciones peritoneales organizadas. Se realizó laparotomía exploradora, encontrándose hernia interna transmesentérica con 60 cm de intestino delgado desvitalizado, sin saco herniario. Se efectuó resección intestinal, yeyunostomía y fístula mucosa. Evolución postoperatoria favorable, con reconstitución de tránsito aún pendiente.

Discusión: El caso resalta que la obstrucción mecánica puede quedar enmascarada por un diagnóstico infeccioso concurrente, consistente con la caracterización clásica de la hernia mesentérica como causa infrecuente de obstrucción en niños. La evolución ecográfica seriada, más que una imagen aislada, reorientó la sospecha quirúrgica, coincidiendo con series pediátricas donde el diagnóstico preoperatorio es excepcional. La coexistencia con una anomalía duodenal congénita, ambas dentro de la misma ventana embriológica de rotación intestinal, plantea la utilidad de evaluar la fijación mesentérica durante la cirugía índice. Se concluye que, ante un lactante crítico con anomalías congénitas múltiples, la hernia transmesentérica debe mantenerse en el diferencial pese a la presencia de un diagnóstico alternativo aparentemente suficiente.

P113) CASO INTERESANTE DE INVAGINACIÓN INTESTINAL CON ATRESIA YEYUNO-ILEAL EN UN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO

García, A.(1); Salazar, P.(1);
(1): Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala, Guatemala

Introducción:La invaginación intestinal constituye una de las principales causas de obstrucción intestinal en lactantes, mientras que en el periodo neonatal representa

alrededor del 3% de los casos. No obstante, su presentación en este periodo asociado a una atresia intestinal es infrecuente y raramente reportada.

Material y Método:Reporte de caso.

Resultados:Presentamos paciente recién nacido femenino de 38 semanas de gestación con peso de 2400g referido a nuestra institución al tercer día de nacimiento por distensión abdominal progresiva asociada vómitos biliares. El neonato se encontró con abdomen distendido, sin masas palpables y con gasto biliar a través de la sonda orogástrica. La radiografía demostró signos de obstrucción intestinal y se ingresa con diagnóstico presuntivo de atresia yeyuno-ileal. Se inician antibióticos de amplio espectro y posteriormente se lleva a cabo una laparotomía exploradora de urgencia con abordaje transumbilical (Tan-Bianchi), encontrándose una obstrucción intestinal con una atresia yeyunal tipo 3A de Grosfeld a 40cm del ángulo de Treitz asociado a un segmento intestinal de 3cm necrótico e invaginado en la porción atrésica distal. Se resecan ambos extremos atrésicos, incluyendo 5cm del asa ciega proximal dilatada y se realiza una anastomosis termino-terminal. El análisis histopatológico demostró necrosis intestinal sin pivote anatómico identificado. Se inició alimentación al segundo día postoperatorio y gradualmente fue destetada de la alimentación parenteral para el quinto día. Se egresa en condición estable y con lactancia materna. En el seguimiento se encontró con adecuado crecimiento y desarrollo.

Discusión:La coexistencia de ambas patologías en el periodo neonatal es infrecuente. Su etiopatogenia aún no se encuentra bien definida; no obstante, se ha propuesto que la invaginación suele asociarse con la presencia de lesiones intestinales preexistentes; sin embargo, se ha identificado que la hipoperfusión intestinal perinatal, así como la alteración de la peristalsis en el segmento atrésico, pueden actuar como factores predisponentes para su desarrollo.

P114) UN GRAN RETO, UNA PEQUEÑA ENTRADA: ROMPIENDO LA BARRERA DEL PESO EN LA CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA PARA OBSTRUCCIÓN DUODENAL. REPORTE DE CASO

Ramírez, C.(1); Montes, F.(1); González, G.(1); Hernández, D.(1);
(1): Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey NL, México

INTRODUCCIÓN

La atresia duodenal es una de las causas más frecuentes de obstrucción duodenal en periodo neonatal. Los pacientes prematuros y de muy bajo peso al nacimiento representan un reto debido al alto riesgo de complicaciones respiratorias, infecciosas, ademas de alto grado de complejidad quirúrgica. Se presenta el caso de una recién nacida pretérmino de muy bajo peso con diagnóstico de atresia duodenal y corrección quirúrgica temprana.

REPORTE CASO

Paciente femenina nace vía cesárea a las 31 semanas de gestación por sufrimiento fetal. Peso nacimiento 1180 gramos, se intuba por pobre esfuerzo respiratorio. Se coloca sonda con abundante contenido gástrico, radiografía con imagen doble burbuja.

Se realiza cirugía de mínima invasión a las 36 horas de vida, abordaje periumbilical tipo Bianchi. Se observa atresia duodenal en segunda porción; se realiza procedimiento de Kimura con puntos simples con tiempo quirurgico de 80 minutos. Evolución favorable, se extuba al seundo día postquirúrgicos, iniciando vía enteral al quinto día, adecuada progesión, permitiendo retiro temprano de nutricion parenteral en 20 dias. Se egresa a los 41 días con peso de 1850 gramos, edad corregida de 37.6 semanas. Actualmente con seguimiento externo sin complicaciones postquirúrgicas.

DISCUSIÓN

La prematurez y muy bajo peso al nacimiento incrementan la complejidad del manejo transoperatorio y el riesgo de morbimortalidad. La corrección quirúrgica mínimamente invasiva en prematuros de muy bajo peso continua siendo un reto quirúrgico para pacientes con obstrucción duodenal, incluso sin casos descritos en la literatura menores a 1200 gramos. El tiempo quirúrgico es similar o menor a la mayoría de las series de abordaje laparoscópico.

CONCLUSIÓN

El abordaje periumbilical, representa una excelente opción quirúrgica temprana para pacientes con obstrucción duodenal, permitiendo un procedimiento minimamente invasivo, con tiempo quirúrgico reducido, ofreciendo escentario favorable y seguro para pacientes prematuros y de muy bajo peso, ademas con excelente beneficio estético.

P115) HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFIO DIAGNÓSTICO

Urquiza Suárez, Y.(1); Guerrero Figueroa, J.(1); Claro, R.(2); Ferran, A.(3);
(1): Clinica Medical Duarte, Cucuta, Colombia (2): Clínica Medical Duarte, Cucuta, Colombia
(3): , Santiago, Chile

Introducción:

La hemorragia digestiva alta (HDA) neonatal constituye una emergencia potencialmente mortal que requiere diagnóstico y tratamiento oportunos. Las causas más frecuentes se incluyen déficit de vitamina K, gastritis hemorrágica y úlceras por estrés; sin embargo, la perforación gástrica neonatal es una entidad infrecuente y de alta mortalidad.

Objetivo:

Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico en un neonato con HDA masiva secundaria a perforación gástrica.

Caso clínico:

Recien nacido a termino, femenina, adecuada adaptación neonatal (APGAR 8/9/10), quien a las 18 horas de vida inició hematemesis masiva y melenas, evolucionando a shock hipovolémico refractario (Hb 7.1 g/dL). Requirió ventilación mecánica, transfusión sanguínea y soporte vasopresor. Inicialmente se consideró enfermedad hemorrágica del recién nacido y sepsis neonatal. Al quinto día de vida se evidenció marcada distensión abdominal. La endoscopia digestiva alta observamos lesión equimótica en cuerpo gástrico y la radiografía abdominal confirmó neumoperitoneo. Se realizó laparotomía exploratoria, encontrándose isquemia y perforación de la pared posterior gástrica, realizándose rafia primaria. La evolución postoperatoria fue favorable.

Conclusiones:

La HDA masiva neonatal requiere un alto índice de sospecha clínica. La persistencia del sangrado y la distensión abdominal progresiva deben orientar hacia causas quirúrgicas poco frecuentes como la perforación gástrica neonatal, donde el diagnóstico precoz y la intervención oportuna son determinantes para la supervivencia.

P116) NEUMOPERITONEO NEONATAL: MÁS ALLÁ DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE

Palamara, R.(1); Bragado, C.(2); Falcon, N.(2); Olivos, M.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción

La enterocolitis necrotizante (NEC) constituye la principal causa de neumatosis intestinal y neumoperitoneo en el período neonatal; sin embargo, existen otras entidades que pueden generar neumatosis. El reconocimiento de diagnósticos diferenciales resulta fundamental cuando los hallazgos intraoperatorios no confirman una NEC complicada. El objetivo de este trabajo es describir un caso de neumoperitoneo en periodo neonatal sin enterocolitis necrotizante.

Caso clínico

Recién nacido pretérmino de 35 semanas con antecedente de gastrosquisis operada. Al mes de vida presentó distensión abdominal, residuos biliosos y estudio imagenológico con neumatosis intestinal y neumoperitoneo, por lo que se realiza laparotomía exploradora por sospecha de NEC complicada. Durante la cirugía se evidenciaron asas intestinales con neumatosis extensa y adherencias interasas, sin perforación, isquemia o necrosis intestinal. Se realizó adherenciolisis. Por hallazgos quirúrgicos se plantea diagnóstico de enfermedad gastrointestinal no IgE mediada inducida por proteínas de leche de vaca, también conocida como enterocolitis inducida por proteínas alimentarias. Tras instaurar una dieta de exclusión con fórmula elemental, el paciente presentó resolución progresiva de la sintomatología y adecuada recuperación nutricional.

Discusión

La neumatosis intestinal y el neumoperitoneo neonatal constituyen hallazgos altamente sugerentes de NEC; no obstante, la ausencia de perforación o necrosis intestinal obliga a buscar diagnósticos diferenciales. La evidencia disponible reconoce que las enfermedades gastrointestinales no IgE mediadas pueden simular cuadros inflamatorios intestinales graves, aunque la presentación como neumoperitoneo es infrecuente.

P117) MÁS ALLÁ DE LA TORSIÓN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESCROTO AGUDO NEONATAL EN UN CASO DE PERIORQUITIS MECONIAL CON HERNIA INCARCERADA

Morfin, A.(1); Tabares, X.(1);
(1): Centro Medico Nacional de Occidente IMSS, Guadalajara, México

Introducción: La periorquitis meconial es una entidad poco frecuente causada por peritonitis meconial fetal, con paso del meconio hacia la bolsa escrotal a través de un proceso peritoneo-vaginal permeable, generando reacción inflamatoria peritesticular. Su principal reto es el diagnóstico diferencial con la torsión testicular neonatal, urgencia quirúrgica real. El desconocimiento de esta entidad podría llevar a cirugías innecesarias, por lo que su reconocimiento oportuno resulta fundamental. Medigraphic + 2

Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo de caso clínico único mediante revisión de expediente electrónico (PHEDS-IMSS), notas de evolución, reportes de imagen y nota quirúrgica de un recién nacido atendido en la UMAE Hospital de Pediatría CMN Occidente, Guadalajara, Jalisco, mayo de 2026.

Resultados: Recién nacido masculino de 37 SDG, obtenido por cesárea, peso 3,150 g, Apgar 8/9. Con antecedente prenatal de hidronefrosis izquierda grado 3, hidronefrosis derecha grado 2, megacisterna magna e hidrocele con sospecha de torsión testicular. Ingresó con taquipnea transitoria manejada con CPAP 48 horas. El ultrasonido inguinal documentó hernia izquierda incarcerada con protrusión de asas intestinales y saco que ocupaba la totalidad del escroto. El Doppler testicular fue determinante al corroborar flujo vascular bilateral presente, descartando torsión del cordón. El 13/05/2026 se realizó plastia inguinal izquierda, exploración de canal derecho y drenaje de hidrocele; hallazgo intraoperatorio compatible con periorquitis meconial. Egresó en buen estado con peso de 3,751 g.

Discusión: La periorquitis meconial puede diagnosticarse por ecografía prenatal, reduciendo la morbilidad y mortalidad neonatal. En este caso, el Doppler testicular fue la herramienta clave: al confirmar viabilidad bilateral convirtió una potencial emergencia en procedimiento electivo. El diagnóstico diferencial de masas intraescrotales neonatales debe incluir hernias inguinoescrotales, torsión testicular y masas tumorales. La concurrencia de múltiples patologías subraya la importancia del abordaje neonatal multidisciplinario con seguimiento por cirugía pediátrica, nefrología, urología y neurología.

P118) SÍNDROME DE BLUEBERRY MUFFIN COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA GRAVE: UN RETO DIAGNÓSTICO NEONATAL

Urquiza Suarez, Y.(1); Guerrero Figueroa, J.(1); Claro, R.(1); Garcia, C.(2);
(1): Clinica Medical Duarte, Cucuta, Colombia (2): , Santiago, Chile

Introducción:
El síndrome de Blueberry Muffin es una manifestación neonatal infrecuente caracterizada por lesiones cutáneas violáceas secundarias a hematopoyesis extramedular dérmica. Su diagnóstico diferencial incluye infecciones congénitas, enfermedades hematológicas y neoplasias. La asociación con toxoplasmosis congénita es excepcional. El objetivo es describir un caso de toxoplasmosis congénita grave cuya manifestación inicial fue un síndrome de Blueberry Muffin.

Material y método:
Reporte de caso clínico de una recién nacida pretérmino tardía con lesiones cutáneas generalizadas identificadas al nacimiento. Se realizó evaluación clínica, estudios hematológicos, bioquímicos, serológicos e imagenológicos para establecer la etiología y determinar el compromiso sistémico asociado.

Resultados:
Durante la valoración inicial se evidenciaron múltiples lesiones maculopapulares eritemato-violáceas compatibles con síndrome de Blueberry Muffin. Los exámenes demostraron trombocitopenia severa, reticulocitosis, hiperbilirrubinemia conjugada, hepatitis neonatal, coagulopatía e hiperferritinemia. La serología fue positiva para IgM contra Toxoplasma gondii y negativa para otros agentes TORCH. La tomografía cerebral mostró hidrocefalia severa asociada a calcificaciones intracraneales. Los hallazgos permitieron establecer el diagnóstico de toxoplasmosis congénita sintomática grave con compromiso hematológico, hepático y neurológico.

Discusión:
El síndrome de Blueberry Muffin constituye un hallazgo clínico poco frecuente cuyo reconocimiento precoz puede orientar el estudio etiológico de enfermedades congénitas graves. La asociación con toxoplasmosis congénita ha sido escasamente reportada. En este caso, las lesiones cutáneas representaron la primera manifestación visible de una enfermedad multisistémica severa.

Conclusión:
El síndrome de Blueberry Muffin debe considerarse una señal de alarma neonatal. Su identificación temprana permite acelerar el diagnóstico de infecciones congénitas graves y facilitar un abordaje multidisciplinario oportuno.

Palabras clave: Blueberry Muffin; toxoplasmosis congénita; recién nacido; cirugía neonatal; infección congénita.

P119) REPARACIÓN PRIMARIA NEONATAL DEL ONFALOCELE GIGANTE MEDIANTE TERAPIA VAC Y TOXINA BOTULÍNICA: SERIE DE TRES CASOS

Alvarez, A.(1); Zuñiga, L.(1); Ortega, C.(1);
(1): Hospital para el niño IMIEM, Toluca, México

Introducción:
El onfalocele gigante representa uno de los mayores retos en cirugía neonatal debido a la desproporción víscero-abdominal y al riesgo de hipertensión intraabdominal. La terapia de presión negativa (VAC) y la aplicación de toxina botulínica han surgido como estrategias prometedoras para favorecer el cierre primario de la pared abdominal.

Material y Método:
Estudio retrospectivo descriptivo de una serie de tres casos de recién nacidos con onfalocele gigante tratados mediante terapia VAC, asociada a toxina botulínica tipo A en pacientes seleccionados, con cierre primario diferido de la pared abdominal durante el periodo neonatal.

Resultados:
Los tres pacientes iniciaron alimentación enteral temprana. Dos fueron sometidos a reducción progresiva del contenido herniario mediante terapia VAC, la alimentación se mantuvo durante la terapia; uno de ellos recibió además toxina botulínica tipo A para favorecer el cierre sin tensión. El tercer paciente recibió únicamente toxina botulínica como tratamiento preoperatorio antes del cierre quirúrgico. Todos lograron cierre primario de la pared abdominal satisfactorio aplicando una técnica de umbilicoplastia, sin requerir silo, con resultados además estéticos favorabes. Un paciente presentó infección superficial del sitio quirúrgico resuelta con manejo conservador. Ningún caso desarrolló síndrome compartimental, dehiscencia o hernia postincisional durante el seguimiento inicial. El egreso hospitalario ocurrió entre las dos y cuatro semanas posteriores al procedimiento definitivo.

Discusión:
La combinación de terapia VAC y toxina botulínica constituye una estrategia segura y reproducible para el manejo del onfalocele gigante. Nuestros resultados son concordantes con la literatura reciente, que demuestra que estas estrategias favorecen el cierre primario sin tensión. La baja morbilidad observada y los resultados funcionales y estéticos satisfactorios respaldan esta técnica como una alternativa viable para el tratamiento neonatal del onfalocele gigante.

P120) USO DE PELNAC, NUEVA MATRIZ DÉRMICA, PARA COBERTURA CUTÁNEA EN HEK DE ANTEBRAZO

Paulos Parot, M.(1); Reyes, S.(2); Ellsworth, K.(3); Montecinos, T.(4); Broussain, V.(1); Lagos J, C.(1); Muñoz, M.(1);
(1): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Residente de Cirugía Plástica U. Andes, Santiago, Chile (3): Residente de Cirugía Plástica U. Finis Terrae, Santiago, Chile (4): Estadía de Capacitacion Cirugía Plástica Pediátrica U. Andes, Santiago, Chile

Introducción: El hemangioendotelioma kaposiforme (HEK) es un tumor vascular que puede presentar un manejo clínico complejo debido a su persistencia. Las matrices dérmicas constituyen una alternativa reconstructiva para defectos cutáneos complejos, favoreciendo la formación de una neodermis y mejorando la calidad de la cicatrización. El objetivo es presentar la resolución quirúrgica de un paciente con una lesión persistente y sintomática pese al tratamiento médico.

Material y Método: Estudio retrospectivo de caso clínico. Se revisó la evolución de un paciente pediátrico con diagnóstico de HEK, sometido a resección y reconstrucción por cirugía plástica.

Resultados: Paciente masculino de 7 años con HEK de antebrazo derecho diagnosticado precozmente, sin fenómeno de Kasabach-Merritt. Tras confirmación histopatológica, recibió tratamiento intermitente con rapamicina (sirolimus) por más de cuatro años. Por sintomatología fluctuante con aumento de volumen y dolor al suspender el fármaco, se indicó resección quirúrgica. Se realizó resección en bloque de un tumor de 7x5 cm hasta el plano fascial. La reconstrucción inmediata se efectuó aplicando matriz dérmica bilaminar (Pelnac®), fijada con terapia de presión negativa. Tres semanas después, evidenciando un lecho vital granulatorio, se retiró la silicona y se aplicó un injerto dermoepidérmico de cuero cabelludo asociado a presión negativa. En el seguimiento, el injerto presentó un 100% de integración, logrando una cobertura estable, ausencia de retracciones y buen resultado funcional y estético.

Discusión: El uso de matrices dérmicas representa una alternativa segura y efectiva para la reconstrucción de defectos cutáneos extensos post-oncológicos en pacientes pediátricos. Este enfoque quirúrgico en dos tiempos permite obtener una adecuada cobertura y resultados cicatriciales, funcionales y estéticos favorables tras la resección de tumores vasculares refractarios a la terapia médica.

P121) MULTIPLE MILIARY OSTEOMA CUTIS OF THE FACE FOLLOWING A DOG BITE INJURY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

De Stefano, S.(1); Roggero, A.(1); Dardanelli, C.(1); Pinto, G.(1); Macchiavello, R.(1); Maricic, M.(1); Navacchia, D.(1);
(1): Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Background: Multiple miliary osteoma cutis (MMOC) is a rare disorder characterized by heterotopic bone formation within the dermis and subcutaneous tissue. It is usually associated with acne or chronic inflammatory dermatoses, while post-traumatic cases are exceptional. We report a pediatric case of MMOC developing as a long-term sequela of a facial dog bite.

Case presentation: An 18-year-old female presented with a slowly progressive hard mass in the right cheek. Her medical history included a facial dog bite at 4 years of age, followed by surgical excision of a right cheek lesion in 2017. At that time, ultrasound suggested a calcifying granuloma, and histopathology was reported as a hematoma with microcalcifications. Due to limited follow-up related to socioeconomic factors, the patient was not reassessed until 2026. Magnetic resonance imaging revealed a multilobulated solid-cystic subcutaneous lesion (25×24×17 mm) in the right nasolabial fold, containing multiple rounded hypointense foci on all sequences, consistent with osseous deposits. Surgical excision through the previous scar identified 11 non-encapsulated subcutaneous nodules

measuring 2–15 mm. Histopathological examination confirmed multiple miliary osteoma cutis. Retrospective review of the 2017 specimen led to revision of the initial diagnosis, recognizing MMOC at that time. Postoperatively, the patient developed marked ipsilateral facial and periorbital edema, which resolved with compression and systemic corticosteroids.

Conclusion: This case highlights MMOC as a rare delayed complication of facial trauma, with prolonged latency influenced by social factors. MMOC should be considered in the differential diagnosis of progressive hard facial masses in patients with a history of trauma or prior surgery, including pediatric and young adult populations.

P122) FASCITIS NECROTIZANTE MULTIFOCAL PEDIÁTRICA: DESAFÍO DE MANEJO AGUDO, RECONSTRUCTIVO DE SECUELAS Y TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO.343

Cisternas, V.(1); Veas, M.(1); Araneda, D.(2); Narvaez, C.(3);
(1): Residente de Cirugía Pediátrica, Universidad de Concepción, Concepción, Chile (2): Interna de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile (3): Cirujana Plástica Pediátrica, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile

Introducción:
La fascitis necrotizante pediátrica es una infección invasiva infrecuente, rápidamente progresiva y potencialmente fatal. Su presentación inicial puede ser oligosintomática, por lo que la sospecha clínica y el desbridamiento quirúrgico precoz son determinantes. Presentamos un caso de manejo agudo complejo, reconstrucción secuelar y abordaje multidisciplinario prolongado.

Material y Método:
Estudio retrospectivo descriptivo de caso clínico, mediante revisión de ficha clínica, evolución quirúrgica y seguimiento reconstructivo.

Resultados:
Paciente masculino de 9 años, con antecedente de obesidad infantil y vacunación al día, consulta por cinco días de dolor abdominal, fiebre y lesiones pustulares inicialmente interpretadas como varicela. Evoluciona con diarrea, shock séptico y compromiso multiorgánico, requiriendo ingreso a cuidados intensivos, ventilación mecánica, reanimación hemodinámica y drogas vasoactivas. Presentó lesión cervical derecha violácea con bulas y escara, asociada a parámetros inflamatorios y metabólicos severamente alterados. Se realizó escarectomía y desbridamiento, confirmándose fascitis necrotizante cervical con compromiso hasta platisma y trombosis de vasos perforantes. Posteriormente desarrolló focos sacro y de cuero cabelludo, requiriendo múltiples aseos quirúrgicos, desbridamientos seriados y soporte intensivo prolongado. La reconstrucción incluyó injertos cutáneos, colgajos de avance, terapia de presión negativa, colostomía derivativa y expansión tisular glútea. Presentó pérdida parcial de injertos y colgajos, requiriendo nuevos procedimientos. El manejo exigió coordinación con pediatría intensiva, infectología, cirugía infantil, cirugía plástica, fisiatría, kinesiología, fonoaudiología, enfermería, nutrición y rehabilitación integral.

Finalmente se logró cobertura estable y cierre de colostomía. Actualmente continúa en rehabilitación por secuelas neuromotoras.

Discusión:
El caso evidencia la alta morbimortalidad de esta patología y la necesidad de diagnóstico oportuno, desbridamiento agresivo, soporte intensivo y reconstrucción escalonada. El trabajo multidisciplinario fue clave para superar la fase crítica, manejar complicaciones y sostener la recuperación funcional.

P123) MANEJO ESTÉTICO DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA FRONTAL MEDIANTE LIPOFILLING SERIADA: REPORTE DE UN CASO BASADO EN EVIDENCIA.

Gómez, A.(1); Iturriaga, P.(1); Alarcón, M.(2);
(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): SalvereSalud, Temuco, Chile

Introducción

La Aplasia Cutis Congénita (ACC) es una malformación infrecuente que genera secuelas estéticas y psicosociales. La literatura actual, respaldada por revisiones sistemáticas recientes, posiciona al lipofilling autólogo como una intervención segura y eficaz para corregir déficits de volumen facial en pediatría, aprovechando sus propiedades volumétricas y regenerativas tisulares. El objetivo es describir el manejo estético y los resultados clínicos de la lipotransferencia seriada en un caso de ACC frontal.

Material y Método

Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico. La recolección de datos integró la revisión del registro clínico electrónico y el análisis de biometría ecográfica comparativa para garantizar una evaluación objetiva del defecto.

Resultados

Paciente femenina evaluada inicialmente por atrofia cutánea frontal derecha congénita, asociada a hipoplasia frontal y asimetría ocular. La ecografía doppler de partes blandas cuantificó objetivamente la hipoplasia subcutánea (6 mm de espesor en zona afectada vs. 28 mm contralateral), descartando malformaciones vasculares subyacentes. A los 13 años se ejecutó la primera lipotransferencia facial. El seguimiento posoperatorio demostró una óptima integración del injerto, logrando un contorno tisular más regular y con buen resultado estético. Conforme a las recomendaciones de injerto conservador, se planificó un segundo tiempo quirúrgico para optimización volumétrica.

Discusión

La reconstrucción de la ACC representa un desafío clínico. Nuestro abordaje concuerda con estudios internacionales de alto nivel metodológico que validan que el tejido adiposo injertado mejora la calidad trófica de los tejidos adyacentes. El uso de múltiples sesiones previene la sobrecorrección y se adapta dinámicamente al desarrollo maxilofacial del adolescente. Concluimos que el lipofilling seriado es una estrategia reconstructiva segura, basada en evidencia, con excelentes resultados estéticos para el manejo de la ACC.

P124) NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO DE LA REGIÓN FRONTAL EN PEDIATRÍA: RECONSTRUCCIÓN ESTÉTICA POR ETAPAS CON EXPANSIÓN TISULAR. REPORTE DE UN CASO.

Florin, C.(1); Fuentes, T.(1);
(1): Hospital Dr Sotero Del Rio, Santiago, Chile

Introducción

Los nevos melanocíticos congénitos (NMC) faciales son un desafío reconstructivo en cirugía plástica pediátrica por su impacto estético y psicosocial. En los NMC pequeños y medianos el riesgo de transformación maligna es bajo (<1 %), por ello la indicación quirúrgica es principalmente reconstructiva. La expansión tisular es una técnica de elección con piel adyacente disponible, al aportar piel de color, textura y anexos similares. El objetivo de este trabajo es describir el manejo reconstructivo por etapas de un NMC frontonasal mediante expansión tisular y resección seriada, destacando el resultado estético-funcional por subunidades.

Material y Método

Estudio retrospectivo descriptivo de un caso clínico, con revisión de la planificación quirúrgica, la técnica reconstructiva y los resultados estéticos.

Resultados

Paciente de 4 años con NMC mediano (5 × 2,5 cm), en región frontonasal con compromiso de la ceja medial y región periorbitaria medial derecha. Se colocó un expansor tisular curvo frontal de 55 cc, con expansión progresiva durante ocho semanas. Tras retirarlo se realizó resección amplia del nevo y avance del colgajo para reconstruir las subunidades comprometidas. Por nevo residual se realizaron dos resecciones seriadas con plastías locales asociado a reposición de la ceja. Al año de seguimiento se observó cobertura completa, adecuada posición y simetría de la ceja, sin secuelas funcionales.

Discusión

En los NMC faciales el tratamiento debe priorizar la armonía facial sobre el riesgo oncológico, considerando que la escisión no modifica el riesgo de melanoma extracutáneo. La expansión

tisular es el estándar reconstructivo: minimiza la morbilidad del sitio dador y evita injertos. En zonas periorbitarias y de la ceja, la planificación por subunidades, el abordaje escalonado y la reposición de la ceja son esenciales para optimizar el resultado; su realización en edad preescolar favorece la integración psicosocial. La expansión tisular resulta eficaz, con mínima morbilidad y excelente resultado estético.

P125) MANEJO RECONSTRUCTIVO ESCALONADO DE AVULSIÓN FACIAL EXTENSA POR MORDEDURA CANINA. REPORTE DE CASO.

Maturana, F.(1); Florin, C.(2); Fuentes, T.(2);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Dr. Sotero del Rio, Santiago, Chile

Introducción

Las mordeduras caninas constituyen una causa frecuente de trauma facial en la población pediátrica; sin embargo, las avulsiones hemifaciales extensas son excepcionales y representan un importante desafío reconstructivo. La pérdida palpebral asociada incrementa el riesgo de pérdida visual, por lo que la preservación del globo ocular constituye la prioridad terapéutica inicial. El objetivo es describir el manejo y la evolución de un adolescente con una avulsión hemifacial extensa, destacando la estrategia reconstructiva y el abordaje multidisciplinario.

Material y método

Se realizó una revisión retrospectiva descriptiva de un caso clínico analizando la evolución clínica, el tratamiento quirúrgico y los resultados funcionales de un paciente con avulsión hemifacial secundaria a mordedura canina.

Resultados

Paciente masculino de 15 años derivado a nuestro centro tras mordedura canina, con avulsión hemifacial derecha de espesor completo, pérdida palpebral superior e inferior, compromiso periocular con exposición del globo ocular viable y extensión contralateral hacia la región supraciliar y palpebral izquierda. El manejo fue realizado por un equipo multidisciplinario integrado por cirugía plástica pediátrica, oculoplastia y medicina intensiva pediátrica. El tratamiento incluyó aseos quirúrgicos seriados, antibioterapia y terapia de presión negativa. Se realizó reconstrucción escalonada mediante colgajos locales, seguida de reconstrucción periocular con colgajos frontal y de mejilla. El defecto temporoparietal residual fue reconstruido con matriz dérmica e injerto cutáneo. Se obtuvo cobertura estable de las estructuras expuestas, preservando globo ocular, viabilidad de los colgajos, adecuada integración de la matriz dérmica y del injerto.

Discusión

La avulsión hemifacial por mordedura canina constituye una lesión excepcional, con escasa evidencia que oriente su manejo reconstructivo. Este caso demuestra que un abordaje multidisciplinario, basado en el control inicial de la contaminación, la preservación del globo ocular y una reconstrucción escalonada, permite restaurar la cobertura de estructuras críticas y optimizar las condiciones para la reconstrucción definitiva.

P126) COMPLICACIONES EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMA VERRUCOSO Y USO DE SIROLIMUS. ¿PODRÍA EL ADYUVANTE SER LA CAUSA DE LAS COMPLICACIONES? PRESENTACIÓN DE 1 CASO.

Muñoz Pérez, M.(1); Paulos Parot, M.(1); Lagos Jefferson, C.(1); Broussain Kyling, V.(1); Ellsworth Capo, K.(1);
(1): Hospital de Niños Dr Roberto del Rio, Santiago, Chile

Introducción: El hemangioma verrucoso (HV) es una malformación vascular congénita infrecuente que afecta predominantemente extremidades inferiores. Se caracteriza por placas eritemato-violáceas que progresan a placas hiperqueratósicas verrucosas que pueden manifestarse desde el nacimiento, no involucionan y se extienden hasta el tejido subcutáneo. El gold estándar de tratamiento es la resección quirúrgica, con recidiva cercana 30%. Dada su baja incidencia no existen protocolos para uso de adyuvantes; sin embargo, el Sirolimus se utiliza para restringir su progresión y sintomatología.

Material y Método: estudio retrospectivo. Descripción del manejo de 1 caso de HV y sus complicaciones, complementado con revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 15años con HV en pierna y dorso del pie, con episodios de ulceración y sangrado. Tras confirmación ecográfica y evaluación multidisciplinaria, se decidió resección quirúrgica asociada a Sirolimus oral (3 meses pre y postoperatorio ininterrumpido) para mitigar el riesgo de recurrencia. Se realizó exéresis completa hasta el plano suprafascial. El defecto se manejó con sustituto dérmico e injerto dermoepidérmico. La paciente presentó pérdida tardía de injertos (4° semana post operatoria) que requirió reinjerto en parches y cierre por segunda intención. Actualmente permanece libre de recidiva tras 20 meses de seguimiento.

Discusión: Queremos alertar sobre posibles complicaciones quirúrgicas asociadas el uso de Sirolimus en el período perioperatorio inmediato. Aunque el mecanismo antiproliferativo y antiangiogénico del fármaco busca reducir la recidiva, estas mismas propiedades alteran el proceso de cicatrización. Existen reportes que lo vinculan con complicaciones en la cicatrización de heridas quirúrgicas, dehiscencia e incluso mayor tasa de infecciones de herida operatoria. Ante la ausencia de un protocolo definitivo que regule la ventana de suspensión y reinicio del fármaco, y tomando en cuenta su prolongada vida media es fundamental realizar una estricta evaluación riesgo-beneficio antes de su administración.

P127) NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: EL ROL DEL CIRUJANO EN LA PATOLOGÍA CUTÁNEA GRAVE, UNA SERIE DE CASOS

Veas Diaz, M.(1); Cisternas Lopez, V.(1); Hohf Nova, M.(1); Colinas Grilli, M.(1); Azocar Hitschfeld, D.(2); Caceres Gonzalez, R.(2);
(1): Universidad de Concepción, Concepción, Chile (2): Hospital Guillermo Grant Benavente, Servicio de Quemados, Concepción, Chile

Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrolisis epidérmica tóxica (NET) son reacciones adversas cutáneas graves, habitualmente secundarias a fármacos, clasificadas según el porcentaje de superficie corporal total (SCT) comprometida. La NET presenta una incidencia pediátrica estimada de 0,4–1,45 casos por millón de niños. El diagnóstico es principalmente clínico, asociado al antecedente de introducción o aumento de dosis de un medicamento de riesgo. El tratamiento es multidisciplinario, basado en inmunomodulación, soporte intensivo y manejo local de las lesiones, reservando la cirugía para curaciones avanzadas, desbridamiento y control de complicaciones. Materiales y método: Se presentan dos casos de NET secundaria a lamotrigina manejados por el equipo de Cirugía Pediátrica de la Unidad de Quemados Infantil del Hospital Guillermo Grant Benavente. El primer caso corresponde a un adolescente de 14 años con trastorno del espectro autista, quien desarrolló compromiso cutáneo y mucoso del 85% de SCT, con sobreinfección por *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*. Requirió hospitalización en UCI pediátrica durante dos meses, antibioticoterapia, curaciones seriadas y aplicación de membrana amniótica, logrando reepitelización satisfactoria. El segundo caso corresponde a una paciente de 7 años con epilepsia, quien presentó NET con compromiso del 70% de SCT tras ajuste de lamotrigina. Recibió manejo intensivo con corticoides, inmunomoduladores y curaciones periódicas, alcanzando reepitelización completa y alta sin complicaciones. Discusión y conclusiones: La NET pediátrica es infrecuente, pero puede requerir participación activa del cirujano pediátrico en el manejo de lesiones extensas y sobreinfectadas. Esta serie destaca que el tratamiento conservador, asociado a aseo quirúrgico, desbridamiento selectivo y curaciones avanzadas, permite una evolución favorable incluso en casos graves, dentro de un enfoque multidisciplinario.

CGE-D2.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D2.2

O043) USO DE LA TERMOGRAFÍA INFRARROJA EN LA EVALUACIÓN PRIMARIA DE TUMORES ÓSEOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Leon Zamudio., J.(1); Amaya Zepeda, R.(2); Vásquez Gutierrez, E.(3); Toledo Angeles, C.(3); Gonzalez., A.(4); Matsumura, K.(5); Schaerer, P.(6);
(1): INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)., PUEBLA., Mexico (2): INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)., CDMX, Mexico (3): INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)., MONTERREY, Mexico (4): INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO

SOCIAL (IMSS)., LEON. GTO., Mexico (5): MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL., ASUNCIÓN, Paraguay. (6): MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL., ASUNCIÓN., Paraguay.

INTRODUCCIÓN.

Los tumores óseos representan un desafío diagnóstico en pediatría, especialmente en entornos con recursos limitados donde el acceso a resonancia magnética (RM) y tomografía computarizada (TC) es restringido. La termografía infrarroja (TI) detecta hipertermia tumoral mediante mecanismos fisiopatológicos como el efecto Warburg, angiogénesis y flujo sanguíneo aumentado. El objetivo fue evaluar la utilidad de la TI como herramienta diagnóstica no invasiva para diferenciar tumores óseos benignos y malignos en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, multicéntrico, longitudinal y comparativo realizado entre marzo de 2025 y marzo de 2026 en cinco hospitales de México y Paraguay. Se incluyeron 85 pacientes <18 años con sospecha de tumor óseo. Se realizó evaluación termográfica con sensor TLANESIS® a 5 cm de la lesión, comparando con extremidad contralateral. Se analizó concordancia diagnóstica mediante índice kappa y capacidad discriminativa mediante curva ROC.

RESULTADOS

La edad media fue 12.3 ± 3.5 años. La prevalencia de malignidad fue 29.4% (25/85). La temperatura tumoral fue significativamente mayor en malignos (35.20 ± 0.94°C) vs benignos (33.59 ± 0.89°C; $p < 0.0001$). El área bajo la curva (AUC) fue 0.933 (IC 95%: 0.811-0.999). El umbral óptimo de 2.8°C mostró sensibilidad 86.7% y especificidad 95.9%.

DISCUSIÓN

La TI demostró excelente capacidad discriminativa para diferenciar tumores óseos benignos y malignos, con valores predictivos superiores a modalidades estructurales convencionales en la evaluación inicial. La técnica refleja actividad metabólica y vascularización tumoral, proporcionando información funcional complementaria. Su bajo costo, portabilidad y ausencia de radiación la posicionan como herramienta útil para triage en sistemas de salud con recursos limitados, mejorando la estratificación temprana del riesgo y reduciendo retrasos diagnósticos.

CONCLUSIÓN

La termografía infrarroja costituye una herramienta diagnóstica no invasiva, con elevada capacidad discrimitiva (AUC 0.933), para diferenciar tumores óseos benignos y malignos en población pediátrica.

O044) MANEJO DE LESIONES QUÍSTICAS OVÁRICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE: ENCUESTA INTERNACIONAL

Ralph, C.(1); Schulin-zeuthen, C.(2); López, P.(3); Yankovic, F.(4); Lavado, I.(5); Paez, J.(6); González, G.(7);
(1): Universidad Católica/ Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Universidad Católica, Santiago, Chile (3): Rainbow Babies and Children's , Cleveland Clinic, Cleveland, USA (4): Hospital Exequiel González Cortés/Clínica Santa María, Santiago, Chile (5): Hospital Dr Mauricio Heyermann, Angol, Chile (6): HOMI Fundación hospital pediátrico de la Misericordia/Hospital Simón Bolívar, Bogota, Colombia (7): Children's Hospital, Cleveland Clinic, Cleveland, USA

Introducción: Las lesiones ováricas (LO) en población pediátrico-adolescente (PPA) representan un desafío diagnóstico-terapéutico. Los sistemas de estratificación de riesgo como IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) o RMI (Risk of Malignancy Index), solo han sido validados para mujeres adultas. En este contexto, la caracterización de la práctica clínica actual en PPA, resulta necesaria para identificar brechas, orientar el diseño de guías y futuras investigaciones.

Objetivo: Describir y analizar la práctica clínica en el manejo de LO en PPA entre diferentes especialidades, identificando conducta, grado de adhesión a sistemas de clasificación y principales barreras percibidas.

Materiales y Métodos: Encuesta electrónica, distribuida en 3 idiomas a través de redes académicas y sociedades científicas internacionales, dirigida a cirujanos/pediátricos, ginecólogos/infantojuveniles y ginecólogos/obstetras. El análisis incluyó estadística descriptiva, analítica y de concordancia.

Resultados: Se obtuvieron 235 respuestas, 63.8% fueron cirujanos-urólogos-pediátricos, 20.0% ginecólogos-infantojuveniles y 13.6% ginecólogos-obstetras; 74.4% reportó >10 años de experiencia. El 59.3% declaró seguir alguna guía clínica: IOTA 51.4%, RMI 20.7%, institucional 27.9%. De las 5 características de malignidad de IOTA sus usuarios utilizan: M1-componente sólido 80.6%, M2-ascitis 0%, M3-papilas 83.3%, M4-irregular/tamaño 87.5%, Doppler 76.4%. Entre especialidades se observaron diferencia significativa ($p<0.01$) en solicitud de marcadores tumorales, método de imagen y tamaño de la LO como indicación quirúrgica. La conducta inicial fue manejo médico en la mayoría, sin embargo el protocolo de seguimiento varió por especialidad. En caso de cirugía, la aspiración/quistectomía 98.7%, y laparoscopía (90.4%) fueron la elección. De las barreras identificadas destacan: ausencia de protocolos diagnósticos (68.9%) y seguimiento (64.3%) específicos.

Conclusiones: Esta encuesta evidencia un manejo heterogéneo en LO-pediátricas, con consenso en la técnica quirúrgica, pero con brechas en la estandarización diagnóstica y adhesión a sistemas de riesgo. La falta de protocolos específicos fue la barrera más frecuentemente reportada, reforzando la necesidad de guías clínicas basadas en evidencia pediátrica.

O045) EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO SIOP-RTSG UMBRELLA 2016 EN TUMORES RENALES NO-WILMS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN SANTIAGO DE CHILE

Mora Fritis, C.(1); Catoia Fonseca, B.(2); Campos Varas, J.(2);
(1): Residente Cirugía Pediátrica Universidad de Chile - Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile (2): Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile

Introducción: Los tumores renales representan entre el 3-11% de los tumores sólidos infantiles, de los cuales el 80-90% corresponde a tumor de Wilms (1). Los tumores renales no Wilms (TRNW) son infrecuentes y presentan comportamiento heterogéneo y peor pronóstico (2,3). El protocolo SIOP-RTSG UMBRELLA 2016 estandariza el estudio y tratamiento de los tumores renales pediátricos (4). El objetivo de este trabajo es describir la incidencia, tratamiento y resultados de pacientes con TRNW desde la implementación local de UMBRELLA.

Material y método: Estudio descriptivo, de cohorte retrospectiva, de pacientes menores de 15 años con TRNW tratados entre 2018–2026 en un hospital pediátrico de alta complejidad en Santiago de Chile.

Resultados: 31 pacientes con diagnóstico preoperatorio de tumor renal primario maligno, de los cuales 6 fueron TRNW (20,7%). 4 pacientes de sexo masculino, con mediana de edad al diagnóstico de 38,5 meses (rango 6–141). Los diagnósticos finales incluyeron carcinoma de células renales, sarcoma de Ewing extraóseo, adenoma metanéfrico, tumor rabdoide maligno, sarcoma de células claras y hematoma organizado. 4 de 6 pacientes fueron sintomáticos: 2 por hematuria y 2 por masa abdominal palpable. Un paciente presentó enfermedad metastásica al diagnóstico. 3 niños recibieron quimioterapia preoperatoria. Todos fueron sometidos a nefroureterectomía radical con muestreo ganglionar, mediante abordaje abierto en 4 casos y laparoscópico en 2. Un paciente requirió trombectomía. La sobrevida global fue de 83,3%, sin recurrencias registradas.

Discusión: Este trabajo corresponde al primer informe sobre manejo de TRNW desde la implementación nacional del protocolo UMBRELLA. La sobrevida global de 83,3% es comparable con series internacionales (2,3), con un pronóstico desfavorable en tumor rabdoide. La cirugía mínimamente invasiva se considera como una alternativa en pacientes seleccionados.

Conclusión: El protocolo UMBRELLA permite sistematizar el abordaje diagnóstico y terapéutico de los tumores renales pediátricos. Esta revisión constituye una base hacia una colaboración multicéntrica nacional.

O046) CINÉTICA DE DESCENSO DE AFP Y DESENLACE EN HEPATOBLASTOMA PRETEXT III/IV OPERADO.

Gonzalez, G.(1); Ostolaza, A.(2); Delgado, M.(2); Perez, A.(3); Rizzardini, C.(3); Paris, C.(3);
(1): Cleveland Clinic- Universidad de Chile, CLEVELAND, Estados Unidos (2): Hospital Dr Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (3): Cómite Hepatoblastoma PINDA, Santiago, Chile

Introducción: En hepatoblastoma PRETEXT-III/IV la resecabilidad tras respuesta a quimioterapia es determinante. El objetivo fue analizar la asociación entre velocidad de descenso de alfafetoproteína (AFP) y pronóstico.

Método: Se analizó cohorte retrospectiva de 29 pacientes con PRETEXT-III/IV (n=17/12), tratados según SIOPEL-4 entre 2005 y 2025, y cirugía (15 resecciones/14 trasplantes). Se calculó la velocidad de descenso de AFP (log10-unidades/mes) entre diagnóstico y cirugía. Se evaluó fallecimiento y su causa, distinguiendo progresión tumoral, de otras no-tumorales. El análisis incluyó Mann-Whitney, correlación Spearman, Kaplan-Meier/log-rank, y Cox-univariado y multivariado ajustando confundentes.

Resultados: Mediana edad al diagnóstico 26,3 meses (RIC-15,9-53,0); 18 masculinos (62,1%). Diecinueve-65,5% clasificados como riesgo alto. Invasión vascular en 8/27 (29,6%), multifocalidad 15-51,7%, rotura tumoral 7-24,1% y metástasis pulmonar 15-51,7%. Hubo 5 recaídas (actualmente, 2 libres de enfermedad, 1 vive con recaída y 2 fallecieron), y 4 muertes totales (2=progresión, 2=no-tumoral). La progresión compuesta (recaída/muerte por progresión) ocurrió en 5 pacientes (17,2%). Mediana AFP-basal 196.540 ng/mL y prequirúrgica 628 ng/mL, intervalo diagnóstico-cirugía de 167,5-días.

La velocidad de descenso fue menor en progresión(+), con diferencia en nivel de tendencia (mediana 0,19 vs. 0,48 log10/mes; p=0,094). En Cox-univariado, la velocidad se asoció a menor riesgo de progresión (HR 0,06; p=0,092); la AFP-basal no predijo progresión (HR 1,000; p=0,867). En análisis multivariado, solo invasión vascular fue factor confundente, asociándose a menor velocidad (p=0,054) y al desenlace (4/8 vs. 1/19; p=0,017). Ajustando por invasión, el efecto velocidad se mantuvo (HR 0,03) pero perdió significancia (p=0,181). Las curvas Kaplan-Meier mostraron igual tendencia (log-rank-SLE p=0,283; ST p=0,115).

Discusión y conclusión: La cinética de descenso de AFP muestra una tendencia de asociación con el riesgo de progresión en hepatoblastoma PRETEXT-III/IV operado. Invasión vascular fue confundente relevante, sin significancia estadística estricta tras precisar la causa de muerte. Los hallazgos son exploratorios y requieren validación prospectiva en cohortes mayores.

O047) CONCORDANCIA DE IMÁGENES Y HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS EN TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS EN PEDIATRÍA

Moncada Vidal, K.(1); Canahuate Bravo-iratchet, A.(2); Neira Terraza, C.(3); Sánchez Elgueta, C.(4); Sierralta Born, M.(5); González García, G.(6);
(1): Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Chile (2): Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique, Chile (3): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (6): Cleveland Clinic Children's Hospital, Ohio, Estados Unidos

Introducción: La imagen preoperatoria y la impresión intraoperatoria orientan el manejo quirúrgico de los tumores ováricos pediátricos, pero la literatura reporta una concordancia variable y habitualmente débil a moderada con la histología, patrón de referencia. El objetivo fue evaluar dicha concordancia en una cohorte pediátrica de tumores ováricos benignos (TOB).

Métodos: Posterior a autorización por comité de ética, se realizó estudio descriptivo retrospectivo de 35 pacientes pediátricas con TOB (teratoma maduro 60.0%, cistoadenoma 34.3%, otro tumor 5.7%), intervenidas por vía laparoscópica. Se utilizó ecografía preoperatoria en 88.6% (31/35), resonancia magnética en 17.1% (6/35) y tomografía en 25.7% (9/35); los marcadores tumorales (AFP, bHCG, LDH, CA-125, CEA) fueron normales en prácticamente la totalidad de los casos en que se determinaron. La concordancia de la imagen y de la impresión intraoperatoria frente a la histología (patrón de referencia) se evaluó mediante matrices de confusión, exactitud global, kappa de Cohen con intervalo de confianza 95% por bootstrap, y sensibilidad/especificidad/valor predictivo positivo/negativo por categoría.

Resultados: La exactitud global imagen-histología fue 51.4% (kappa=0.284; IC95% 0.125–0.442) y la del diagnóstico intraoperatorio-histología fue 40.0% (kappa=0.215; IC95% 0.110–0.348), ambas en rango de concordancia débil. La sensibilidad por imagen fue mayor para teratoma (71.4%) que para cistoadenoma (16.7%); el patrón fue similar para la impresión intraoperatoria (teratoma 52.4%, cistoadenoma 8.3%). La concordancia no varió de forma relevante al estratificar por tamaño tumoral (kappa 0.321 frente a 0.264).

Discusión/conclusión: La concordancia de la imagen y, en mayor medida, de la impresión intraoperatoria con la histología fue débil en esta serie. Aunque los hallazgos corresponden exclusivamente a TOB, esta incertidumbre diagnóstica respalda mantener principios técnicos estrictos para evitar el derrame intraoperatorio —contención en bolsa endoscópica, manipulación cuidadosa y evitar la punción— mientras no se haya confirmado la naturaleza benigna de la lesión.

O048) SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS EN PEDIATRÍA

Moncada Vidal, K.(1); Canahuate Bravo-iratchet, A.(2); Neira Terraza, C.(3); Sánchez Elgueta, C.(4); Sierralta Born, M.(5); González García, G.(6);
(1): Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Chile (2): Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique, Chile (3): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile, Santiago, Chile (5): Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (6): Cleveland Clinic Children's Hospital, Ohio, Estados Unidos

Introducción: La cirugía ovario-conservadora por vía mínimamente invasiva (CMI) se ha convertido en el abordaje preferido para tumores ováricos benignos (TOB) en pediatría, pero la evidencia comparativa frente a cirugía abierta sobre recurrencia y complicaciones sigue siendo limitada. El objetivo fue evaluar la seguridad de la CMI en una cohorte pediátrica y contrastar los resultados con la literatura publicada.

Material y Método: Posterior a aprobación por comité de ética, se realizó estudio retrospectivo de 35 pacientes pediátricas intervenidas por CMI (100%) por TOB (teratoma maduro 60%, cistoadenoma 34%, otros 6%). Se analizaron complicaciones intra y postoperatorias, recurrencia (ipsilateral, contralateral y global) y reoperación, comparando las tasas con revisiones sistemáticas y series publicadas (2021-2026). Las variables categóricas se compararon con chi-cuadrado/Fisher y las cuantitativas con Mann-Whitney o Kruskal-Wallis según normalidad (Shapiro-Wilk); la recurrencia se evaluó con curvas de Kaplan-Meier (alfa=0.05).

Resultados: La rotura/derrame intraoperatorio ocurrió en 34.3% (12/35), sin conversión a cirugía abierta ni lesión de órgano vecino, concordante con series de CMI (40–50%) y superior a la cirugía abierta (10–15%). Las complicaciones postoperatorias fueron 8.6% (3/35)[MS1] , comparable a lo reportado. Durante el seguimiento, mediana de 54,6 meses (IQR 72,6), la recurrencia global fue 14.3% (5/35): 8.6% ipsilateral y 5.7% contralateral/metacrónica, dentro del rango publicado (2.6–23%) al aplicar definiciones equivalentes. La reoperación ocurrió en 11.4% (4/35), todas fueron recurrencias. El teratoma maduro presentó la mayor tasa de recidiva (19.0% versus 10-15% descrito), y 75% eran bilaterales, basada en pocos eventos.

Discusión/conclusión: A pesar de una mayor tasa de derrame intraoperatorio en la serie, esta no se asoció a mayor morbilidad grave ni a tasas de recurrencia discordantes con la literatura, respaldando su seguridad como estrategia de preservación ovárica. La ausencia de un grupo comparador de cirugía abierta propio y el tamaño muestral limitado restringen las conclusiones causales.

PL24) PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN ONCOPEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA PÚBLICO PIONERO DE CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO OVÁRICO. PERSPECTIVA DESDE LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Pérez Fernández, P.(1); Scarella Chamy, A.(2); Valero, M.(3); Ponce, H.(3); Palacios, C.(2); Garrido, M.(4); Moreno, A.(5);

(1): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (2): Clínica de Reproducción Humana Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile (3): Hospital Carlos Van Buren; Servicio de Pediatría, Hemato-oncología, Valparaíso, Chile (4): Hospital Carlos Van Buren; Servicio de Cirugía pediátrica.-Centro Interdisciplinario de Investigación Biomédica e Ingeniería para la Salud – MEDING. Universidad de Valparaíso., Valparaíso, Chile (5): Hospital Carlos Van Buren; Servicio de Cirugía pediátrica., Valparaíso, Chile

Introducción:

Los tratamientos oncológicos gonadotóxicos amenazan la reserva ovárica en niñas y adolescentes. La criopreservación de tejido ovárico (CTO) permite preservar el potencial reproductivo a futuro. Desde el 2019 se implementó en un hospital público regional chileno, en alianza con un centro universitario, un programa de preservación de fertilidad mediante CTO para pacientes oncológicas pediátricas. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia clínica y quirúrgica de los 7 años de aplicación de este programa.

Materiales y métodos:

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo (2019-2026) en pacientes pediátricas oncológicas sometidas a CTO. Se analizaron variables demográficas, diagnósticos, técnicas quirúrgicas, abordajes, complicaciones, procedimientos simultáneos bajo el mismo tiempo anestésico, entre otros.

Resultados:

Se analizaron los datos de 12 pacientes (mediana de edad: 11,5 años; rango 1-15); el principal diagnóstico fue Linfoma de Hodgkin (25%). Se utilizó principalmente abordaje laparoscópico (83,3%). Se realizó ooforectomía parcial unilateral en mayores de 9 años (58,3%) y ooforectomía total unilateral en pacientes prepúberes (41,7%). El procedimiento fue seguro, sin registro de complicaciones secundarias a CTO. Destacó una alta tasa de intervenciones simultáneas (91,7%); principalmente instalaciones de catéteres venosos centrales con reservorio (91,7%) y biopsias de médula ósea (41,7%). Actualmente, han fallecido 4 pacientes por avance de su enfermedad oncológica (33,3%); las sobrevivientes presentan una mediana de edad actual de 13,5 años (rango: 4-18) y ninguna ha hecho aún uso del tejido criopreservado.

Discusión:

La CTO por laparoscopía es una técnica segura y reproducible en niñas con cáncer. El abordaje interdisciplinario optimiza la seguridad perioperatoria abarcando múltiples necesidades quirúrgicas y diagnósticas en un único tiempo anestésico, disminuyendo riesgos asociados y garantizando un inicio terapéutico precoz.

Conclusión:

Este trabajo consolida el valor del programa como un modelo público pionero con financiamiento regional, sentando un precedente único en el acceso equitativo a la oncofertilidad pediátrica en Chile.

CP-D2.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D2.2

O049) ANÁLISIS DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO GES 55 GRAN QUEMADO: COMPARACIÓN ENTRE EL SISTEMA GRD Y LAS CANASTAS GES ESTRATIFICADAS POR GRAVEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Villegas Galilea, S.(1); Chávez, M.(1); Yáñez Valdés, J.(1); Muñoz Villanueva, R.(1); Cabrera, M.(2);
(1): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (2): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile

Introducción: El tratamiento del gran quemado es de alta complejidad e implica intenso consumo de recursos. En Chile, desde 2007, su manejo está garantizado por la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), que asegura acceso y financiamiento. La inclusión se basa en el Índice de gravedad de Garcés, que clasifica a los pacientes en grave, crítico y sobrevida excepcional. El modelo original utilizó canastas de costos promedio según gravedad inicial. En 2020, fue reemplazado por los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD), cuya asignación depende de la codificación diagnóstica al egreso.

Objetivo: Comparar los costos reales del tratamiento pediátrico con el financiamiento GRD y el modelo de canastas, evaluando sobrevida y años de vida potencial perdidos (AVPP) evitados.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes críticos y de sobrevida excepcional (2020–2025) en un centro de referencia. Se analizaron edad, superficie corporal quemada (SCQ) y sobrevida. El costo real se determinó mediante metodología institucional (SIGCOM), integrando estada en unidad crítica, cirugías, fármacos e insumos. Se comparó con el financiamiento GRD y canastas ajustadas por inflactor mediante razones de costo y pruebas estadísticas ($p<0.05$). Los AVPP evitados se estimaron según expectativa de vida nacional.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes (edad promedio: 3.9 años; SCQ: 34.7% [28–70%]). La sobrevida fue 100%. El sistema GRD subfinanció significativamente el tratamiento ($p=0.0005$), con brecha promedio de USD 12,276 por paciente y total de USD 765,122. Las canastas no difirieron del costo real ($p=1.00$). La brecha fue 21 veces mayor en sobrevida excepcional. El costo por AVPP evitado fue de USD 478, consistente con una intervención altamente costo-efectiva.

Conclusiones: El sistema GRD subestima el costo real del gran quemado pediátrico. Las canastas por gravedad reflejan mejor el consumo de recursos. Los AVPP evidencian el alto valor sanitario y respaldan la necesidad de optimizar el financiamiento.

O050) RECONSTRUCCIÓN DE QUEMADURA PROFUNDA PALMAR BILATERAL EN UN LACTANTE BASADA EN SUBUNIDADES ESTÉTICO-FUNCIONALES, RESTAURACIÓN DE PLIEGUES PALMARES E INJERTOS COMBINADOS: HACIA UN NUEVO CONCEPTO RECONSTRUCTIVO

Villegas Galilea, S.(1); Yañez, J.(1); Muñoz, R.(1); Cubillos, C.(1); Cerda, J.(1); Gong, Y.(1); Garrido, B.(1);
(1): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Introducción: Las quemaduras palmares profundas en lactantes representan un desafío reconstructivo, ya que la cobertura cutánea debe preservar la arquitectura funcional y la biomecánica de la mano. Aunque el injerto de piel total constituye el gold standard, su uso puede verse limitado en quemaduras bilaterales extensas por la escasez de zonas dadoras. En estos casos, los injertos de piel parcial permiten aportar cobertura, pero se asocian a mayor contractura, pérdida de concavidad palmar y peores resultados funcionales.

Objetivo: Presentar un caso clínico tratado mediante un concepto reconstructivo basado en subunidades estético-funcionales, restauración de pliegues palmares y uso estratégico de injertos combinados.

Materiales y Métodos: Lactante de 14 meses con quemaduras profundas bilaterales de palmas y dedos, con compromiso hasta el tejido celular subcutáneo. La reconstrucción se planificó según subunidades estético-funcionales: eminencias tenar e hipotenar, concavidad central, área digitopalmar, banda transversal interpliegue (“Corbatín”) y unidades digitales. Se asignaron injertos según relevancia funcional: piel total en subunidades críticas, como la eminencia tenar y el área “Corbatín”, y piel parcial en subunidades secundarias. Los límites fueron definidos mediante la recreación quirúrgica de los principales pliegues palmares, orientando la organización cicatricial.

Resultados: El prendimiento global de los injertos fue de 98%. Las áreas cubiertas con piel parcial presentaron mayor contractura, mientras que las subunidades reconstruidas con piel total mantuvieron estabilidad dimensional, preservando el ancho palmar, la convexidad tenar y la apertura de la primera comisura. A los 8 meses, la evaluación de terapeuta ocupacional describió buen desempeño funcional, sin limitación de ejecución de prensiones para actividades de juego y vida diaria.

Discusión: Este enfoque orienta la cicatrización, preserva la arquitectura funcional y protege subunidades críticas, favoreciendo una autocompensación biomecánica tisular que redistribuye fuerzas hacia áreas de menor impacto. Su aplicación podría constituir una alternativa reproducible cuando las zonas dadoras son limitadas.

O051) MUCORMICOSIS EN PACIENTES GRANDES QUEMADOS PEDIÁTRICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Urbina, G.(1); Gallardo, C.(2); Gras, P.(2); Claure, P.(2); Espinosa, F.(2); San Martin, C.(2); Rojas, D.(2);
(1): Hospital de la Florida, Santiago, Chile (2): Hospital de la Florida, ,

Introducción: El hongo Mucor es un patógeno oportunista, perteneciente al orden de los Mucorales, que puede afectar a pacientes grandes quemados. La mucormicosis presenta una prevalencia del 0,04% al 0,6%, generando una rápida progresión de la necrosis, lo que afecta la sobrevida de estos pacientes. La mayoría de la evidencia disponible corresponde a pacientes en edad adulta, por lo que es de gran interés evaluar la evolución en pacientes pediátricos.

Material y método: Estudio retrospectivo de caso clínico

Resultado: Presentamos el caso clínico de una paciente femenina de 11 años, sin antecedentes mórbidos, quien se vio involucrada en un incendio y sufrió quemaduras en el 85% de su superficie corporal (todas de grado AB-B y B). Entre los días 7 y 14 posteriores al evento, la paciente evolucionó con una infección por mucormicosis, diagnosticada mediante cultivo de tejido y biopsia. El manejo médico se realizó con antifúngicos en dosis altas y escarectomías agresivas y precoces; la paciente evolucionó favorablemente con un buen resultado funcional.

Discusión: Los casos clínicos reportados muestran mortalidades superiores al 33%, cifra que aumenta a medida que se incrementa la superficie corporal quemada; por otro lado, se cuenta con escasos reportes de esta patología en la edad pediátrica. La evolución favorable en este caso se logró gracias al desbridamiento del tejido afectado e instauración precoz del tratamiento antifúngico. Consideramos que el resultado exitoso de nuestra paciente se asocia a la toma oportuna de cultivos de tejido, lo que permitió pesquisar la infección antes de que se extendiera y facilitar así su tratamiento inmediato.

V04) TECNOLOGÍA LASER EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA

Cotignola, L.(1); Alvarez, L.(1);
(1): Hospital Garrahan, caba, argentina

Tecnología láser en cirugía pediátrica: experiencia inicial

Introducción: El láser se ha incorporado progresivamente como una herramienta complementaria en cirugía. Su interacción con los tejidos permite realizar corte y coagulación de manera simultánea, favoreciendo la hemostasia durante la disección, disminuyendo la manipulación mecánica de los tejidos y limitando la dispersión térmica hacia

estructuras adyacentes. Sin embargo, su utilización requiere entrenamiento específico, conocimiento de los parámetros de uso y una adecuada selección de la patología.

Objetivo: Mostrar la aplicación de tecnología láser en cirugía pediátrica y describir sus principales aspectos técnicos.

Se presenta un video que ilustra el empleo del láser en tres procedimientos realizados en pacientes pediátricos: tratamiento quirúrgico de enfermedad pilonidal, labioplastia y circuncisión. Se destacan los pasos quirúrgicos relevantes y la utilización del láser como herramienta durante la disección y hemostasia.

Conclusión: El láser representa una alternativa complementaria dentro del instrumental del cirujano pediátrico y puede aplicarse en distintos escenarios quirúrgicos. Su incorporación requiere entrenamiento específico, protocolos de seguridad y una adecuada selección de las indicaciones.

GGV-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D3.1 (VIDEO)

V05) EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE DE COLÉDOCO

González, J.(1); Meléndez, L.(1);
(1): Hospital Nacional de Niños Benjamin Bloom, San salvador, El Salvador

El video describe la técnica utilizada para la extirpación Laparoscópica de Quiste de Colédoco tipo I

1. Posicionamiento del paciente y colocación de trócares.

2. Identificación y exposición de la vía biliar dilatada

3. Disección de la serosa de la vía biliar y su incisión

4. Separación de la mucosa de la serosa

5. Disección del extremo distal de la mucosa hasta el duodeno y su ligadura y extirpación

6. Elaboración de la yeyunostomía en "Y de Roux" de forma extracórporea , a través de la prolongación de la incisión umbilical.

7. Paso del extremo proximal de la yeyunostomía a través del mesocolon transverso

8. Elaboración de la hepaticoyeyunostomia en un solo plano.

9. Revisión de hemostasia y fugas biliares

V06) PORTOENTEROSTOMÍA DE KASAI LAPAROSCÓPICA: DEMOSTRACIÓN TÉCNICA PASO A PASO DE UN PROCEDIMIENTO POCO DIFUNDIDO EN LATINOAMÉRICA

Arenas-rojas, A.(1); Guerrero Villota, C.(1); Melo Hernández, C.(2);
(1): Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia (2): Clínica Imbanaco. Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

Introducción:

La portoenterostomía de Kasai constituye el tratamiento inicial para la atresia de vías biliares. Aunque el abordaje laparoscópico ha sido ampliamente desarrollado en centros de referencia asiáticos, su utilización continúa siendo limitada en Latinoamérica debido a su complejidad técnica y a la controversia histórica respecto a sus resultados en comparación con la cirugía abierta. El objetivo de este video es demostrar de manera sistemática la técnica de portoenterostomía de Kasai laparoscópica, resaltando aspectos quirúrgicos fundamentales para su ejecución segura.

Materiales y métodos:

Se presenta un video quirúrgico de una portoenterostomía de Kasai laparoscópica realizada en un lactante con diagnóstico de atresia de vías biliares. Se describen de forma secuencial: set up y colocación de trocares, disección del remanente biliar extrahepático, exposición de la placa portal, realización extracorpórea del asa de Roux-en-Y y realización de la portoenteroanastomosis laparoscópica. Se destacan los puntos técnicos considerados críticos para optimizar la exposición y preservar los principios de la técnica clásica de Kasai.

Resultados:

El procedimiento fue realizado por vía laparoscópica. El video permite identificar cada uno de los pasos quirúrgicos esenciales, mostrando en detalle la disección hilar, preparación del asa de Roux y anastomosis portoentérica. Se ilustran maniobras destinadas a facilitar la reproducibilidad de la técnica.

Discusión:

La portoenterostomía laparoscópica continúa realizándose en pocos centros especializados. La evidencia reciente demuestra resultados equivalentes a cirugía abierta en términos de aclaramiento de ictericia y supervivencia con hígado nativo cuando es realizada por equipos experimentados. Además, la menor formación de adherencias postoperatorias podría facilitar el trasplante hepático posteriormente al simplificar la hepatectomía del receptor y la disección quirúrgica.

Conclusión:

La portoenterostomía de Kasai laparoscópica es una técnica factible que reproduce los principios quirúrgicos del procedimiento convencional. La difusión de sus pasos técnicos puede contribuir a su implementación y estandarización en centros especializados de cirugía pediátrica.

V07) SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS COMO CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UNA ADOLESCENTE SIN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO: REPORTE DE CASO

Hernández Valencia, L.(1); Jiménez Uribe, A.(1); Giraldo Castaño, C.(1); Valero Halaby, J.(1); Muñoz Forero, L.(1); Ruiz Alvarez, M.(1);
(1): Universidad Nacional de Colombia - Fundación HOMI, Bogotá, D.C., Colombia

Introducción

Las adherencias secundarias a cirugía abdominal previa son la principal causa de obstrucción intestinal; su presentación en pacientes sin este antecedente es infrecuente, representando un reto diagnóstico. El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHCS), caracterizado por perihepatitis y adherencias perihepáticas en “cuerdas de violín” como manifestación en abdomen superior de la enfermedad inflamatoria pélvica, rara vez ha sido reportado como causa de obstrucción. Se describe el caso de una adolescente con obstrucción intestinal secundaria a síndrome adherencial severo con hallazgos sugestivos de FHCS.

Material y método

Estudio retrospectivo de un caso clínico mediante revisión de hallazgos clínicos, radiológicos, paraclínicos y quirúrgicos.

Resultados

Adolescente femenina de 15 años, sin antecedentes quirúrgicos, con vida sexual activa, múltiples consultas por dolor abdominal y emesis. Se realizó tomografía que evidenció distensión intestinal, zona de transición en íleon terminal, retraso en paso del medio de

contraste y líquido libre intraabdominal. Ante el deterioro clínico se realizó laparoscopia diagnóstica encontrando obstrucción del intestino delgado secundario a múltiples bridas gruesas y vascularizadas; adicionalmente, adherencias perihepáticas en “cuerdas de violín” sugestivas de FHCS. Se realizó adhesiolisis laparoscópica resolviendo la obstrucción. Las pruebas para ETS fueron negativas, el cultivo de flujo vaginal aisló Klebsiella pneumoniae BLEE, por lo que recibió antibiótico de amplio espectro por 14 días con evolución favorable, tolerando vía oral a las 48 horas.

Discusión

La obstrucción intestinal secundaria al FHCS es una complicación excepcional, los mecanismos descritos incluyen bandas adherenciales, incarceración intestinal, hernias internas y vólvulos. Este es el segundo caso en adolescentes reportado en la literatura. La ausencia de manifestaciones ginecológicas típicas dificultó el diagnóstico preoperatorio, establecido únicamente mediante laparoscopia. Este reporte resalta la importancia de considerar el FHCS ante una obstrucción intestinal de etiología incierta en adolescentes y destaca el valor de la laparoscopia como herramienta diagnóstica y terapéutica en un único tiempo quirúrgico.

V08) SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR SUPRA E INFRADIAFRAGMÁTICO: REPORTE DE UN CASO CON RESECCIÓN COMBINADA TORACOSCÓPICA Y LAPAROSCÓPICA

Muñoz, S.(1); Meza, A.(1); Canahuate, A.(1); Briones, N.(1); Varela, P.(2); Leopold, E.(2); Veyl, N.(2); García, I.(3); Carrera, F.(1); Briceño, F.(1);
(1): Universidad de Chile - Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (3): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción Los secuestros pulmonares congénitos representan menos del 6% de las malformaciones pulmonares congénitas, y aproximadamente el 25% corresponde a la variante extralobar. Esta es una malformación poco frecuente constituida por tejido pulmonar no funcionante con irrigación sistémica. Su localización transdiafragmática es excepcional y plantea importantes desafíos diagnósticos y quirúrgicos.

Método Estudio retrospectivo descriptivo de un caso clínico.

Resultados Lactante masculino de un año con malformación pulmonar de diagnóstico prenatal. El estudio con angiotomografía computada evidenció un secuestro pulmonar extralobar supra e infradiafragmático izquierdo, irrigado por ramas de la arteria frénica inferior izquierda, tronco celíaco, aorta abdominal y de arteria subclavia izquierda. La ecografía identificó una masa adyacente al hiato aórtico con arteria nutricia, sin comunicación a esófago. Ante la sospecha de extensión transdiafragmática, se planificó un abordaje combinado. En la etapa toracoscópica se identificó la impronta diafragmática de la lesión, sin vasos anómalos ni conexión con el parénquima pulmonar. Posteriormente,

mediante abordaje laparoscópico, se evidenció una masa en el hilio hepático, informada por biopsia rápida como lóbulo caudado ectópico, y una masa paraesofágica que se extendía hacia el tórax a través de los pilares diafragmáticos, cuya continuidad fue confirmada mediante transiluminación, logrando su resección completa. El estudio anatomopatológico confirmó un secuestro pulmonar extralobar. Evolucionó con estridor postextubación, con buena respuesta a corticoides y adrenalina nebulizada, sin otras complicaciones postoperatorias, siendo dado de alta al tercer día postoperatorio.

Discusión: El secuestro pulmonar suele diagnosticarse prenatalmente como una masa hiperecogénica con vaso nutricio aórtico. Las localizaciones transdiafragmáticas son excepcionales y simulan otras masas, requiriendo confirmación histológica. La resección toracoscópica es el estándar en lesiones supradiafragmáticas; las infradiafragmáticas pueden seguirse conservadoramente o resecarse por riesgo de infección, torsión y malignidad. El abordaje combinado confirmó continuidad transdiafragmática, logrando resección mínimamente invasiva, alternativa útil en casos seleccionados.

V09) EDUCACIÓN MÉDICA Y USO DE TECNOLOGÍA DE ÚLTIMA GENERACIÓN PARA LA GRABACIÓN Y TRANSMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

Figueroa Gutiérrez, L.(1); Trujillo Vidal, J.(1); Martínez Muñoz, H.(1); Gaitán Martínez, J.(1); Dueñas Dasilva, J.(2);
(1): Universidad del Valle, Cali, Colombia (2): Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

Introducción

La transmisión en vivo de procedimientos quirúrgicos con fines de educación médica ha evolucionado desde los anfiteatros anatómicos hasta las plataformas digitales de streaming. Tecnologías como video en alta resolución (4K/8K), redes 5G, realidad virtual y aumentada, e inteligencia artificial están transformando la enseñanza quirúrgica remota, haciendo posibles modelos más interactivos, escalables y supervisables éticamente para democratizar el aprendizaje. El video presenta un ejercicio piloto de utilización de estas tecnologías para la grabación y transmisión de un procedimiento quirúrgico pediátrico complejo de baja prevalencia, destacando sus principales beneficios y oportunidades.

Material y Método

Se realizó la transmisión y grabación de un procedimiento quirúrgico mediante un sistema integrado de tecnologías de última generación. El sistema incluyó: (1) gafas inteligentes quirúrgicas que permiten la visualización en primera persona del cirujano y la interacción bidireccional en tiempo real para telementoring, (2) un dispositivo de captura con visión

panorámica del campo quirúrgico, y (3) una plataforma de transmisión remota que posibilita la comunicación sincrónica entre el equipo quirúrgico y observadores externos.

Resultados.

Este ejercicio permitió la transmisión en tiempo real de los detalles del procedimiento a participantes dentro y fuera del quirófano, garantizando además la obtención de material audiovisual de alta calidad. La grabación fue archivada como recurso educativo, con potencial para la revisión retrospectiva de la técnica quirúrgica y el apoyo a procesos de enseñanza-aprendizaje en residentes.

Discusión.

Las tecnologías de transmisión quirúrgica en vivo basadas en dispositivos inteligentes, video inmersivo y conectividad remota representan una herramienta con potencial transformador en la educación quirúrgica pediátrica, especialmente en procedimientos de baja prevalencia. Estas soluciones configuran un cambio de paradigma en la formación quirúrgica al permitir modelos de aprendizaje sincrónicos, interactivos y basados en telementoría (*telementoring*), ampliando el acceso a la experticia y favoreciendo la estandarización de la observación quirúrgica en entornos educativos controlados.

V10) MANEJO DE EMPIEMA Y PERFORACIÓN PULMONAR POR VIDEO TORACOSCOPIA SECUNDARIO A BRONCOASPIRACIÓN INADVERTIDA DE ESPIGA VEGETAL

Garcia Villegas, R.(1); Acosta Real, J.(1); López Hernández, P.(1); Vielma Sotelo, J.(1); Pineda Andrade, J.(1); Cabrera Tovar, M.(2);
(1): Hospital Infantil de Morelia, Morelia, México (2): Hospital Infantil de Moreliia, Morelia, México

Introducción La broncoaspiración de cuerpos extraños vegetales en niños se asocia a cuadros de obstrucción respiratoria, pero también puede cursar de forma silente. Algunos cuerpos vegetales con aristas retrógradas pueden presentar migración transparenquimatosa provocando cuadros broncopleurales complicados. El objetivo es describir el abordaje diagnóstico, resaltando los retos diagnósticos y el valor de la video toracoscopia como tratamiento definitivo.

Material y Método: Reporte retrospectivo de un caso clínico basado en revisión del expediente, estudios de imagen, hallazgos intraoperatorios, seguimiento ambulatorio y revisión narrativa de la literatura.

Resultados: Paciente masculino de 10 años, previamente sano, con antecedente de broncoaspiración sin asfixia. Posteriormente presenta dolor torácico derecho, nausea, vomito y dolor abdominal, se sometió a apendicectomía sin complicaciones, posteriormente desarrolló fiebre, polipnea y desaturación. La tomografía torácica reveló consolidación del lóbulo inferior derecho con empiema. Durante videotoracoscopia se identificó empiema organizado, abundantes adherencias de fibrina y espiga vegetal perforando el segmento X con protrusión pleural. Se realizó drenaje, decorticación, extracción del cuerpo extraño y resección de segmentos IX-X con engrapadora endoscópica, sin conversión a toracotomía. Con evolución favorable, retiro del drenaje en 72 horas, egreso al 5° día y seguimiento de 6 meses sin recurrencia clínica ni radiológica.

Discusión La migración transparenquimatosa de espigas vegetales es una entidad de difícil diagnóstico. Una vez fuera de la vía aérea, la broncoscopia pierde sensibilidad diagnóstica. La videotoracoscopia permite confirmar el diagnóstico y resolver en un solo tiempo el empiema, la perforación pulmonar y la extracción del cuerpo extraño, preservando parénquima viable y evitando toracotomía.

Conclusión Los cuerpos extraños intratorácicos en pediatría son poco frecuentes y generalmente se asocian a traumatismos penetrantes o causas iatrogénicas. La broncoaspiración de material vegetal debe considerarse en empiemas pediátricos atípicos. La videotoracoscopia representa una estrategia diagnóstica y terapéutica integral, eficaz y segura en casos seleccionados.

V11) ABORDAJE NEUMOVAGINAL DE MALFORMACIONES MÜLLERIANAS

Alvarez, L.(1); Cotignola, L.(1);
(1): Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La resección vaginal de tabiques vaginales altos o cervicales presenta importantes limitaciones técnicas, derivadas principalmente de la desproporción entre el instrumental convencional y el diámetro del introito en pacientes prepúberes con malformaciones müllerianas obstructivas. Esto se asocia frecuentemente a complicaciones postoperatorias, como estenosis o resecciones incompletas del septo. La cirugía endoscópica neumovaginal ha sido descripta en la literatura ginecológica como un abordaje exitoso para prolapsos, síndrome OHVIRA y tabiques altos en general, ofreciendo una visualización anatómica superior gracias a la magnificación endoscópica y al manejo ergonómico del instrumental laparoscópico, incluyendo la sutura compleja.

Objetivo: Presentar la experiencia retrospectiva de dos casos, describiendo las indicaciones quirúrgicas y los resultados de la técnica neumovaginal en la resección de septos vaginales altos o cervicales en una institución de tercer nivel.

Métodos: Se utilizó un dispositivo de abordaje de puerto único/NOTES (SILS® o Gelpoint®), óptica de 5 mm y 30°, instrumental laparoscópico de 3-5 mm, insuflación con CO2 a 6-8 mmHg, pinza de resección bipolar modificada de 5 mm y sutura de poliglactina o barbada. El caso 1 correspondió a la resección de un tabique vaginal alto en una paciente con síndrome OHVIRA (hemivagina obstruida con agenesia renal ipsilateral). El caso 2 correspondió al tratamiento de un tabique endocervical en una paciente con malformación anorrectal tipo cloaca y útero didelfo con hematometra unilateral secundaria a septo uterocervical.

Resultados: Ambas pacientes fueron resueltas mediante esta técnica en un único tiempo quirúrgico, logrando la resolución definitiva de la obstrucción.

Conclusión: El abordaje neumovaginal constituye una alternativa práctica y segura, particularmente útil en la resección de tabiques vaginales o cervicales altos. Aunque requiere experiencia previa en cirugía de puerto único por orificios naturales (vNOTES), ofrece a las pacientes una recuperación rápida y previene complicaciones en malformaciones de difícil abordaje.

CGE-D3) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D3

O052) CRIOANALGESIA TORACOSCÓPICA COMO ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA DE PECTUS EXCAVATUM

Velázquez Vidaurri, A.(1); Ambriz González, G.(1); Berzunza Larios, R.(1); Muñiz Muro, D.(1); García Benítez, B.(1);
(1): Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente., GUADALAJARA, JALISCO, México

Introducción: La reparación mínimamente invasiva del pectus excavatum se asocia con dolor postoperatorio importante y alto requerimiento de opioides. La crioanalgesia intercostal toracoscópica ha mostrado disminuir el dolor y la estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia inicial con esta técnica y comparar sus resultados frente al manejo analgésico convencional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a reparación mínimamente invasiva de pectus excavatum entre enero de 2023 y enero de 2026. Se incluyeron 16 pacientes, 93% masculinos, con edad media de 14.3 ± 3.4 años. Se compararon

dos grupos: pacientes con crioanalgesia toracoscópica bilateral y pacientes sin crioanalgesia. La técnica consistió en aplicación de crioterapia a -88 °C durante 90 segundos del tercer al séptimo espacio intercostal bilateral. Se evaluaron estancia hospitalaria y requerimiento de opioides. Los datos fueron analizados con SPSS versión 24 mediante Chi cuadrada de Pearson y U de Mann-Whitney, considerando significativo $p < 0.05$.

Resultados: El índice de Haller promedio fue de 4.4 ± 2.75. La mediana de estancia hospitalaria postoperatoria fue menor en el grupo con crioanalgesia: 4 días (3-6) versus 7 días (5-10) en el grupo sin crioanalgesia ($p = 0.041$). Asimismo, los pacientes sometidos a crioterapia presentaron menor necesidad de opioides y menor uso prolongado de estos durante el seguimiento de tres meses ($p < 0.001$).

Discusión: La aplicación fría sobre los nervios periféricos produce axonotmesis transitoria sin lesión estructural permanente, permitiendo analgesia efectiva. Los hallazgos observados muestran menor estancia hospitalaria y disminución del requerimiento de opioides en comparación con el manejo convencional, concordando con reportes previos.

Conclusiones: La crioanalgesia toracoscópica bilateral demostró ser una estrategia efectiva para el control del dolor postoperatorio, favoreciendo alta hospitalaria temprana y menor uso de opioides en cirugía de pectus excavatum.

O053) DESARROLLO DE UNA CURRÍCULA DE ENTRENAMIENTO ROBÓTICO PEDIÁTRICO MEDIANTE EL SIMULADOR MT-BOX

Bosich, M.(1); Gigena, C.(2); Prodan, S.(2); Udaquiola, J.(2); Millan, C.(2);
(1): Fundación Hospitalaria, BUENOS AIRES, ARGENTINA (2): FUNDACION HOSPITALARIA, BUENOS AIRES, ARGENTINA

Introducción: Los simuladores virtuales robóticos contribuyen al desarrollo de la destreza robótica básica, pero carecen del realismo necesario para la adquisición de habilidades avanzadas. La evidencia indica que los modelos de simulación física ofrecen mayor fidelidad. Adaptamos un *trainer* laparoscópico para su uso robótico en cirugía pediátrica. Nuestro objetivo fue establecer una currícula estructurado de simulación robótica para cirujanos pediatras y evaluar su factibilidad como herramienta de preparación para la práctica clínica.

Mym: Se utilizó el MT-Box, un *trainer* laparoscópico con configuraciones de cavidad de hasta 1400 ml, equivalente al volumen abdominal de un lactante de 6 meses. Diseñamos una currícula extrapolada de los *Fundamentos de Cirugía Robótica* (FRS), empleando cánulas estándar del sistema Da Vinci XI en diversas configuraciones de trocares. El currículo fue ejecutado por un cirujano de nivel intermedio. Cirujanos pediatras expertos realizaron evaluaciones a ciegas de los videos de entrenamiento mediante la escala *Global Operative*

Assessment of Laparoscopic Skills (GOALS). Se aplicó T-test de muestras apareadas para comparar los puntajes de desempeño y los tiempos de realización de las tareas.

Resultados: El MT-Box no requirió modificaciones y admitió todas las configuraciones de trocares. Los brazos robóticos operaron de forma segura, sin conflictos de colisión entre brazos. El *trainer* no presentó daño estructural. En el entrenamiento, obseramos tendencia no significativa hacia la mejoría (puntaje pre-entrenamiento: 3,1 ± 0,1 vs. puntaje post-entrenamiento: 4 ± 0; p = 0,07). El tiempo de realización disminuyó de 194 s a 120 s, lo que representa una mejoría del 38,1%.

Conclusión: El entrenamiento pediátrico con MT-Box es factible en diversos escenarios de entrenamiento robótico. La currícula desarrollada permitió a un cirujano de nivel intermedio mejorar el tiempo de ejecución con igual nivel de competencia. Se requieren estudios con cohortes más amplias de cirujanos para evaluar la generalización de la currícula.

O054) FACTORES PREDICTORES DE CIRUGÍA TORÁCICA EN NIÑOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PEDIÁTRICO DE REFERENCIA

Ruiz, M.(1); Rodriguez, L.(1); Valero, J.(1); Camacho, G.(1); Vallejo, M.(2); Gonzalez, S.(2); Forero, S.(2);
(1): Universidad Nacional de Colombia - Fundación HOMI, Bogota, Colombia (2): Universidad Nacional de Colombia, Bogota, Colombia

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las principales causas de morbimortalidad pediátrica. En la última década se ha observado un incremento de las complicaciones supurativas, (como empiema y neumonía necrosante) asociadas a una mayor necesidad de cirugía torácica. La identificación temprana de pacientes con riesgo de falla al manejo médico podría optimizar la oportunidad de la intervención quirúrgica y disminuir secuelas. El objetivo fue identificar los factores clínicos, paraclínicos y microbiológicos asociados al requerimiento de cirugía de tórax en pacientes pediátricos hospitalizados por NAC.

Material y métodos: Estudio observacional analítico de cohorte retrospectiva realizado en un centro pediátrico de referencia de cuarto nivel en Bogotá, Colombia. Se incluyeron 1129 pacientes entre 1 mes y 17.9 años hospitalizados por NAC entre 2022 y 2024. Se empleó regresión logística multivariada (Pseudo R^2=0.706) para identificar factores independientes asociados al desenlace quirúrgico.

Resultados: Uno de cada diez niños hospitalizados por NAC (9.5%; n=107) requirió cirugía por falla del tratamiento médico. Los principales hallazgos intraoperatorios fueron empiema (56%), derrame pleural complicado (33.6%) y neumonía necrosante (10.2%). El 25.2% de los pacientes operados requirió reintervención y la tasa final de resección pulmonar fue del 19.5%. Los predictores independientes de cirugía fueron infección por SAMR (OR 267.28),

hipoalbuminemia (OR 26.30), fiebre persistente >48 horas (OR 13.04) y dolor torácico (OR 5.08). La vacunación antineumocócica (≥2 dosis) mostró un efecto protector significativo (OR 0.01).

Discusión: La infección por SAMR y la hipoalbuminemia identifican pacientes con alto riesgo de progresión hacia enfermedad pleuropulmonar compleja y requerimiento de cirugía torácica.

Conclusión: En una de las mayores cohortes reportadas de pacientes pediátricos latinoamericanos hospitalizados por NAC, la infección por SAMR y la hipoalbuminemia fueron los principales predictores de cirugía torácica. Su reconocimiento precoz puede facilitar una intervención oportuna y optimizar los desenlaces clínicos.

O055) INNOVACIÓN EN CRIOANALGESÍA: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS SIMULADOS PARA PROCEDIMIENTOS TORACOSCÓPICOS Y PERCUTÁNEOS

Garnica, M.(1); Tachella, S.(2); Prodan, S.(2); Gigena, C.(2); Bellia Munzon, G.(2); Elmo, G.(2); Millan, C.(2);
(1): G.C.P, CABA, Argentina (2): G.C.P, ,

Introducción: La crioanalgesia ha cobrado relevancia como método eficaz en el manejo del dolor postoperatorio en cirugía torácica pediátrica. Su correcta aplicación requiere entrenamiento técnico específico, pero no existen reportes sobre simuladores diseñados para tal fin. Con el objetivo de optimizar la enseñanza y acortar la curva de aprendizaje, se desarrollaron y validaron dos modelos de simulación para crioanalgesia toracoscópica y percutánea.

Materiales y Métodos: El estudio se realizó en dos etapas comparativas:

Etapa 1 (Modelos biológicos):

Percutáneo: plataforma 3D en PLA con globos de látex y costillas porcinas (Fig.1)

Toracoscópico: caja torácica 3D PLA, goma EVA flexible, endocámara y costillas caprinas (Fig.2)

Etapa 2 (Modelos sintéticos):

Percutáneo: costillas 3D inmersas en gel balístico recubiertas por silicona (Fig.3)

Toracoscópico: costillas 3D recubiertas con material conductor y termosensible (Fig.4)

Los modelos fueron utilizados por especialistas durante jornadas de capacitación y evaluados mediante una encuesta tipo Likert (1–5) para valorar similitud estructural, realismo y utilidad. Además se recabaron datos epidemiológicos y grado de experiencia.

Resultados: Etapa 1: Participaron 24 especialistas con una edad mediana de 44 años, 62.5% tenían más de 10 años de experiencia quirúrgica y 37.5% habían realizado más de 40 toracoplastias de Nuss como cirujanos principales.

Etapa 2: Participaron 14 especialistas con una edad mediana de 38 años, 57% tenían más de 5 años de experiencia quirúrgica.

La evaluación mediante test de Student para cada ítem evaluado no arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los modelos Biológicos y Sintéticos.

Los resultados de ambas etapas se exponen en la Tabla 1.

Conclusiones: Los simuladores demostraron ser herramientas realistas y reproducibles para la enseñanza de crioanalgesia torácica. Los modelos sintéticos mostraron desempeño equivalente a los biológicos, con ventajas de durabilidad, portabilidad y sustentabilidad, consolidándose como una alternativa eficaz para programas de entrenamiento

quirúrgico.

O056) EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO EN EL USO DE CRIOABLACIÓN INTRAOPERATORIA EN PACIENTES OPERADOS DE PECTUS EXCAVATUM

Tello, F.(1); Feuerhake, S.(2); Cabezas, C.(1); Alcoholado, I.(2); Yanine, J.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de niños Roberto Del Rio, Santiago, Chile

Introducción:

El Pectus Excavatum es la malformación congénita de la pared torácica más frecuente (1 por cada 1.000 nacidos vivos). El dolor postoperatorio es uno de los principales desafíos de su manejo.

Se han desarrollado diversas estrategias de analgesia regional para optimizar el manejo del dolor postoperatorio. Dentro de ellas, la crioablación intraoperatoria de nervios intercostales ha surgido como una alternativa prometedora, asociándose a disminución de estadía hospitalaria.

El objetivo del estudio es evaluar la experiencia en el uso de crioablación en pacientes operados de pectus excavatum.

Material y método

Estudio retrospectivo observacional de cohorte. Se observaron 20 pacientes operados entre 2000-2026 mediante técnica de Nuss, 8 con uso de crioablación intercostal intraoperatoria y 12 con manejo convencional local. Se analizaron las siguientes variables: tiempo quirúrgico, complicaciones, días de hospitalización, necesidad de UPC y uso de opioides. El análisis estadístico se realizó con prueba de Mann-Whitney U y prueba exacta de Fisher.

Resultados

La crioablación no aumentó el tiempo quirúrgico (182,9 vs 190,4 min; p=0,563) ni las complicaciones (12,5% vs 33,3%; p=0,603). Se observó una reducción significativa en la necesidad de UPC (12,5% vs 66,7%; p=0,028), en la estadía en UPC (0,25 vs 1,92 días; p=0,019) y días de hospitalización (4,75 vs 7,92 días; p<0,001).

Discusión

Los hallazgos muestran que la crioablación intercostal es segura y beneficiosa como parte de la analgesia multimodal. La reducción en días de hospitalización y necesidad de UPC, sin incrementar tiempo quirúrgico ni complicaciones, representa un impacto clínico relevante. La ausencia de diferencia en el uso de opioides podría explicarse por el tamaño muestral y escaso uso de opioides en nuestro medio. Estudios prospectivos son necesarios para confirmar los hallazgos.

Conclusión

La crioablación ha generado un impacto positivo en los resultados de los pacientes, principalmente disminuyendo la duración de la hospitalización y necesidad de UPC.

O057) ASOCIACIÓN ENTRE MALFORMACIONES DE PARED TORÁCICA ANTERIOR Y ESCOLIOSIS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS ENTRE 2022 Y 2025

Gehrung, A.(1); Sánchez, P.(2); Ovalle, A.(3); Herrera, P.(4);
(1): Becada Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Médico Cirujano General, Etapa de Destinación y Formación CESFAM Renca, Santiago, Chile (3): Cirujana Pediátrica y Tórax, Hospital Dr Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (4): Cirujano Pediátrico y Tórax, Hospital Dr Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Introducción

Las deformidades de la pared torácica anterior; pectus excavatum (PE), carinatum (PC) y mixto, se asocian frecuentemente a escoliosis, con una prevalencia internacional de 15-20%.

En Chile, la evidencia es limitada. Este estudio buscó determinar la prevalencia de escoliosis y caracterizar a estos pacientes en un hospital pediátrico nacional.

Materiales y métodos

Estudio observacional, descriptivo y analítico basado en revisión de fichas clínicas de pacientes con pectus. Se analizaron variables demográficas, características de la deformidad, antecedentes familiares, comorbilidades y presencia de escoliosis. Se utilizó Chi-cuadrado, Fisher, Mann-Whitney U y regresión logística, evaluándose además el rendimiento diagnóstico del test de Adams.

Resultados

Se incluyeron 153 pacientes atendidos en policlínico de tórax, de predominio masculino (81,0%), con edad media al diagnóstico de 10,3 años. El PE fue la deformidad más frecuente (51,6%), seguido del PC (39,9%) y mixto (8,5%). La prevalencia de escoliosis fue 22,2%, sin diferencias entre tipos de pectus (p=0,751). El test de Adams positivo realizado por equipo de Torax se asoció fuertemente con diagnóstico de escoliosis (OR 10,69; IC95% 4,29–26,65; p<0,001), con VPP de 58,3% y VPN de 88,4%, al igual que la patología del tejido conectivo (OR 5,58; IC95% 1,70–18,37; p=0,005) y mayor edad al diagnóstico (OR 1,25 por año; IC95% 1,08–1,44; p=0,002). No se encontraron asociaciones significativas con sexo, antecedentes familiares, lateralidad ni asimetría.

Discusión

La prevalencia de escoliosis es consistente con lo reportado. El tipo de Pectus no determinó mayor riesgo, mientras que la patología del tejido conectivo (Marfan, Ehlers-Danlos) y la mayor edad sí se asociaron significativamente. El alto VPP y VPN del test de Adams respaldan su utilidad como tamizaje aplicado por cirujanos pediátricos.

Conclusiones

La escoliosis es relevante en pacientes con Pectus, especialmente con patología del tejido conectivo y a mayor edad, reforzando la importancia del tamizaje y derivación oportuna a traumatología.

O058) TIMECTOMÍA TORACOSCÓPICA BILATERAL EN MIASTENIA GRAVIS: ANÁLISIS DE 60 CASOS PEDIÁTRICOS A LO LARGO DE 15 AÑOS.

Ortiz, R.(1); Barrenechea, M.(1); Giuseppucci, C.(1); Redondo Pertuz, E.(1); Canestrari, S.(1); Korman, L.(1); Reusmann, A.(1); Perez Espinosa, C.(1); Savransky, A.(1); Ayarzabal, V.(1); (1): Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La timectomía es un pilar terapéutico en la miastenia gravis (MG) pediátrica para lograr la remisión clínica o disminuir la carga farmacológica. El objetivo es analizar la experiencia de 15 años en timectomía toracoscópica bilateral en nuestro centro.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 60 pacientes con MG timectomizados entre 2010 y 2025. En todos los casos se inició el abordaje por vía toracoscópica. Se evaluaron: sexo, edad, tipo de MG, anticuerpos ACRA, indicación de cirugía, tasa de conversión, duración quirúrgica, complicaciones, mejoría de síntomas y reducción de medicación.

Resultados: Se incluyeron 60 pacientes, 66,7% femeninos. La media de edad fue de 153,6 meses (r 65-206). La MG fue generalizada en 58 pacientes (96,7%) y ocular en 2 (3,3%). Los ACRA fueron positivos en 52 casos (86,7%). Las indicaciones incluyen falta de respuesta médica (56,7%) y crisis miasténica (43,3%). Se realizó abordaje por vía toracoscópica bilateral en todos los casos, se convirtieron 4 (6,7%) pacientes debido a imposibilidad de evidenciar tejido tímico. La extracción de la pieza fue cervical en 54 casos (90,0%), esternal en 4 (6,7%) y torácica en 2 (3,3%). La duración media de la cirugía fue de 240,8 minutos (157-406). Se registraron complicaciones en 6 pacientes (10,0%). Cuatro pacientes (6,7%) requirieron rexploración debido a la falta de respuesta clínica, sin embargo no se hallaron restos tímicos en anatomía patológica. El seguimiento medio fue de 32,6 meses (r 2-124). Presentaron mejoría sintomática 44 pacientes (91,7%) y 42 (87,5%) disminuyeron la medicación.

Conclusiones: La timectomía toracoscópica bilateral en la MG es un procedimiento seguro y reproducible, con una baja tasa de conversión y complicaciones. Los resultados a largo plazo demuestran un excelente control sintomático y una alta tasa de reducción farmacológica.

O059) TRATAMIENTO DE EMPIEMA PLEURAL PEDIÁTRICO CON DRENAJE PLEURAL Y FIBRINOLÍTICO INTRAPLEURAL: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO TERCIARIO

Mora Fritis, C.(1); Feuerhake, S.(2); Molina, V.(2); Saavedra, M.(2); Carvajal, C.(2); Campos Varas, J.(2);
(1): Residente Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile, Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile (2): Hospital de niños Dr. Roberto del Río, Santiago de Chile, Chile

Introducción: El empiema pleural es una complicación grave de la neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. Los fibrinolíticos intrapleurales han demostrado ser una alternativa eficaz, aunque su implementación en Latinoamérica sigue siendo limitada. El objetivo fue describir la factibilidad, seguridad y eficacia de un protocolo de fibrinolisis intrapleural en un hospital público pediátrico chileno.

Material y Métodos: Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes de 3 meses a 15 años con empiema pleural tratados con drenaje pleural e instilación protocolizada de

alteplase (tPA) intrapleural en un hospital pediátrico de alta complejidad de Santiago durante enero 2025-junio 2026. El estudio contó con aprobación del Comité de Ética del Servicio de Salud correspondiente, y consentimiento informado de los tutores.

Resultados: Se registraron 14 pacientes con diagnóstico de empiema, de los cuales 10 fueron reclutables por cumplir criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 4 años (1,1-14,9); 60% eran hombres. Se identificó etiología microbiológica en 90%, predominando Streptococcus pneumoniae (80%). El 100% de los pacientes completó el protocolo. No hubo eventos adversos atribuibles a la fibrinolisis. Se identificaron dificultades de implementación en 40% de los casos, principalmente por coordinación interdisciplinaria; esto no significó desviaciones del protocolo. El 70% requirió UCI, 40% ventilación no invasiva y 20% invasiva. La mediana de hospitalización fue de 14 días (8-35). Hubo 1 fracaso terapéutico. No se registró mortalidad.

Discusión: La implementación del protocolo fue factible y segura, con alta adherencia, ausencia de eventos adversos y baja tasa de fracaso. Las dificultades operativas no afectaron su cumplimiento y refuerzan la importancia de fortalecer la coordinación interdisciplinaria.

Conclusión: La aplicación de un protocolo estandarizado de fibrinolisis intrapleural es una alternativa efectiva, segura y aplicable a un hospital público pediátrico.

O060) MEDICIÓN INTRAOPERATORIA DE LA RIGIDEZ TORÁCICA EN LA CORRECCIÓN DE PECTUS EXCAVATUM. IMPLICACIONES CLÍNICAS

Arredondo, C.(1); Velayos, M.(2); Ramírez-amorós, C.(2); Moratilla, L.(3); De La Torre, C.(2); (1): Hospital Base San José Osorno, Osorno, Chile (2): Hospital Universitario La Paz, Madrid, España (3): Instituto de Investigación, Madrid, España

Introducción:

En la técnica de Nuss para la corrección del Pectus Excavatum (PE), el número y disposición de las barras se define según sensación subjetiva de rigidez torácica al elevar el esternón o características del paciente; criterio que varía según cada cirujano, sin un dato objetivo que apoye la decisión. El objetvo es diseñar un dispositivo para medir la presión que determina la rigidez torácica (RT) intraoperatoria y evaluar sus implicaciones clínicas.

Materiales y Métodos:

Estudio prospectivo en pacientes <18 años intervenidos de PE, desde 2025 a la actualidad. Se recogieron variables demográficas, anatómicas y quirúrgicas. La RT se midió con un dispositivo de muelle calibrado en newtons, acoplado al elevador esternal, registrando la

presión inicial (Pi), media (Pm) y final (Pf), determinando rigidez y elasticidad. Pi y Pf se compararon con el test de Wilcoxon para muestras pareadas.

Resultados

En 21 pacientes se obtuvo una elasticidad media de 3 puntos y una variación de rigidez de 6 puntos, con valor p significativo, evidenciando una reducción del 50% de la RT tras la corrección con el elevador. Se observó tendencia a mayor RT en hombres, mayor edad y peso, y más clara con la estatura. El índice de Haller no mostró tendencia con la RT. A los pacientes con mayor Pi y Pf se les colocó más barras; la variación fue mayor con 1 barra y menor con 2.

Discusión:

La elevación esternal corrige la deformidad y modifica objetivamente la RT durante la cirugía. La estatura tendría más relevancia que peso o edad; los pacientes con 2 barras son más rígidos, con menor variación. Este dispositivo sencillo y reproducible cuantifica la variación de presión durante la técnica de Nuss, lo que aporta en la planificación, toma de decisiones y optimización del tratamiento. Los resultados preliminares sugieren utilidad en la planificación.

O061) IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO

Pérez, C.(1); Beltrán, P.(1); Sorrentino, G.(1); Muñoz, N.(1); Correia, G.(1); Ayala, T.(1); Poblete, M.(1); Kulikoff, B.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción:
La extensión de la edad pediátrica hasta los 18 años en Chile amplió la cobertura de los servicios de cirugía pediátrica, incorporando adolescentes con patologías previamente resueltas por equipos de adultos. Este cambio supone un desafío asistencial, técnico y organizacional para las unidades quirúrgicas pediátricas. El objetivo fue describir las cirugías electivas realizadas en pacientes entre 15 y 18 años desde la implementación de esta normativa en el Hospital Padre Hurtado.

Materiales y métodos:
Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes de 15 a 18 años

sometidos a cirugía electiva entre enero de 2021 y abril de 2026. Se realizó análisis descriptivo de variables demográficas, diagnósticos y procedimientos quirúrgicos realizados.

Resultados:
Durante el período estudiado se realizaron 909 cirugías electivas en pacientes de 15 a 18 años; 541 fueron efectuadas por el equipo de cirugía pediátrica, excluyendo procedimientos de otras especialidades. La mediana de edad fue 16 años. El 62% correspondió a hombres y el 38% a mujeres, con relación 1,6:1. Las intervenciones más frecuentes fueron colecistectomía 12,6% (n=68), cirugía de quiste pilonidal 12,2% (n=66), circuncisión 7,6% (n=41), onicoplastías 7,0% (n=38), hernioplastía inguinal 3,5% (n=19) y cirugía de ginecomastia 2,8% (n=15). Además, se registraron procedimientos propios de la especialidad, como descensos testiculares y quistes tiroglosos, junto con cirugías complejas, incluyendo simpatectomías, lobectomías, reparación de hernia hiatal y ampliación vesical.

Discusión y conclusiones:
Los resultados evidencian que la extensión etaria generó un cambio real en el perfil quirúrgico electivo, incorporando adolescentes con patologías frecuentes de transición, como litiasis biliar, enfermedad pilonidal y ginecomastia, además de patología pediátrica clásica y procedimientos complejos. Esto exige adaptación de recursos, pabellones, hospitalización y competencias del equipo. La caracterización local permite dimensionar esta demanda, apoyar la planificación asistencial y optimizar la atención quirúrgica adolescente.

PF-D3) SESIÓN TRABAJOS LIBRES - PÓSTER D3 (AM) (PANTALLAS 1 Y 2: C. GENERAL Y ESPECIALIDADES; PANTALLA 3: C. NEONATAL, PANTALLA 4: C. PLÁSTICA Y QUEMADOS)

P128) CLUB DE RESIDENTES IBEROAMERICANOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA: RESULTADOS INICIALES DE UNA INICIATIVA DE EDUCACIÓN COLABORATIVA INTERNACIONAL

Arenas-rojas, A.(1); Melo Hernández, C.(1);
(1): Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

INTRODUCCIÓN:

La colaboración internacional y el aprendizaje entre pares representan estrategias innovadoras para fortalecer la formación en Cirugía Pediátrica y reducir las barreras geográficas para el intercambio académico. En Iberoamérica, los espacios permanentes de interacción entre residentes siguen siendo limitados. El objetivo de este trabajo es describir la creación, implementación y resultados iniciales del Club de Residentes Iberoamericanos de Cirugía Pediátrica como una iniciativa de educación colaborativa internacional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de una iniciativa académica virtual iniciada en septiembre de 2025. El modelo consiste en reuniones mensuales sincrónicas en las que un residente de un país diferente de Iberoamérica presenta un tema relevante en Cirugía Pediátrica y comparte la experiencia clínica y docente de su institución. Posteriormente estas reuniones quedan disponibles en YouTube. Se describen las actividades desarrolladas y los indicadores iniciales de participación.

RESULTADOS:

Desde su creación se han realizado 6 reuniones académicas con participación activa de residentes provenientes de más de 15 países iberoamericanos. Como complemento, se organizó el 1er Curso Iberoamericano de Cirugía Pediátrica, desarrollado en dos jornadas virtuales, en el que participaron 22 residentes de 21 países diferentes como conferencistas, compartiendo la realidad asistencial y académica de sus centros de formación. El evento reunió a más de 400 asistentes, consolidando una amplia red regional de intercambio académico.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

La experiencia demuestra la factibilidad de implementar plataformas virtuales internacionales lideradas por residentes, favoreciendo el aprendizaje colaborativo, el intercambio de experiencias y la integración entre programas de formación de distintos países. El Club de Residentes Iberoamericanos de Cirugía Pediátrica constituye un espacio de alto valor para residentes y cirujanos pediatras jóvenes, promoviendo el enriquecimiento académico, la cooperación internacional y la creación de redes de networking que fortalecen el desarrollo de la especialidad en la región.

P129) UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA VIDEOTORACOSCOPIA EN NIÑOS CON SOSPECHA DE PLEURESIA TUBERCULOSA

Pinto, C.(1); Dardanelli, C.(1); Cotta, E.(1); Roggero, A.(1); Toselli, L.(1); Bellia Munzón, G.(1);
(1): Hospital General de Niños Pedro Elizalde, Ciudad Autonoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción. El diagnóstico de tuberculosis (TB) pleural pediátrica es desafiante por la limitada sensibilidad de las muestras no invasivas. La videotoracoscopia (VATS) permite, en un mismo acto, la inspección macroscópica de la cavidad pleural, la biopsia dirigida, el muestreo de líquido y el drenaje evacuador. Nuestro objetivo fue evaluar el rendimiento de los distintos métodos diagnósticos en una cohorte de pacientes pediátricos con pleuresía tuberculosa sometidos a VATS.

Material y método. Análisis retrospectivo de pacientes pediátricos con sospecha clínico-radiológica de pleuresía tuberculosa (contacto bacilífero y/o derrame pleural

oligosintomático) sometidos a VATS entre 2021 y 2026 en un hospital de tercer nivel. Todos recibieron biopsia pleural toracoscópica y drenaje del líquido pleural, con envío de ambas muestras a análisis histopatológico y microbiológico. Se consideraron sugestivos de TB el patrón miliar y las adherencias laxas ("velo de novia") en la macroscopía. Se evaluaron variables demográficas, epidemiológicas, operatorias y el rendimiento diagnóstico de las pruebas.

Resultados. Se incluyeron 56 pacientes (mediana de edad 12 años; RIC 8-14), 30 varones (53,6%). Presentaron contacto bacilífero 43 (76,8%) y SatO? ≥92% al ingreso 41/43 (95,3%), con cuadro clínico solapado respecto a la magnitud del derrame. La VATS identificó TB pleural en la mayoría de los casos (patrón miliar: 55/56, 98,2%; adherencias laxas: 55/56, 98,2%). La positividad en muestras no invasivas fue: esputo 14,3% (3/21), lavado gástrico 12,8% (5/39) y materia fecal 12,5% (1/8). No hubo complicaciones intraoperatorias; cuatro pacientes presentaron fuga aérea autolimitada (2/4 >24 horas) y uno requirió transfusión sin reintervención.

Discusión. La VATS con biopsia pleural mostró un rendimiento diagnóstico marcadamente superior al de las muestras no invasivas. Al integrar en un solo acto la inspección macroscópica, la biopsia y el muestreo del líquido, identificó cerca del 98% de los casos con sospecha clínico-radiológica.

P130) DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS SIMULADOS PARA MALFORMACIONES DE LA PARED TORÁCICA (PECTUS EXCAVATUM)

Garnica, M.(1); Tachella, S.(2); Prodan, S.(2); Gigena, C.(2); Bellia Munzon, G.(2); Elmo, G.(2); Millan, C.(2);
(1): G.C.P, CABA, Argentina (2): , ,

Introducción: Estrategias innovadoras como la elevación esternal, la técnica de hamaca y el uso de puentes se han integrado en la toracoplastia de Nuss mejorando su efectividad y seguridad. Ante la limitada accesibilidad a la capacitación necesaria para estas técnicas, nuestro equipo desarrolló modelos de simulación específicos. El objetivo de este estudio es reportar el uso y la validación de estos modelos como herramientas educativas eficaces para el entrenamiento.

Materiales y métodos: Estudio analítico descriptivo realizado mediante encuestas tipo Likert (1-5) para valorar similitud estructural, realismo y utilidad. Además se recabaron datos epidemiológicos y grado de experiencia. Los modelos fueron utilizados por especialistas durante jornadas de capacitación en pectus excavatum.

Modelo de elevación esternal (Fig.1)

Modelo de colocación de Implantes y Puentes (Fig.2)

Modelo de confección de Hamaca (Fig3)

Resultados: Participaron 38 especialistas con una edad mediana de 43.5 años; el 55.2% tenía más de 10 años de experiencia quirúrgica y el 31.5% había realizado más de 40 toracoplastias de Nuss como cirujanos principales.

Elevación esternal: Obtuvo un 71% (M=3.9) de respuestas positivas para sus características estructurales y un 81.5% (M=4.3) para su utilidad como modelo de entrenamiento.

Colocación de implantes y puentes: El 89.5% (M=4.3) evaluó las dimensiones como semejantes a la realidad, y el 92.1% (M=4.6) reconoció su utilidad para el entrenamiento.

Modelo de hamaca: Recibió un 73.7% (M=4) de valoraciones positivas en dimensiones, un 63.1% (M=3.7) en consistencia de tejidos y un 79% (M=3.95) en visión endoscópica. El 92.1% (M=4.6) reconoció su utilidad como modelo de entrenamiento.

Conclusiones: Los modelos de simulación desarrollados fueron percibidos como herramientas realistas y eficaces para la enseñanza de la técnica por especialistas en cirugía torácica.

P131) APROXIMACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA FUERZA LABORAL QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA EN IBEROAMÉRICA

Pérez Tirado, A.(1); Jaramillo-guerra, L.(2); Ústaris-santos, C.(2); Ordosgoitia-álvarez, V.(1); Benavides-molina, C.(3);
(1): Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia (2): Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia (3): Semillero de Investigación en Cirugía Pediátrica (SEICP), Universidad de Caldas, Manizales, Colombia

Introducción: La cirugía global es una iniciativa que tiene como finalidad mejorar el acceso a la atención quirúrgica de calidad de una manera oportuna y asequible. La mayoría de los países en Iberoamérica son de ingresos medios bajos o altos, en donde los niños representan aproximadamente un 25-30% de la población; la carga de morbilidad quirúrgica es elevada; la fuerza laboral quirúrgica pediátrica es un indicador determinante en el entendimiento del panorama actual, permitiendo así la identificación de brechas que potencialmente contribuyen a las inequidades evitables en la región. Se hace imperiosa la necesidad de caracterizar el volumen de cirujanos disponibles en la región iberoamericana, donde previamente se ha postulado una distribución heterogénea.

Objetivo General: Cuantificar la densidad de cirujanos pediatras que integran la fuerza laboral quirúrgica en países iberoamericanos.

Métodos: Se realizó un estudio ecológico transversal con datos disponibles en fuentes gubernamentales, ministeriales y del Grupo del Banco Mundial. Se calcularon indicadores de densidad: la tasa de cirujanos pediatras en general y ajustada a la población menor de 14 años. Adicionalmente, se realizó un análisis visual de la distribución geográfica

Resultados: Se incluyeron 20 países con datos disponibles; la densidad fue de 1,07 por cada 100.000 habitantes en promedio (1,12-1,25); ajustada fue de 4,3, siendo mayor en Uruguay (7,7) y España (6,9), y menor en Honduras (0,21) y Guatemala (0,12).

Discusión: Las estimaciones sugieren que la densidad actual es menor que las recomendaciones internacionales en la mayoría de los países miembros. Iberoamérica enfrenta una desigualdad moderada según el índice de Gini (0,3), siendo más evidente en los países centroamericanos.

Conclusión: La tendencia en la distribución de la fuerza laboral quirúrgica es desigual, se requieren estudios adicionales con métodos de mayor rigurosidad para establecer indicadores del acceso quirúrgico y evaluar correlaciones con indicadores de desarrollo económico, social y científico.

P132) MÁS ALLÁ DEL PERÍODO NEONATAL: HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA COMO RETO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO

Palacios Rodríguez, P.(1); Rebollar Castillo, A.(1); Sancho Hernández, R.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción

La hernia diafragmática congénita de presentación tardía es una entidad infrecuente, de diagnóstico difícil por su clínica inespecífica. Este trabajo analiza nuestra experiencia en su diagnóstico y manejo.

Material y método

Presentamos un estudio observacional, retrospectivo, analítico de pacientes con diagnóstico de hernia diafragmática tardía intervenidos de 2015 a 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas, anatómicas, transoperatorias y de evolución postoperatoria.

Resultados

Se incluyeron 21 pacientes. El 61.9% fueron mujeres, 61.9% presentaron hernia izquierda. La presentación clínica fue sintomática en 47.6%. Se identificó saco herniario en el 57.1%,

hígado intratorácico en el 14.3% y herniación de más de tres órganos en el 14.3%. El uso de parche fue necesario en un paciente (4.8%), el 52.4% requirió ingreso postoperatorio a unidad de cuidados intensivos, se documentó lesión intraoperatoria en el 14.3% y recurrencia en el 4.8%.

Discusión

La heterogeneidad clínica y anatómica observada confirma que la hernia diafragmática congénita de presentación tardía continúa representando un desafío diagnóstico y terapéutico. A pesar de su diagnóstico fuera del periodo neonatal, una proporción importante de los pacientes presentó desenlaces quirúrgicos y postoperatorios relevantes, lo que sugiere que esta entidad no debe asumirse como una variante de manejo necesariamente sencillo. Estos hallazgos resaltan la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica y realizar una evaluación anatómica preoperatoria exhaustiva para favorecer una adecuada planificación quirúrgica.

Conclusión

La hernia diafragmática congénita de presentación tardía debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de pacientes con síntomas respiratorios o gastrointestinales persistentes o atípicos. Su reconocimiento oportuno y una caracterización anatómica preoperatoria sistemática favorecen una planificación quirúrgica más precisa y una mejor preparación para los retos técnicos que esta entidad puede representar.

P133) USO DE CRIOANALGESIA COMO PARTE DEL PROTOCOLO RECUPERACIÓN ACELERADA (ERAS)DESPUÉS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL PECTUS EXCAVATUM

Ambriz González, G.(1); Torres De Anda, E.(1); Moya Ambriz, H.(1); Gomez Espinosa, C.(2); Hernández Hernadez, A.(1); Aceves Gutierrez, A.(1); Velázquez Vidaurri, A.(1); Estrada Morales, D.(1); Ochoa Salazar, O.(1); Moreno Valencia, C.(3);
(1): UMAE HOSPIAL DE PEDIATRIA CMNO IMSS, Guadalajara Jalisco, México (2): UMAE HOSPIAL DE PEDIATRIA CMNO IMSS, Guadalajara, México (3): UMAE HOSPIAL DE PEDIATRIA CMNO IMSS, Guadalajara Jalisco, Mexico

OBJETIVO:Demostrar el uso de crioanalgesia(CA)previa a la cirugía de Cirugía mínimamente invasiva del Pectus Excavatum (MIRPE) es una alternativa para el manejo del dolor posquirúrgico. MATERIAL Y MÉTODOS:Análisis retrospectivo de casos consecutivos con CA en la cirugía de MIRPE,>18 años de febrero2025 a Mayo 026. Se utilizo sonda de a 5 mm para crioanalgesia torácica(CT) y2 mm para la crioanalgesia torácica percutánea(CTP) a 70ºC(Metrum Cryoflex) por2 minutos en cada nivel (3er-7º nervio intercostalbilateral). Se evaluó EIH, uso opioides, complicaciones, dolor por escala visual analógica(EVA). RESULTADOS: 33pacientes recibieronCA, se excluyó 1paciente por cuadro neumónico. Se incluyeron 32 paciente, 84% se realizó CT y 16% CTP. 30 pacientes masculino y

2 femeninos. Edad promedio 15.8 años (rango 14-17años). Índice de Haller(IH) promedio 6 ± 2,7 , ICT promedio 28% ± 6, a todos se colocó 2 barras. La duración media de la crioanalgesia fue de 33±19.2minutos. 2pacientes recibieron bloqueo epidural más CA. El 100% recibieron 1dosis de opioide intravenoso en posoperatorio. Se aplico escala de EVAS los días 1 y 5 del posoperatorio fue de 4 y 2promedio. La EIH fue 36horas (rango 24-72horas) 1 paciente presento sangrado intercostal controlado durante el procedimiento. CONCLUSIÓN:La analgesia epidural con dosis elevadas de opioides es la estrategia habitual en la cirugía de MIRPE para el manejo del dolor; los cuales se asocian a náuseas, vómitos, intolerancia digestiva, íleo intestinal y retención urinaria. La CT representa una estrategia para el manejo y alivio del dolor permitiendo regresar a sus actividades con mayor rapidez. Aunque no se trata de un estudio de costes, al reducir la duración de la EIH reduce estos.

P134) DESAFIANDO EL DOLOR POSTOPERATORIO EN PECTUS EXCAVATUM: PRIMERA SERIE INSTITUCIONAL DE CRIOANALGESIA INTERCOSTAL.

Cruz Alvarez, J.(1); Daza Merizalde, J.(1); Ugazzi Betancourth, M.(1);
(1): Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador

ntroducción El manejo del dolor postoperatorio agudo en la reparación de pectus excavatum mediante el procedimiento de Nuss sigue siendo un desafío clínico. El objetivo principal de este trabajo es describir la factibilidad e implementación de la crioanalgesia intercostal (ecoguiada y toracoscópica) en pacientes pediátricos de un centro de tercer nivel.

Material y método Estudio observacional descriptivo, tipo serie de casos, desarrollado entre 2024 y 2026. Se incluyeron pacientes sometidos a corrección de Nuss con crioanalgesia intercostal bilateral (CO?, -70°C a -80°C, 2 minutos por nervio). Se evaluaron variables demográficas, variante del abordaje (ecoguiado vs. toracoscópico), dolor postoperatorio mediante EVA, analgesia regional complementaria y complicaciones clínicas.

Resultados Se trataron 6 pacientes (5 varones, 1 mujer) con mediana de edad de 14.5 años. La crioanalgesia (T2-T8) se aplicó de forma ecoguiada (2 casos) y toracoscópica (4 casos). La estrategia analgésica multimodal incluyó PECS II o anestesia epidural. El EVA a las 6h presentó una mediana de 8. A las 48h, la mediana fue 4 (rango: 1-8), y al alta fue 3 (rango: 1-5). La mediana de estancia hospitalaria fue 3.5 días (rango: 1–7). Dos pacientes ingresaron a cuidados intensivos (uno por movilización de barra), prolongando su estancia a 6 y 7 días. No hubo complicaciones inherentes a la crioanalgesia.

Discusión La crioanalgesia intercostal (ecoguiada o toracoscópica) dentro de una estrategia multimodal demuestra una excelente factibilidad. Su perfil de seguridad permite altas precoces en postoperatorios sin eventualidades mecánicas. Los picos de dolor y estancias prolongadas se asociaron exclusivamente a factores críticos ajenos al protocolo analgésico.

Conclusión La implementación de esta técnica analgésica es factible y segura en nuestro medio, favoreciendo una recuperación acelerada. Se requieren estudios prospectivos para estandarizar el abordaje óptimo.

P135) MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA TIPO 1 EN ADOLESCENTE

Medina Flor, S.(1); Sosa Montiel, A.(2);
(1): HOSPITAL REGIONAL DE CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay (2): HOSPITAL REGIONAL CIUDAD DEL ESTE, Ciudad del Este, Paraguay

RESUMEN

La malformación adenomatoidea quística es una alteración del desarrollo pulmonar debido al reemplazo de los bronquios terminales y parénquima pulmonar por quistes, se describen varios tipos histológicos del tipo 0 a 4, el tipo 1 consiste en grandes quistes rodeados de otros de menor tamaño, a menudo multiloculares, con células productoras de mucina con buen pronostico luego de la resección quirúrgica.

Caso clínico: Paciente masculino de 13 años con historia de 24 hs de evolución de fiebre, dolor de garganta y cefalea acompañado de vómitos en 4 oportunidades, se agrega al cuadro decaimiento del estado general y dificultad respiratoria por lo que se decide internación. Se realiza radiografía de tórax donde se observa colapso total del pulmón derecho, se instala tubo de drenaje pleural (TDP) lado derecho en contexto de neumotórax a tensión, tras lo cual paciente persiste con mala mecánica respiratoria, ingresa a Terapia intensiva. Se realiza tomografía que informa neumotórax grado 2 asociado a colapso parcial del parénquima del lóbulo superior y medio con buena aireación de base pulmonar, se decide ingresar a quirófano en su 12 DDI. Hallazgo operatorio: malformación adenomatoidea quística tipo 1 que ocupa el lóbulo superior, resección del mismo con lobectomía parcial del lóbulo superior más colocación de tubo pleural. ARM por 12 horas, TDP por 23 días, sin requerimiento de inotrópicos, buena evolución dado de alta en el día 24. Confirmación de la pieza por anatomía patológica.

Discusión: La malformación adenomatoidea quística son más frecuentes en el periodo neonatal, sin embargo, en adolescentes y edad adulta puede diagnosticarse ante neumonías recidivantes, neumotórax espontaneo como en este caso. En pacientes sintomáticos está indicado el tratamiento quirúrgico. La sospecha clínica y los métodos auxiliares cumplen un rol fundamental para la toma de decisiones y manejo adecuado.

Palabras Claves: malformación adenomatoidea quística, toracotomía.

P136) DENERVACIÓN SIMPÁTICA CARDÍACA IZQUIERDA VIDEOTORACOSCÓPICA EN EL SÍNDROME DE QT LARGO REFRACTARIO NEONATAL

Jones, N.(1); Palamara, R.(1); Martinez, J.(1); Zabala, J.(1); Feuerhake, S.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

El síndrome de QT largo (SQTL) neonatal es una cardiopatía que expone a arritmias ventriculares letales y muerte súbita. Aunque los betabloqueadores son la primera línea, hasta 30% de los casos muestra refractariedad. La denervación simpática cardíaca izquierda (DSCI) por videotoracoscopia (VATS) es una alternativa adyuvante, que eleva el umbral de fibrilación sin comprometer la contractilidad miocárdica ni su frecuencia. Presentamos este caso debido a la precocidad de los síntomas, la extrema malignidad y el éxito del abordaje mínimamente invasivo.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de caso clínico.

RESULTADOS/CASO CLÍNICO

Lactante prematuro de 34 semanas con diagnóstico prenatal de SQTL y bloqueo auriculoventricular 2:1. A los tres meses, bajo terapia médica máxima, presentó paros cardiorrespiratorios recuperados secundarios a taquicardias ventriculares (TV) recurrentes, generando una encefalopatía hipóxico-isquémica. Tras estabilizar el ritmo con marcapasos definitivo, se realizó una DSCI por VATS. Para mitigar el riesgo de síndrome de Horner, se resecó selectivamente el tercio inferior del ganglio estrellado, complementándose días después con un cardiodesfibrilador (CDI) epicárdico. A cuatro meses de seguimiento, el paciente destaca por una notable mejoría funcional, logró transición completa a vía oral, progresó en su neurodesarrollo, la fracción de eyección del ventrículo izquierdo aumentó del 36% al 45%, sin recurrencia de episodios de TV. El estudio genético confirmó mutación en el gen CACNA1C, asociado al Síndrome de Timothy.

DISCUSIÓN

Variantes de alta malignidad como el Síndrome de Timothy representan un desafío terapéutico extremo por su resistencia a fármacos y asociación con bloqueos funcionales. La DSCI por VATS demostró ser un abordaje seguro y reproducible en un lactante menor, logrando una neuromodulación efectiva que reduce drásticamente la carga arrítmica. Esto destaca que la intervención quirúrgica temprana es fundamental en fenotipos agresivos para alcanzar estabilidad, permitiendo la recuperación miocárdica y previniendo secuelas neurológicas permanentes en un periodo crítico del desarrollo.

P137) MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULAS BRONCOPLEURALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS BAJO SOPORTE ECMO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Correa, S.(1); Salamanca, E.(1); Garzon, L.(2); Escobar, J.(2);
(1): Fundacion Cardioinfantil - La cardio, bogota, colombia (2): Fundación Cardioinfantil - La cardio, bogota, colombia

Introducción

El requerimiento de manejo quirúrgico para fístulas broncopleurales (FBP) en pediatría es poco frecuente. Sin embargo, en la última década, el uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) como rescate en pacientes con neumonía necrotizante y falla ventilatoria secundaria a FBP ha aumentado. Actualmente, la ventana óptima para definir el cierre quirúrgico bajo soporte versus el manejo expectante sigue siendo controvertida, por lo que reportar la experiencia clínica es fundamental.

Material y Método

Estudio descriptivo tipo serie de casos en un centro de referencia en Bogotá, Colombia. Se analizaron 4 pacientes con falla ventilatoria secundaria a FBP (edad: 1 mes a 8 años; 2 masculinos, 2 femeninas), canulados en sus hospitales de origen por nuestro equipo y trasladados a nuestra institución.

Resultados

Tres pacientes requirieron soporte venoarterial y uno venovenoso. Los 4 fueron llevados a cirugía: uno de manera temprana (primeras 48 horas de ingreso) y tres de forma tardía (después de la segunda semana) ante la persistencia del defecto. En el postoperatorio requirieron soporte transfusional masivo, asociándose empaquetamiento en dos casos. No hubo mortalidad intraoperatoria y la sobrevida global fue del 75%.

Discusión

Pese a que la literatura describe el cierre espontáneo de las FBP con manejo conservador, este no se observó tras dos semanas de espera en tres de nuestros casos. El control temprano de la causa que perpetúa el soporte ECMO es imperativo para evitar tiempos prolongados de asistencia y mitigar el riesgo de complicaciones graves, como el sangrado en el sistema nervioso central. La intervención quirúrgica precoz dentro de las primeras 48 horas favorece el control efectivo de la fístula, permitiendo disminuir el tiempo de terapia extracorpórea y los riesgos asociados en la población pediátrica.

P138) MALFORMACIÓN LINFÁTICA DEL MEDIASTINO ANTERIOR EN UN RECIÉN NACIDO: ESCLEROTERAPIA COMO ALTERNATIVA AL MANEJO QUIRÚRGICO MAYOR

Palamara, R.(1); Bragado, C.(2); Falcon, N.(2); Feuerhake, S.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción:Las malformaciones linfáticas (ML) representan cerca del 5% de los tumores benignos infantiles, con predominio cervicofacial (75-90%) y diagnóstico antes de los 2 años (90%), frecuentemente antenatal, clasificándose según la ISSVA. La localización mediastínica es infrecuente, predominando el mediastino anterior. Su presentación depende del tamaño, localización y velocidad de expansión. La escleroterapia es hoy el tratamiento de elección ante intervención invasiva, quedando la cirugía como segunda línea. Este trabajo ilustra el rol de la escleroterapia como alternativa mínimamente invasiva a la cirugía mayor y revisa la evidencia respectiva.

Caso clínico:Recién nacido de término con diagnóstico antenatal de quiste torácico, nace sin dificultad respiratoria, con radiografía y ecocardiograma normales, dado de alta con seguimiento. Reingresa a los 19 días por dificultad respiratoria, con tomografía que evidencia gran lesión quística del mediastino anterior con compresión cardíaca, vascular y pulmonar, por lo que se intuba y traslada a nuestro centro. Se instala drenaje mediastínico percutáneo ecoguiado, vaciando el quiste, con mejoría clínica y extubación. Ante la recidiva, se realiza escleroterapia con 2U de Bleomicina y 10mg de Polidocanol en espuma (8cc), por drenaje y punción percutánea ecoguiada de quistes paraesternales, evolucionando favorablemente. Actualmente, a 1 año 9 meses, presenta lesión persistente pero menor, estable y asintomática.

Discusión:Este caso destaca el comportamiento dinámico de estas lesiones, capaces de expandirse bruscamente, reforzando la necesidad de seguimiento estrecho. Su localización mediastínica anterior es infrecuente y con escasa evidencia, exigiendo alto índice de sospecha, su resección implica toracotomía o esternotomía de alta complejidad. La escleroterapia resultó una estrategia mínimamente invasiva, eficaz y segura, evitando cirugía mayor. La bleomicina, antibiótico antitumoral con escasa inflamación y edema, es útil en lesiones cercanas a estructuras nobles, combinada con Polidocanol ha mostrado ser segura y eficaz en recién nacidos con ML gigantes, reduciendo los procedimientos requeridos respecto a la bleomicina sola.

P139) SÍNDROME BLUE RUBBER BLEB NEVUS E INVAGINACIÓN INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Garcia Benitez, B.(1); Velazquez Vidaurri, A.(1); Muñiz Muro, D.(1); Arellano Galindo, R.(1);
(1): CENTRO MEDICO NACIONAL DE OCCIDENTE, Guadalajara, Mexico

SÍNDROME BLUE RUBBER BLEB NEVUS E INVAGINACIÓN INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

El síndrome de Blue Rubber Bleb Nevus (BRBNS) es una enfermedad vascular rara caracterizada por malformaciones venosas cutáneas y gastrointestinales. Su principal manifestación es la anemia ferropénica secundaria a sangrado digestivo crónico. Las complicaciones quirúrgicas, como la invaginación intestinal, son excepcionales y se asocian a lesiones venosas que actúan como punto guía.

Describir un caso pediátrico de BRBNS complicado con invaginación intestinal y su abordaje diagnóstico y quirúrgico.

RESUMEN DEL CASO

Paciente femenina de 12 años con BRBNS, lesiones cutáneas múltiples y anemia transfusión-dependiente. Inició con dolor abdominal progresivo y vómito. La tomografía y el ultrasonido fueron no concluyentes. Persistió con dolor abdominal y evacuaciones sanguinolentas, por lo que se realizó laparotomía exploradora.

Se identificó invaginación íleo-ileal a 10 cm de la válvula ileocecal con 20 cm de intestino invaginado, además de múltiples lesiones vasculares en tubo digestivo. Se realizó desinvaginación manual, resección intestinal y anastomosis término-terminal. El estudio histopatológico confirmó invaginación secundaria a malformación venosa con isquemia transmural. La evolución fue favorable sin recurrencia.

La invaginación intestinal asociada a Blue Rubber Bleb Nevus Syndrome es infrecuente y puede manifestarse como abdomen agudo. Las malformaciones venosas actúan como punto guía y los estudios de imagen pueden ser inicialmente no concluyentes, por lo que la sospecha clínica resulta fundamental. La principal fortaleza de este caso es la correlación clínico-quirúrgica e histopatológica; entre sus limitaciones destaca el diagnóstico intraoperatorio. La experiencia resalta la importancia del reconocimiento temprano y tratamiento oportuno para evitar isquemia intestinal y otras complicaciones.

El BRBNS con invaginación intestinal es una entidad rara pero potencialmente grave. El diagnóstico oportuno depende de la sospecha clínica, ya que la imagen puede ser inespecífica. A futuro se puede considerar una revisión de casos para contar con epidemiología en México.

P140) ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS “DR. CARLOS SÁENZ HERRERA” DEL 1 DE ENERO 2011 AL 31 DE DICIEMBRE 2024

Jiménez Rivera, M.(1); Beauchamp Carvajal, D.(1); Sobrado Chamberlain, J.(1);
(1): Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Luis Sáenz Herrera, San José, Costa Rica

La Enfermedad de Hirschsprung (EH) es una patología congénita caracterizada por la ausencia de células ganglionares en los plexos submucoso y mientérico del intestino distal, lo que genera una obstrucción intestinal funcional y dilatación del segmento proximal. Constituye la causa congénita más frecuente de obstrucción intestinal baja en la edad pediátrica y continúa representando un desafío diagnóstico y terapéutico, incluso en centros especializados. En Costa Rica, el Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" concentra la atención de la mayoría de estos pacientes. El objetivo de este estudio fue describir las complicaciones postquirúrgicas y sus factores asociados en pacientes con EH atendidos en esta institución entre 2011 y 2024.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante la revisión de expedientes clínicos físicos y electrónicos. Se incluyeron 73 pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de EH por biopsia rectal y tratamiento quirúrgico documentado. Se analizaron variables demográficas, clínicas, diagnósticas, quirúrgicas y la incidencia de complicaciones postoperatorias tempranas y tardías.

Los resultados mostraron un predominio del sexo masculino y un diagnóstico realizado mayoritariamente en el período neonatal. Las complicaciones postoperatorias fueron frecuentes e incluyeron dermatitis perianal, enterocolitis asociada a la EH, infecciones, estenosis anastomóticas, obstrucción intestinal y necesidad de reintervenciones. La morbilidad fue mayor en pacientes con diagnóstico tardío, enfermedad de segmento largo y antecedentes de múltiples cirugías.

Se concluye que, si bien la cirugía de descenso constituye el tratamiento definitivo de la EH, no garantiza una evolución libre de complicaciones. Los hallazgos resaltan la importancia del diagnóstico oportuno, la precisión técnica y un seguimiento multidisciplinario estructurado para optimizar los desenlaces clínicos y funcionales de estos pacientes.

P141) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO FRENTE A CIRUGÍA ABIERTA EN EL SINUS PILONIDAL PEDIÁTRICO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES.

Ruiz Medina, M.(1); Ibarra Rodríguez, M.(2); Murcia Pascual, F.(2); Paredes Esteban, R.(2); (1): Hospital Universitario Reina Sofía, Cordoba, España (2): Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Introducción

El sinus pilonidal es una patología frecuente en adolescentes con un impacto significativo en la calidad de vida. La técnica PEPSIT (*Pediatric Endoscopic Pilonidal Sinus Treatment*) surge como una alternativa mínimamente invasiva frente a la cirugía abierta (CA). El objetivo de este estudio fue comparar los resultados clínicos y funcionales entre ambos procedimientos.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo (2019–2025) en 71 pacientes pediátricos (edad media: 13 años) diagnosticados de sinus pilonidal. Se compararon dos grupos: 41 tratados mediante PEPSIT y 30 mediante CA. Se analizaron: estancia hospitalaria, duración de curas, tiempo de reincorporación (escolar, deportiva y social), dolor postoperatorio (escala EVA), recurrencias y reintervenciones. Análisis estadístico con IBM SPSS v 25.0 ($p< 0.05$).

Resultados

El grupo PEPSIT presentó una estancia hospitalaria significativamente menor (0,3 vs. 1,6 días) y una menor duración de curas (16,9 vs. 38,3 días). La reincorporación al deporte (3,7 vs. 8,9 semanas) y vida social (1,46 vs. 3,6 semanas) fue más precoz en el grupo PEPSIT, que también registró menor dolor postoperatorio (EVA: 0,9 vs. 4). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de recurrencia (31,7% vs. 36,7%) ni en las reintervenciones (20% vs. 17,1%).

Discusión

La técnica PEPSIT ofrece ventajas en la recuperación postoperatoria y disminuye el impacto funcional. Su naturaleza mínimamente invasiva reduce el dolor, las curas y acelera el retorno a actividades cotidianas, beneficios cruciales por la repercusión física y psicosocial en adolescentes. Al no mostrar diferencias en la tasa de recurrencia respecto a la CA, se demuestra que esta mejora en la calidad de vida no compromete la eficacia terapéutica.

Conclusiones

PEPSIT constituye una alternativa eficaz, segura y menos invasiva para el tratamiento del sinus pilonidal pediátrico. Su uso se asocia a una optimización de la calidad de vida postoperatoria y una reincorporación temprana a actividades cotidianas.

P142) ¿QUÉ PACIENTES REALMENTE SE BENEFICIAN DE UNA DERIVACIÓN TIPO SANTULLI? EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO Y PROPUESTA DE UN ALGORITMO DE SELECCIÓN.

Palacios Rodríguez, P.(1); Chavarria Delgado, I.(1); Rebollar Castillo, A.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción: La derivación tipo Santulli constituye una alternativa quirúrgica, favoreciendo la adaptación intestinal y potencialmente disminuyendo las complicaciones asociadas a los estomas convencionales. Sin embargo, las indicaciones para su utilización continúan siendo heterogéneas y dependen principalmente de la experiencia de cada centro. Identificar los pacientes que obtienen mayor beneficio de esta técnica podría optimizar la toma de decisiones quirúrgicas. El objetivo fue describir las indicaciones, evolución clínica y complicaciones de los pacientes pediátricos sometidos a derivación tipo Santulli en un centro terciario, con el propósito de proponer un algoritmo de selección.

Material y método: Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se incluyeron pacientes sometidos a derivación tipo Santulli., se analizaron variables demográficas, diagnóstico, indicación quirúrgica, hallazgos transoperatorios, inicio de alimentación enteral, requerimiento de nutrición parenteral, complicaciones, reintervenciones y tiempo al cierre del estoma.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes. La indicación más frecuente fue discrepancia de cabos intestinales, seguida de la protección de anastomosis y el alto gasto intestinal. Todos presentaron viabilidad del cabo distal. La alimentación enteral se inició tempranamente, con una mediana de tres días, y la mayoría no requirió nutrición parenteral posterior al procedimiento. La mediana para el cierre del estoma fue de 261 días. No se documentaron reintervenciones, fuga anastomótica, prolapso ni estenosis. Tres pacientes presentaron obstrucción intestinal resuelta sin cirugía y tres desarrollaron infección de herida quirúrgica.

Discusión: Los resultados sugieren que la derivación tipo Santulli es una opción segura en pacientes cuidadosamente seleccionados, particularmente cuando existe discrepancia significativa de cabos y un cabo distal viable. La baja frecuencia de complicaciones mayores permitió integrar un algoritmo institucional de selección.

Conclusión: La derivación tipo Santulli mostró resultados favorables en esta serie inicial y puede considerarse una alternativa útil en pacientes seleccionados. Estudios con mayor tamaño de muestra permitirán validar el algoritmo propuesto.

P143) MALFORMACIÓN ANORRECTAL CON FISTULA VAGINAL EN H: UN HALLAZGO INTRAOPERATORIO INUSUAL. REPORTE DE CASO.

Hernández Estrada, J.(1); Chavarria Delgado, I.(1); Palacios Rodríguez, P.(1);
(1): Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción: Las malformaciones anorrectales (MAR) comprenden un amplio espectro de anomalías congénitas cuya complejidad anatómica condiciona el tratamiento quirúrgico y el pronóstico funcional. Las fístulas rectovaginales tipo H constituyen una variante excepcional, difícil de diagnosticar antes de la cirugía debido a la limitada sensibilidad de los estudios de imagen. Su reconocimiento intraoperatorio representa un reto técnico que puede modificar la estrategia quirúrgica. Presentamos un caso de fístula rectovaginal tipo H diagnosticada durante la corrección de una malformación anorrectal.

Material y método: Estudio retrospectivo de un caso clínico. Se revisó el expediente clínico, estudios de imagen, hallazgos transoperatorios y evolución posoperatoria de una paciente intervenida en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Resultados: Paciente femenina de 2 años con estreñimiento persistente, riñón multiquístico displásico izquierdo, enfermedad renal crónica estadio I y escoliosis congénita. La exploración bajo anestesia confirmó un ano ectópico fuera del complejo muscular. El

protocolo para asociación VACTERL evidenció alteraciones vertebrales y agenesia renal unilateral. El estudio contrastado mostró una fístula perineal, por lo que se realizó anorrectoplastía sagital posterior con colostomía y fístula mucosa. Durante la disección del recto se identificó un plano anómalo entre recto y vagina; la introducción de un estilete confirmó una fístula rectovaginal tipo H no diagnosticada previamente. Se realizó disección, sección y cierre primario de la fístula, completándose la anorrectoplastía sin complicaciones transoperatorias.

Discusión: Las fístulas rectovaginales tipo H son extremadamente infrecuentes y pueden pasar inadvertidas pese a una adecuada evaluación preoperatoria. Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha, realizar una exploración quirúrgica meticulosa y adaptar la estrategia intraoperatoria ante hallazgos inesperados. El abordaje multidisciplinario y la experiencia quirúrgica son determinantes para preservar la anatomía pélvica y optimizar los resultados funcionales en pacientes con MAR complejas.

P144) QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL PERFORADO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO

Pérez, C.(1); Serrano, L.(1); Zechini, V.(1); Kulikoff, B.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción:
Los quistes de duplicación intestinal son malformaciones congénitas raras del tracto digestivo, con una incidencia aproximada de 1 en 4.500 nacidos vivos. El íleon es su localización más frecuente. En casos excepcionales, pueden presentarse como abdomen agudo, asociados a complicaciones como obstrucción, infección o perforación. Su presentación simulando una apendicitis aguda es infrecuente y representa un desafío diagnóstico, especialmente en pacientes pediátricos, en quienes las imágenes pueden ser inespecíficas.

Materiales y métodos:
Estudio retrospectivo de caso clínico. Se revisaron antecedentes clínicos, exámenes de laboratorio, estudio imagenológico, protocolo operatorio, evolución postoperatoria e informe histopatológico de un paciente pediátrico intervenido quirúrgicamente por abdomen agudo con sospecha de patología inflamatoria intestinal complicada.

Resultados:
Paciente masculino de 9 años que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, asociado a fiebre. Al examen físico destaca abdomen muy doloroso, con signo de Blumberg positivo. Los exámenes de laboratorio evidencian leucocitosis. La tomografía computada de abdomen informa probable divertículo de Meckel en íleon distal complicado. Por lo anterior, se realiza laparoscopía exploradora, evidenciándose apéndice cecal sano, finas adherencias interasas y pus en los cuatro cuadrantes. Se identifica una lesión quística de aproximadamente 4 × 4 cm, ubicada en el borde mesentérico del íleon, a 70 cm de la válvula

ileocecal. En la cara lateral de la lesión se observa una perforación de 1 cm, con salida de contenido intestinal. Se realiza resección intestinal en bloque y anastomosis término-terminal primaria. La biopsia diferida informa duplicación intestinal perforada.

Discusión:
Aunque son infrecuentes, los quistes de duplicación intestinal deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial del abdomen agudo pediátrico, especialmente en presentaciones atípicas de apendicitis. La perforación de estas lesiones es excepcional y puede simular patologías inflamatorias comunes. La laparoscopía exploradora cumple un rol fundamental, ya que permite establecer el diagnóstico definitivo y realizar un tratamiento oportuno.

P145) DIVERTICULITIS CECAL EN PEDIATRÍA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA. REPORTE DE UN CASO

Catán, C.(1); Vásquez, P.(2); Rojas, M.(2); Espinoza, M.(2); Herrera, A.(2); Rojas, F.(2); López, C.(1); Coba, R.(1); Morales, K.(1);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

Introducción:La diverticulitis cecal solitaria (DCS) es infrecuente, sobre todo en pediatría, presentándose como simulador de apendicitis. Corresponde al 1-5% de todas las diverticulitis. 70% de los casos se diagnostican de forma intraoperatoria, aunque podría ser detectado en tomografía computarizada (TC) con sensibilidad y especificidad de 98%. Presentamos un caso de DCS con diagnóstico imagenológico y manejo médico.

Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo de caso clínico, con revisión de literatura.

Resultados: Paciente masculino de 17 años, ingresa al servicio de urgencia en nuestro centro por cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha (FID), sin síntomas acompañantes. Ingresa taquicárdico, con abdomen distendido leve, blando, depresible con resistencia muscular y dolor localizado en FID, sin signos peritoneales. Se indica analgesia con alivio parcial del dolor. Exámenes de laboratorio destacan leucocitos 11220 miles/uL, polimorfonucleares 69% y proteína C-reactiva 14 mg/L. Se solicita TC de abdomen y pelvis con contraste, que evidencia apéndice cecal sin alteraciones, con divertículo en polo cecal de paredes engrosadas con cambios inflamatorios del tejido adiposo adyacente con signos de diverticulitis, leve líquido libre en pelvis, sin colecciones asociadas o neumoperitoneo. Dado estabilidad clínica del paciente, se decide manejo médico con analgesia y antibióticos orales. Se realiza ecografía de control ambulatoria, sin alteraciones. Sin nuevos episodios de dolor o complicaciones asociadas en seguimiento de 6 meses.

Discusión: La DCS debe considerarse como diagnóstico diferencial de dolor en FID en jóvenes. La precisión del TC es fundamental para el diagnóstico preoperatorio. En casos de diverticulitis no complicada (Hinchey 0-Ia), el manejo médico es seguro y efectivo, evitando

cirugías innecesarias y reduciendo la morbilidad en pacientes pediátricos, con baja tasa de recurrencia (7.8%). En conclusión, la DCS es una causa infrecuente de dolor en FID, que puede diagnosticarse de forma preoperatoria evitando exploración quirúrgica innecesaria.

P146) VÓLVULO DE SIGMOIDES RECURRENTE EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Arredondo, C.(1); Care, L.(2); Valdivieso, J.(1); Espinoza, B.(1); Zamorano, D.(1); Coutinho, F.(1); Vargas, J.(1);
(1): Hospital Base San José Osorno, Osorno, Chile (2): Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile

Introducción

El vólvulo de sigmoides es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en pediatría. Generalmente se asocia a un mesenterio elongado, constipación crónica o enfermedad de Hirschsprung. Su baja incidencia en niños exige una sospecha clínica temprana para evitar complicaciones graves. El objetivo es reportar el manejo clínico y quirúrgico de un vólvulo sigmoideo recurrente en una paciente adolescente.

Materiales y métodos

Se realiza un estudio retrospectivo, de el caso de una paciente adolescente, con un cuadro de vólvulo de sigmoides, que recidiva en 2 oportunidades. Se describe el estudio diagnóstico, manejo médico inicial y las sucesivas intervenciones ante las recidivas del cuadro.

Resultados

Paciente femenina de 12 años, con antecedente de constipación crónica, hospitalizada por un cuadro de ocho días de evolución caracterizado por ausencia de deposiciones y distensión abdominal. Evoluciona con signos de abdomen agudo por lo que se realiza laparotomía exploradora, evidenciando vólvulo de sigmoides con asa vital. Se realiza desvolvulación y biopsias. Reconsulta a las 3 semanas y luego a las 48 hrs por cuadro similar, comprobando nuevo vólvulo de sigmoides. Estas dos recurrencias posteriores se manejaron de forma endoscópica. Pero ante la persistencia clínica, se decide realizar una sigmoidectomía laparoscópica. La biopsia informó colitis crónica inespecífica. La evolución postoperatoria fue favorable y la paciente permanece asintomática.

Discusión

Solo el 10% de los vólvulos intestinales se presentan en pacientes mayores de 12 años, en quienes se asocia más frecuentemente a patología adherencial postquirúrgica, duplicación intestinal, divertículo de Merkel, y malrotación intestinal.

Aunque la descompresión endoscópica es útil, esta presenta una tasa de recurrencia de hasta el 57% en pediatría. Este caso aporta evidencia sobre la recidiva en adolescentes y recalca que la sigmoidectomía es fundamental tras el antecedente de recurrencias, permitiendo prevenir complicaciones graves, disminuir la morbimortalidad y resguardar la viabilidad intestinal de manera oportuna.

P147) RESULTADOS CLÍNICOS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Prieto, L.(1); Porras, M.(1); Torres, L.(1);
(1): Universidad FUCS, Bogotá, Colombia

Introducción

Las malformaciones anorrectales (MAR) constituyen un espectro de anomalías congénitas que afectan el desarrollo terminal del tracto digestivo; en estas condiciones se ve alterada la formación del canal anal, el recto y en ocasiones las estructuras urogenitales adyacentes. Estas condiciones se pueden presentar de forma aislada o asociadas a otras anomalías, impactando significativamente la calidad de vida de los pacientes pediátricos.

Materiales y método

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, analizando las historias clínicas de 32 pacientes diagnosticados con MAR. Se evaluaron variables como el tipo de malformación, las complicaciones postoperatorias, y la continencia fecal y urinaria.

Resultados

De los 32 pacientes, 24 (75%) presentaron MAR con fístula y 8 (25%) sin fístula. En el primer grupo, la distribución fue: fístula rectovesical en 7 pacientes (29.2%) , rectoperineal en 6 (25%) , rectovestibular en 5 (20.8%) , rectouretral prostática en 3 (12.5%) , rectovaginal en 2 (8.3%) y rectouretral bulbar en 1 (4.2%). La supervivencia fue del 96.9%. Diez pacientes con fístula presentaron complicaciones , siendo la dehiscencia de la herida quirúrgica la más frecuente. Dos pacientes sin fístula reportaron complicaciones. En mayores de 4 años, la continencia urinaria y fecal fue del 100% para fístulas rectovestibulares , rectouretrales prostáticas , rectoperineales y rectovaginales. Las rectovesicales mostraron continencia urinaria del 100% y fecal del 50%. Además, 6 pacientes (20%) cursaron con constipación.

Discusión

Los desenlaces en términos generales fueron satisfactorios, evidenciando un bajo porcentaje de complicaciones y adecuadas cifras de continencia, especialmente en fístulas rectoperineales y rectovestibulares. En el grupo sin fístula, la principal complicación reportada fue la constipación.

P148) IMPACTO DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS ASOCIADAS SOBRE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES

Ugarte Coronel, C.(1); Anagua Zuna, J.(1); Sempertegui Villarrubia, D.(1); Cespedes Torres, J.(1);
(1): Hospital de niños Dr. Mario Ortiz Suarez, Santa Cruz, Bolivia

Las malformaciones anorrectales forman parte de un espectro de anomalías congénitas. Entre el 50 % y el 70 % de los pacientes presentan una o más malformaciones asociadas, siendo las más frecuentes las urológicas, vertebrales, cardíacas y gastrointestinales.

Determinar la asociación entre las malformaciones congénitas asociadas a las complicaciones quirúrgicas en pacientes con malformaciones anorrectales, es importante para mejorar el diagnostico y el tratamiento oportuno en los pacientes.

Estudio observacional, Analítico, Retrospectivo, realizado en un hospital de referencia durante 12 años. Mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes operados por MAR en nuestro hospital. Se cargaron los datos a una base en EXCEL para luego analizarse los datos en el programa estadístico JASP.

Dentro de los resultados obtenidos:

-
- Los pacientes con malformaciones asociadas presentan una mayor frecuencia de complicaciones.
-
- Las cardiopatías congénitas incrementan el riesgo de eventos postoperatorios por su repercusión hemodinámica.
-
- Los pacientes con asociación VACTERL presentan una mayor complejidad clínica y requieren un manejo multidisciplinario.

El conocer las malformaciones asociadas, nos permite:

-
- Estratificar el riesgo antes de la cirugía.
-
- Planificar una evaluación preoperatoria más completa.
-
- Priorizar la participación de cardiología, urología, neurocirugía u otras especialidades cuando sea necesario.
-
- Diseñar protocolos específicos para pacientes con mayor complejidad.

Ademas con la creación de un Índice de Complejidad Congénita (ICC), que cuantifique la carga de anomalías de cada paciente, facilita el análisis pronóstico y genera una herramienta que podría validarse en otros centros.

P149) VARIANTES POCO FRECUENTES DE MALFORMACIONES ANORRECTALES: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA.

Hernández Valencia, E.(1); Domínguez Zúñiga, B.(1);
(1): Hospital de Especialidades Pediatrico León, León, Guanajuato, México

Introducción: Las malformaciones anorrectales (MAR) ocurren en aproximadamente 1 de cada 4,000–5,000 nacidos vivos. Variantes como la fístula rectovaginal verdadera, la duplicación rectal y los lipomas perineales asociados representan entidades infrecuentes, con evidencia limitada a casos aislados y pequeñas series. Su origen se relaciona con alteraciones en el desarrollo embriológico, ocasionando anomalías anatómicas complejas cuyo diagnóstico preoperatorio continúa siendo un reto. En los últimos cinco años persisten escasas publicaciones específicas, predominando reportes de casos y series institucionales.

Objetivo: Describir la experiencia en el tratamiento de tres variantes anatómicas poco frecuentes de MAR y revisar los reportes de los últimos cinco años de la literatura.

Material y métodos: Serie retrospectiva descriptiva de tres pacientes pediátricos con variantes poco frecuentes de MAR tratados mediante anorrectoplastía sagital posterior en los últimos 2 años. Se revisaron las características clínicas, estudios diagnósticos, hallazgos transoperatorios, tratamiento, evolución y seguimiento. Paralelamente, se realizó una revisión narrativa de la literatura reciente sobre estas entidades.

Resultados: Se incluyeron dos pacientes femeninos y un masculino. Los diagnósticos definitivos fueron fístula rectovaginal verdadera, duplicación rectal tubular y fístula rectoperineal asociada a lipoma perineal de tejido superficial. Manejo inicial colostomía previa o corrección por etapas, evaluación con estudios de imagen y reconstrucción mediante anorrectoplastía sagital posterior con resección completa de las lesiones asociadas cuando estuvo indicada. No se presentaron complicaciones posoperatorias mayores; las anorrectoplastías permanecieron permeables con dilataciones seriadas. Dos pacientes desarrollaron estreñimiento manejado con laxante.

Discusión y Conclusiones: Las variantes anatómicas poco frecuentes de las MAR representan un importante desafío diagnóstico y quirúrgico. La planificación preoperatoria y la anorrectoplastía sagital posterior permiten una adecuada planeación y reconstrucción anatómica adecuada en un gran número de casos. La comunicación sistemática de estos casos, junto con la revisión crítica de la literatura, contribuye a fortalecer la evidencia disponible sobre entidades poco frecuentes.

P150) SITUS INVERSUS, MALROTACIÓN INTESTINAL Y MEMBRANA DUODENAL EN UN NEONATO: UNA TRÍADA INFRECUENTE

Mejía Córdova, P.(1); Morales, A.(1); Malatini, B.(1); Romero, L.(1); Ges, H.(1);
(1): Hospital Materno Infantil de San Isidro, Buenos aires, Argentina

Introducción: El situs inversus es una anomalía congénita infrecuente, cuya asociación con malrotación intestinal y membrana duodenal constituye un escenario excepcional, sin reportes previos que describan esta tríada completa. El objetivo es describir el diagnóstico y la resolución quirúrgica de un neonato con esta infrecuente asociación.

Material y Método: Reporte de un caso clínico único.

Resultados: Neonato de sexo masculino, de 2 días de vida, con vómitos biliosos y ausencia de eliminación de meconio. La radiografía de abdomen evidenció dextrocardia, cámara gástrica derecha e imagen de doble burbuja; la ecografía confirmó situs inversus total y estenosis duodenal. El colon por enema intraoperatorio mostró un colon desfuncionalizado ubicado a la derecha de la columna sin cruzarla, con ciego en posición alta, compatible con malrotación intestinal. Se realizó cirugía de Ladd mediante incisión supraumbilical, confirmándose una membrana duodenal que fue resecada, con duodenoplastia y cierre transverso tipo Heineke-Mikulicz, liberación de bandas de Ladd y verticalización del duodeno respetando la anatomía en espejo. La evolución postoperatoria fue favorable, con tolerancia oral completa al día 22.

Discusión: La combinación simultánea de situs inversus, malrotación intestinal y membrana duodenal es excepcional; no se identificó en la literatura revisada un reporte previo que describa esta tríada específica. El diagnóstico preoperatorio mediante radiografía, ecografía y estudios contrastados es crucial para planificar el abordaje quirúrgico y anticipar la anatomía invertida. Durante la cirugía de Ladd en este contexto, la derotación debe realizarse en sentido especular al procedimiento clásico, explorando activamente causas intrínsecas de obstrucción incluso ante bandas extrínsecas evidentes. Se recomienda mantener un alto índice de sospecha diagnóstica ante todo neonato con situs inversus y vómitos biliosos.

P151) “ATRESIA DUODENAL Y MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE CASO”

Ugarte Coronel, C.(1); Anagua Zuna, J.(1); Sempertegui Villarrubia, D.(1); Peñaranda Salazar, G.(1);
(1): Hospital de niños Dr. Mario Ortiz Suarez, Santa Cruz, Bolivia

La asociación de malformación anorrectal y otra anomalía gastrointestinal se describe entre el 15-18%. La atresia duodenal con malformación anorrectal se presenta en 3-4%. El

diagnostico de las malformaciones asociadas en caso de MAR es crucial para determinar la conducta quirúrgica correcta. El avance de los métodos diagnósticos y de las técnicas quirúrgicas garantizan la corrección de los defectos con tiempos quirúrgicos óptimos y menor comorbilidad.

Se realizó un reporte de caso retrospectivo, basado en la revisión de la historia clínica, registros quirúrgicos, estudios de imagen y seguimiento clínico del paciente.

Masculino prematuro de 35 semanas, con Peso de 2000 gramos, referido a nuestro nosocomio por ausencia de orificio anal. Antecedentes: 3er embarazo, cesárea de urgencia por Preeclampsia y tío con Hemofilia A. Abordado por cirugía infantil, con distensión abdominal y vómitos biliosos. Se diagnostica MAR con fistula rectoperineal en asa de balde. Se realizo estudio de tránsito intestinal contrastado, confirmándose atresia duodenal. Hematología, indica Factor VIII preoperatorio. Se enlistan las cirugías: 1) Laparotomía Exploratoria; hallazgo de Atresia Duodenal tipo 3, se realiza anastomosis duodeno-duodenal tipo Kimura 2)Anoplastia de Avance Rectal posterior (PRAA). Se mantuvo en ayuno por 5 días, catarsis al tercer día. Neoano y herida operatoria limpia integra. Actualmente consume leche maternizada con buena tolerancia enteral.

Existen pocos casos reportados de asociación MAR - Atresia duodenal a nivel mundial. Se requiere el diagnóstico preciso de las anomalías gastrointestinales asociadas en el paciente con MAR, ya que el tratamiento de la malformación anorrectal sin la corrección de la anomalía intestinal previa puede ser catastrófico. En caso de la atresia duodenal, la anastomosis duodeno-duodenal en diamante es la elección de tratamiento quirúrgico. La corrección de la MAR por PRAA es una técnica que brinda ventajas en cuanto a tiempo quirúrgico y evitando lesiones de la vía urinaria, mostrando buenos resultados.

P152) PERFORACIÓN INTESTINAL ÚNICA YEYUNAL EN PREMATURO EXTREMO: UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

Pérez, C.(1); Muñoz, N.(1); Ayala, T.(1); López, A.(1); Soumastre, C.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción:
La perforación intestinal única del recién nacido es una entidad infrecuente, descrita principalmente en prematuros extremos y recién nacidos de muy bajo peso. A diferencia de la enterocolitis necrotizante, suele manifestarse como una perforación focal, habitualmente en íleon terminal y borde antimesentérico, con escaso compromiso inflamatorio difuso. La localización yeyunal es excepcional, cercana al 3–5% de las perforaciones neonatales reportadas.

Materiales y métodos:
Estudio retrospectivo de caso clínico. Se revisaron antecedentes perinatales, evolución clínica, imágenes, protocolo operatorio, hallazgos quirúrgicos, manejo realizado y evolución

postoperatoria de un recién nacido prematuro extremo intervenido por neumoperitoneo neonatal.

Resultados:
Recién nacido prematuro de 28 semanas de gestación, producto de embarazo gemelar monocorial-biamniótico complicado por transfusión feto-fetal. Durante las primeras 24 horas presenta taquicardia paroxística supraventricular con compromiso hemodinámico, requiriendo manejo farmacológico y drogas vasoactivas. Al tercer día de vida evoluciona con distensión abdominal abrupta, taquicardia e irritabilidad. La radiografía evidencia neumoperitoneo, indicándose exploración quirúrgica.

En pabellón se constata salida abundante de meconio fluido, perforación intestinal única en borde antimesentérico, localizada a 10 cm del ángulo de Treitz, asociada a múltiples áreas hipocoloreadas en intestino delgado. El colon se observa vital y sin lesiones. Se realiza rafia transversal, lavado peritoneal y laparotomía contenida con sistema de presión negativa. En second look a las 48 horas no se evidencian nuevas perforaciones ni progresión de las lesiones, con rafia indemne, realizándose cierre abdominal definitivo.

Discusión:
La perforación intestinal única yeyunal representa una presentación anatómica excepcional en prematuros extremos. En este caso, la inestabilidad hemodinámica precoz, el uso de drogas vasoactivas y los hallazgos isquémicos multifocales sugieren hipoperfusión intestinal como mecanismo fisiopatológico. La ausencia de compromiso colónico, necrosis extensa o progresión inflamatoria aleja una enterocolitis necrotizante clásica. El second look permitió confirmar viabilidad intestinal, estabilidad de las lesiones y descartar nuevas perforaciones.

P153) ATRESIA MÚLTIPLE DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EN UN RECIEN NACIDO: ATRESIA DE ESÓFAGO, DUODENAL Y YEYUNOILEAL

Jiménez, I.(1); Garrido, L.(1); Medina, J.(1); Tinoco, N.(1);
(1): Hospital San José, Bogotá, Colombia

Introducción:

La atresia esofágica (AE) afecta aproximadamente a 1 de cada 2.500-4.000 recién nacidos. Su manejo multidisciplinario presenta un reto clínico y quirúrgico.

La AE puede manifestarse como un defecto aislado, pero también puede ser parte de la asociación VACTERL. Esta asociación incluye anomalías vertebrales (V), anorrectales (A), cardíacas (C), anomalías traqueo esofágicas (TE), renales (R) y de las extremidades (L). Se ha reportado una prevalencia de la asociación VACTERL y AE de un 10 a un 33%.

Existen pocos reportes de casos de la presencia de AE y otras malformaciones como atresia duodenal (AD) y malformación anorrectal, denominada secuencia DATE. En 2023 se publicó

una revisión sistemática con un 35% de asociación AE y AD en una cohorte de 195 pacientes en seguimiento de 70 años.

Al ser una asociación infrecuente, reportamos un caso de un recién nacido prematuro con diagnóstico postnatal de AE, AD y atresia yeyuno ileal, llevado a manejo quirúrgico por etapas.

Presentación del caso:

Recién nacido femenino, producto de embarazo gemelar monocorial-biamniótico de 32 semanas, con muy bajo peso al nacer, en quién se hace diagnóstico postnatal de atresia esofágica tipo C, llevada a toracotomía para corrección de AE con anastomosis primaria de esófago y ligadura de fístula traqueoesofágica, y posteriormente laparotomía para corrección de atresia duodenal, con hallazgo incidental de atresia yeyunoileal, con evidencia de atresia duodenal tipo 3 y atresia tipo IIIb y IV.

La paciente tolera ambos procedimientos quirúrgicos mayores con tolerancia enteral a bajos volúmenes, requerimiento de nutrición parenteral.

Discusión:

La AE se asocia a múltiples patologías y anomalías. Se ha descrito la presencia de AE, AD y malformaciones anorrectales, sin embargo, no hay reportes de presentación de AE, atresia duodenal y atresia intestinal, como lo reportado en nuestro caso.

P154) REPORTE DE CASO: NECROSIS INTESTINAL DE ÍLEON TERMINAL Y COLON TOTAL POR ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE FULMINANTE EN UN NEONATO DE 2 DÍAS DE VIDA

Santos, A.(1); Montalvan, F.(1); Prado, C.(1); Helguero, L.(2); Merino, S.(1);
(1): HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANJE, Lima, Perú (2): HOSPITAL DE APOYO SULLANA, Lima, Perú

Introducción

La enterocolitis necrotizante (ECN) es la urgencia gastrointestinal más frecuente del periodo neonatal y afecta predominantemente a prematuros; su presentación en recién nacidos a término es infrecuente. La forma fulminante, con compromiso panintestinal, conlleva alta morbimortalidad. Objetivo: presentar un neonato a término con ECN fulminante y necrosis del íleon terminal y todo el colon.

Métodos y resultado:

Reporte de caso, previo consentimiento informado, de un recién nacido varón a término (39ss), parto vaginal sin complicaciones, APGAR 7/9. Ingresó a las 16h de vida por distrés respiratorio e hipoactividad, catalogado inicialmente como taquipnea transitoria. A las 24h presentó distensión abdominal. El laboratorio mostró leucocitosis, trombocitopenia, THE, injuria renal aguda y acidosis metabólica severa. La radiografía evidenció neumatosis intestinal,imágenes en doble halo y neumoperitoneo. Evolucionó a shock séptico y disfunción multiorgánica. Se realizó laparotomía exploratoria, con hallazgo de líquido libre fecaloideo maloliente (30 mL), abundante fibrina y necrosis transmural que comprometía el íleon terminal y la totalidad del colon hasta por debajo del repliegue peritoneal. Se efectuó resección del segmento necrótico e ileostomía terminal, con un remanente de aproximadamente 140 cm desde el ángulo de Treitz; el neonato pasó a UCI. Paciente continuo descompensado e hipotenso, en su post operatorio dia 1 presento anuria, episodios de desaturacion por compromiso respiratorio (Neumonia) y cianosis. Posteriormente en el mismo dia paciente presenta falla multiorganica con paro cardiorespiratorio y fallece.

Discusión:

La ECN puede presentarse en el neonato a término, en quien el diagnóstico se retrasa al confundirse con patología respiratoria. La progresión fulminante a necrosis panintestinal es excepcional y compromete el pronóstico vital y nutricional por riesgo de síndrome de intestino corto.

Conclusión:

La ECN debe considerarse en neonatos a término, con deterioro clínico y distensión abdominal; el reconocimiento precoz y y la intervención quirúrgica oportuna son determinantes en el desenlace.

P155) HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS COMO SIMULADOR DE ENTEROCOLITIS EN PACIENTE PRETÉRMINO

Muñiz, D.(1); Velazquez, A.(1); Garcia, B.(1); Aceves, A.(1); Silva, F.(1); Rodriguez, M.(1);
(1): Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México

Introducción

La hernia de Amyand es una condición infrecuente (incidencia < al 1%) en la cual el apéndice cecal normal o inflamado queda atrapado dentro de una hernia inguinal. La apendicitis dentro de la hernia es aún más rara con una frecuencia del 0.07-0.13%. Se presenta mayoritariamente en pediátricos del género masculino. El cuadro clínico es indistinto al de una hernia estrangulada y el diagnostico suele ser incidental. El manejo es quirúrgico en su totalidad, con apendicetomía en casos de inflamación y reparación del defecto herniario de manera primaria o en segundo tiempo.

Objetivo:

Presentar la evolución de un paciente pretérmino con abdomen agudo secundario a hernia de Amyand y apendicitis como un simulador de enterocolitis.

Reporte de Caso

Paciente masculino pretérmino de 33 SDG, gemelo 2, 1800 gr hospitalizado en área de cuidados intensivos neonatales el cual inicia a los 27 días (36.2 SDGc) de vida con intolerancia a la dieta, distensión y ausencia de evacuaciones; en paraclínicos se evidencia descenso en conteo plaquetario y leucocitosis, radiografía con distensión de asas, ausencia de aire distal, sin neumatosis. Se integra diagnóstico de Enterocolitis 2A en escala de Bell y se inicia manejo conservador. A las 24 h presenta deterioro con aumento de volumen y cambios de coloración en región inguino-escrotal derecha. Se decide realizar laparotomía con hallazgos de hernia de Amyand, apéndice cecal con inflamación franca. Se realizará reparación de hernia vía abdominal y apendicetomía tipo pouchet. Presenta adecuada evolución postquirúrgica y reinicia vía enteral a las 72 h sin complicaciones. En el reporte de patología destaca apendicitis fase gangrenada.

Conclusión: La hernia de Amyand es una patología rara, la cual debe ser considerada como como un diagnóstico diferencial de abdomen agudo en pacientes pretérmino en quienes existe mayor prevalencia de defectos herniarios y la sintomatología abdominal es inespecífica.

P156) HEMANGIOMA CONGÉNITO RÁPIDAMENTE INVOLUTIVO DE PARED ABDOMINAL: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

Polak, A.(1); Sepúlveda, J.(1); Rider, J.(1); Roldán, N.(1); Torres, C.(1); Leiva, R.(1);
(1): Hospital Clínico Magallanes, Punta Arenas, Chile

Introducción: El hemangioma congénito rápidamente involutivo (RICH) es un tumor vascular benigno infrecuente que se desarrolla por completo in-útero y presenta una rápida regresión espontánea durante el primer año de vida. Se ubica en el tronco hasta en 25% de los casos. Su identificación prenatal es crítica para prevenir potenciales complicaciones graves y evitar intervenciones innecesarias.

Material y Método: Estudio retrospectivo de caso clínico.

Resultados: Se presenta el diagnóstico prenatal y la evolución postnatal de un paciente masculino en el cual se pesquisó una masa abdominal durante una ecografía obstétrica de control a las 24 semanas de gestación, inicialmente sugerente de onfalocele. En las ecografías sucesivas se evidenció un plano de clivaje con la cavidad abdominal por lo cual se decidió realizar una resonancia magnética fetal a las 34 semanas, cuyo informe describe una lesión en pared abdominal que “puede corresponder a un hemangioma

congénito".
Al nacimiento se observó una masa abdominal bien delimitada de aproximadamente 8 × 5 cm ubicada en hemiabdomen derecho, con conservación de la integridad de la piel, de color violáceo con el centro de aspecto conservado, con vasos venosos visibles engrosados dirigiéndose hacia el tórax, sin otras alteraciones cutáneas y de consistencia blanda. La ecografía postnatal confirmó el diagnóstico de hemangioma congénito. Se realizó un ecocardiograma que descartó la presencia de insuficiencia cardíaca. La valoración hematológica fue normal.
Durante los 15 días de hospitalización la masa impresionó disminuir de tamaño, por lo cual se decidió el alta con diagnóstico presuntivo de RICH. En los controles periódicos la masa mostró involución progresiva, aun incompleta al momento del último control.

Discusión: El diagnóstico prenatal del RICH permite evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias. Su diagnóstico permite realizar una valoración precoz al nacimiento favoreciendo la detección de complicaciones potencialmente letales.

P157) PENTALOGÍA DE CANTRELL CLASE III Y SÍNDROME DE GOLTZ: UN DESAFÍO RECONSTRUCTIVO

Cabezas, C.(1); Jones, N.(1); Torres, J.(2); Valenzuela, M.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de niños Roberto del Rio, Santiago, Chile

Introducción

La Pentalogía de Cantrell (PC) es un síndrome malformativo mesodérmico raro caracterizado por defectos toracoabdominales e intracardíacos. Su asociación con el Síndrome de Goltz (Hipoplasia Dérmica Focal) es extremadamente infrecuente y exacerba el desafío quirúrgico debido a una fragilidad tisular extrema y cicatrización deficiente por alteración de la vía de señalización Wnt.

Material y método

Análisis retrospectivo de caso clínico.

Resultados/Caso clínico

Recién nacida de 37 semanas con diagnóstico prenatal de defecto de pared anterior. Al nacer presentó onfalocele gigante (9 cm.) con un defecto esternal, polimalformaciones esqueléticas y lesiones cutáneas ampulo-erosivas siguiendo las líneas de Blaschko,

compatibles con Síndrome de Goltz. A los 15 días de vida se realizó resección de la membrana abdominal, stretching y cierre del defecto abdominal, y la colocación de un sistema de presión negativa (VAC) directamente sobre la membrana pleuropericárdica para resguardar la dinámica cardiaca. A los 23 días presentó dehiscencia parcial de la herida, requiriendo reintervención con puntos de descarga Donati con pledgets y mantenimiento de terapia VAC incisional. Se logra cierre definitivo de pared abdominal. Evoluciona con epidermización progresiva de membrana pleuropericárdica posterior a uso de VAC, difiriendo cierre definitivo de defecto esternal. Tras lograr la optimización digestiva y nutricional, a los 3 meses de vida presentó una gastroenteritis por rotavirus, evolucionando tórpidamente hacia un shock séptico refractario por Pseudomonas aeruginosa y falla orgánica múltiple, falleciendo a los 104 días de vida.

Discusión

La coexistencia de PC y Síndrome de Goltz representa una vulnerabilidad adicional. El uso de VAC en localizaciones no convencionales (membrana pleuropericárdica) demostró ser una alternativa dinámica eficaz frente a parches sintéticos, compensando la mala calidad tisular. A pesar del éxito reconstructivo estructural primario, el pronóstico final impresiona estar condicionado por la baja reserva funcional y susceptibilidad infecciosa del neonato polimalformado.

P158) RESOLUCIÓN DE ATRESIA INTESTINAL COMPLEJA MEDIANTE ABORDAJE QUIRÚRGICO CIRCUMBILICAL TIPO BIANCHI SIN ASISTENCIA DE RETRACTOR ALEXIS: REPORTE DE CASO.

Pérez Correa, C.(1); López Díaz, N.(1); Luna Balderrama, E.(1); Oliver García, E.(1);
(1): Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción

La atresia intestinal compleja constituye un grupo de malformaciones congénitas poco frecuentes caracterizada por la interrupción de la continuidad del tracto intestinal.Tradicionalmente, su reparación se realiza mediante laparotomía transversa, en el presente caso se describe la factibilidad del abordaje tipo Bianchi sin asistencia de retractor Alexis en el tratamiento de la atresia intestinal compleja, integrando estrategias quirúrgicas como la anastomosis primaria, la enteroplastia y técnicas de conservación intestinal.

Material y métodos

Reporte de caso observacional y descriptivo, basado en la revisión retrospectiva del expediente clínico (electrónico y físico), y el reporte quirúrgico. La discusión se sustentó en una revisión de la literatura científica.

Resultados

Paciente masculino de 2 días de vida prematuro, contando con ultrasonido prenatal con polihidramnios, en ayuno con sonda orogástrica con gasto biliar y distensión abdominal. Radiografía de abdomen observando gastromegalia, con dilatación de asas intestinales, ausencia de gas en los segmentos intestinales distales y en ámpula rectal. En el procedimiento quirúrgico se utilizó abordaje tipo Bianchi, hallazgos de múltiples segmentos atrésicos en intestino delgado en yeyuno proximal, contando a partir del ligamento de Treitz a 50 y 60 cm, realizando resección de los mismos, hallazgos de atresia intestinal tipo I, tipo II, Tipo IIIA y IIIB, los cuales requirieron manejo con anastomosis término-terminal, enteroplastia, plastia de reducción por diferencia de cabos, y plastia de mesenterio. Posterior a 2 semanas de la cirugía se realizó estudio contrastado con adecuado paso del medio de contraste, sin datos de obstrucción intestinal. En el seguimiento a 6 meses paciente cursando con adecuada tolerancia a la alimentación vía oral, sin datos de distensión abdominal y ganancia ponderal.

Conclusión

El abordaje tipo Bianchi sin asistencia de retractor Alexis, asociado a estrategias quirúrgicas como la anastomosis primaria, la enteroplastia y técnicas de conservación intestinal, permitió la resolución de una atresia intestinal compleja.

P159) TERATOMA SACROCOCCÍGEO: UN DESAFIO QUIRÚRGICO ANTE Y PÓS-NATAL

Jiménez Sánchez, I.(1); Moreno, L.(2); Espinosa, B.(3); Romero, O.(4); Eusse, M.(5); Soto, M.(6);
(1): Clínica la ermita, Cartagena, Colombia (2): Hospital Infantil napoleon franco pareja, CARTAGENA, Colombia (3): Clinica cartagena del mar, Cartagena, Colombia (4): Clinica general del caribe, Cartagena, Colombia (5): Universidad Libre, Cali, Colombia (6): Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción:

El teratoma sacrococcígeo es la neoplasia extragonadal más frecuente en el periodo neonatal, se origina de células pluripotenciales y está compuesto por derivados de las tres capas germinales. Su incidencia aproximada es de 1 por cada 40.000 nacidos vivos, con predominio en el sexo femenino.

Se asocia a una significativa morbimortalidad perinatal, por lo que el diagnóstico prenatal es clave para el pronóstico, el manejo, y para la prevención de complicaciones como hidropesía fetal, hemorragia y recurrencia

Se clasifica según Altman en cuatro tipos, de acuerdo con su extensión anatómica, y desde el punto de vista histopatológico en formas maduras e inmaduras, lo que determina su comportamiento biológico.

Se presentan dos casos de teratoma sacrococcígeo diagnosticados prenatalmente y su correspondiente manejo y seguimiento postoperatorio.

Material y método:

Descripción de dos casos con diagnóstico de teratoma sacrococcígeo identificados prenatalmente, analizando su abordaje postnatal, hallazgos radiológicos y quirúrgicos, sus características macroscópicas e histopatológicas y su evolución postoperatoria.

Resultados

Caso 1: corresponde a una paciente que nace de 39 semanas. Se identificó una tumoración de aproximadamente 6×8 cm, con elevación de marcadores tumorales e imagenología compatible. Se realizó resección quirúrgica sin complicaciones. Con resultado histopatológico de teratoma quístico maduro. En el seguimiento con evolución sin alteraciones

Caso 2: Paciente que nace de 38 semanas. Al nacimiento con masa sacrococcígea sin compromiso óseo. Se realizó resección completa con resultado histopatológico de teratoma maduro, con evolución favorable, a los 5 meses posquirúrgicos.

Discusión:

Aunque se trata de una patología que generalmente es benigna, el teratoma sacrococcígeo requiere diagnóstico oportuno, resección completa y seguimiento. La histopatología es clave para definir pronóstico y manejo, y el abordaje por un equipo experimentado mejora los resultados.

Conclusión:

El manejo multidisciplinario desde el diagnóstico prenatal favorece una evolución adecuada y reduce el riesgo de morbimortalidad.

P160) PROLAPSO VESICAL A TRAVÉS DE URACO PERMEABLE: REPORTE DE CASO

Franco, G.(1); Mercado, P.(2); Weil, A.(2); Monasterolo, P.(2); Podesta, M.(2);
(1): Hospital de niños Ricardo Gutierrez, Buenos Aires, Argentina (2): , ,

Paciente RNT,nace por cesárea programada por diagnóstico prenatal de onfalocele. Al momento del nacimiento impresiona un onfalocele roto. Se decide colocar sonda vesical y la misma sale por el defecto de pared abdominal, el cual se observa por debajo del cordón umbilical, en la línea media. Genitales y caderas sin particularidades. Se realiza estudio contrastado bajo anestesia a través de la sonda vesical observando y confirmando que la vejiga se llenaba y lo que se veía en comunicación con el defecto observado era un quiste de uraco prolapsado permeable. Se procede a realizar resección y sutura en 2 planos de vejiga, con posterior plastica umbilical.

Resultados

Es difícil concretar las cifras exactas de incidencia y prevalencia de la afección uracal debido a que habitualmente siguen un curso asintomático. Aunque puede aparecer a cualquier edad, lo habitual es que se presente durante la infancia. En revisiones bibliográficas encontramos que este tipo de presentación corresponde a menos del 1%, con pocos casos reportados, por lo que nos pareció de gran utilidad su presentación.

Conclusiones

Consideramos que es una patología poco frecuente y que realizando un buen diagnóstico, una vez reparado el defecto, el pronóstico es muy bueno con un funcionamiento vesical excelente.

P161) TERATOMA OROFARINGEO CONGENITO

Franco, G.(1); Albornoz, C.(2); Benitez, L.(2); Dati, A.(2);
(1): Hospital materno Infantil San Roque - Instituto privado de pediátria, Parana, Argentina
(2): , ,

Femenina 1 día de vida, RNT 39 sem, PAEG, sin diagnóstico prenatal de malformaciones. En mesa de recepción se observa tumoración en región lingual posterior (nasofaringe). Horas posteriores comienza con dificultad respiratoria y desaturación en decúbito ventral, se prona y se coloca 02 mejorando parcialmente la misma. Ecografía y Rx de cabeza, cuello, tórax y abdomen normales.

Se decide junto al equipo de cabeza y cuello ingreso a quirófano para fibrobroncoscopia donde se observa a nivel de nasofaringe (cavun) formación nodular violácea pardo oscura,impresionaba de consistencia elástica de 2,5x1,5x1 cm que no obstruye la vía aérea y permite la intubación y manejo de la misma sin dificultad.

Se realiza fibroscopía y coagulación de la base de la tumoración mediante ligaduras y electrocauterio.

Anatomía patológica: tumoración sólida hemorrágica tapizada en superficie por epitelio plano estratificado queratinizado que reviste tejido adiposo con gruesos tractos de tejido conectivo, folículos pilosos, glándulas de tipo sebaceas y sudoriparas. No se hallan atipias. Compatible con teratoma faríngeo con torsión del pedículo e infarto hemorrágico en evolución.

Remarcar la importancia del abordaje multidisciplinario y mínimamente invasivo en el tratamiento de dichas patologías, las cuales son poco frecuentes y coincide con lo reportado en la literatura.

P162) USO DE IMPRESIÓN 3D DE LA OREJA SANA EN PACIENTES CON MICROTIA COMO MOLDE DE RECONSTRUCCIÓN CON CARTÍLAGO COSTAL TALLADO

Paulos Parot, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos J., C.(1); Muñoz P., M.(1); Ellsworth, K.(2); Montecinos, T.(3);
(1): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Residente de Cirugía Plástica U. Finis Terrae, Santiago, Chile (3): Estadía Capacitación Cirugía Plástica Pediátrica U. Andes, Santiago, Chile

Introducción: La reconstrucción con cartílago costal es el estándar de oro en microtia. Los moldes quirúrgicos tradicionales emplean láminas de mica con dibujos bidimensionales, limitando la referencia volumétrica. El objetivo es evaluar la factibilidad técnica de generar piezas impresas en 3D de la anatomía auricular para apoyar el tallado tridimensional del marco cartilaginoso.

Material y Método: Estudio descriptivo de serie de casos clínicos y desarrollo técnico. La oreja sana se capturó mediante fotogrametría con teléfono inteligente (Polycam). Las mallas se procesaron en Meshmixer creando un modelo en espejo subdividido en marco, hélix, antihélix y unidad trago-antitrago. Se imprimieron en ácido poliláctico (PLA) con una impresora Ender Creativity con PLA. Tras simular piezas en goma eva (técnica de Firmin) y repetir su escaneo e impresión, los modelos se esterilizaron. Estos se usaron como guía de tallado en tres pacientes con microtia unilateral.

Resultados: Obtener modelos 3D es factible mediante aplicaciones gratuitas. El flujo requiere una cita preoperatoria, demorando dos días en procesamiento e impresión. En pabellón y talleres de residentes, sirvieron como excelente guía espacial, superando las limitaciones 2D. Intraoperatoriamente, el modelo ayuda a definir el bolsillo cutáneo, las características estéticas del marco y la vinculación del marco con la piel y remanentes. Esto optimiza el tiempo quirúrgico en el manejo de piel y bolsillo antes de comenzar el tallado del cartílago.

Discusión: La impresión 3D en espejo es reproducible, accesible y de bajo costo. Generar piezas específicas y esterilizables optimiza la percepción tridimensional intraoperatoria y representa una herramienta invaluable para la docencia y simulación del tallado costal.

P163) RECONSTRUCCION NASAL DIFERIDA POST MORDEDURA DE PERRO EN LA INFANCIA

Dardanelli, C.(1); Roggero, A.(1); Pinto, G.(1); De Stefano, S.(1); Macchiavello, R.(1); Ruiz, P.(1); Maricic, M.(1); Bellia Munzon, G.(1);
(1): HOSPITAL ELIZALDE, Buenos Aires, Argentina

Introducción

Las amputaciones traumáticas nasales constituyen un desafío reconstructivo de alta complejidad. La pérdida nasal total exige la restitución integral de la cobertura cutánea, el soporte estructural y el revestimiento interno, respetando el crecimiento facial futuro. La reconstrucción en etapas mediante colgajo frontal paramedial con soporte cartilaginoso autólogo continúa siendo una de las estrategias más eficaces para el manejo de defectos nasales extensos. Nuestro objetivo es describir el abordaje quirúrgico y la evolución de un paciente pediátrico con reconstrucción nasal postraumática compleja.

Presentación del caso

Paciente de 9 años consulta por amputación nasal secundaria a mordedura de perro. Se realizó un injerto cutáneo inguinal, difiriéndose la reconstrucción definitiva. Dada la escasa disponibilidad de piel frontal, se realizó expansión tisular previa y en una segunda etapa se efectuó la reconstrucción nasal total mediante colgajo frontal y reconstrucción del armazón nasal con cartílago costal autólogo. Se colocaron conformadores nasales. Finalmente, se realizó la sección del pedículo y rinoplastia de refinamiento. La evolución postoperatoria fue favorable, con colgajo vital y resultados funcionales y estéticos satisfactorios.

Discusión

El colgajo frontal paramedial continúa siendo la técnica de elección para defectos nasales extensos por su similitud cutánea y su rica vascularización. En pacientes pediátricos, esta irrigación resulta especialmente relevante en contextos potencialmente contaminados. Estudios demostraron un crecimiento proporcional del colgajo con el desarrollo facial,

minimizando secuelas a largo plazo. El cartílago costal autólogo proporciona un soporte estructural adecuado en defectos totales, reduciendo el riesgo de estenosis nasal. La reconstrucción en tres etapas permite un modelado progresivo de las subunidades estéticas y resultados superiores frente a técnicas en dos tiempos.

Conclusión

La reconstrucción nasal en múltiples etapas es una alternativa segura, reproducible y eficaz para el tratamiento de amputaciones nasales traumáticas complejas en pacientes pediátricos, permitiendo una adecuada restauración anatómica, funcional y estética.

P164) DEGUANTAMIENTO DE MANO DERECHA: REPORTE DE CASO

Roggero, A.(1); Dardanelli, C.(1); Pinto, G.(1); Macciavello, R.(1); De Stefano, S.(1); Ruiz, P.(1); Toselli, L.(1); Maricic, M.(1); Bellia, G.(1);
(1): Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Introducción:

La reconstrucción y rehabilitación de lesiones por deguantamiento de mano representan un desafío, sin consenso aún sobre qué técnica quirúrgica es la óptima. Son escasos los casos reportados e investigación en pediatría.

Material y método:

Estudio retrospectivo tipo reporte de caso. Paciente masculino de 4 años, sin comorbilidades previas, que presenta un accidente de tránsito por colisión con tren, sufriendo consecuentemente politraumatismo con cefalohematoma, fractura de 8° costilla (sin conducta quirúrgica) y deguantamiento completo de mano derecha. Recibe atención inicial en otro centro y luego es derivado a nuestro centro pediátrico de 3° nivel. Se analiza técnica quirúrgica, tiempo de internación, complicaciones, controles postoperatorios y recuperación motriz.

Resultados:

Paciente ingresa a quirófano en 3 ocasiones: 1 toilette inicial, 2 colgajo abdominal diferido por 21 días, 3 liberación de colgajo con injerto abdominal y cierre de pared abdominal. Se realiza una revisión bajo anestesia. Evoluciona favorablemente, sin complicaciones. Al 33° de internación se otorga alta. Presenta controles semanales por cirugía plástica, traumatología y kinesiología, que luego se espacian. Sin complicaciones agudas del colgajo e injerto. Al 2° mes postoperatorio se interna para exéresis del fragmento óseo. Actualmente logra motilidad de sus 4 dedos con pinza, leve retracción en flexión a la movilidad pasiva. Continúa en rehabilitación.

Discusión:

Las lesiones por deguantamiento total de la mano representan una de las situaciones más complejas en cirugía de la mano, sin consenso establecido sobre la técnica reconstructiva óptima. Requiere de un trabajo multidisciplinario para ofrecer la alternativa adecuada individualizada en cada paciente.

P165) EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CON ANGIOGRAFÍA POR VERDE DE INDOCIANINA Y TERMOGRAFÍA EN LA RECONSTRUCCIÓN AURICULAR POR MICROTIA

Paulos, A.(1); Montecinos, T.(2); Lagos, C.(1); Broussain, V.(1); Muñoz, M.(1);
(1): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile (2): Hospital Roberto del Rio/ Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: La angiografía intraoperatoria con verde de indocianina (VI) y la termografía son herramientas útiles para evaluar la perfusión tisular. Identificar segmentos cutáneos desvitalizados disminuye complicaciones como la exposición del marco y la necrosis. El objetivo es presentar el uso combinado de ambas técnicas para evaluar la viabilidad de los colgajos en dos casos de reconstrucción auricular por microtia.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de dos pacientes con microtia en su primer y segundo tiempo quirúrgico, complementado con revisión de la literatura. Durante las intervenciones, se monitorizó la perfusión tisular utilizando imágenes termográficas (cámara Flir One) y angiografía intraoperatoria con VI.

Resultados: *Caso 1 (1er tiempo):* Paciente con síndrome de Goldenhar y microtia bilateral, reconstruido con cartílago costal. La termografía progresiva registró las menores temperaturas en el lóbulo (llegando de 30.4 antes de la cirugía a 28.7°C tras colocar los drenajes aspirativos). La angiografía confirmó hipoperfusión en concha y lóbulo, áreas que fueron resecadas, evolucionando sin necrosis al mes. *Caso 2 (2do tiempo):* Levantamiento del marco y formación del surco retroauricular cubierto con fascia temporal. La termografía detectó “cool spots” en la porción distal del colgajo (24.9°C frente a 27.7-30°C del resto del tejido). La angiografía corroboró la isquemia distal a los 2 minutos, motivando su resección temprana.

Discusión: El uso complementario de la termografía y la angiografía con VI intraoperatoria permite una evaluación objetiva y en tiempo real de la perfusión tisular. Esta monitorización facilita la toma de decisiones quirúrgicas precisas, guiando la resección oportuna de tejido isquémico y previniendo eficazmente la necrosis cutánea postoperatoria en la reconstrucción auricular.

P166) CLINICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN PRIMARY PALATOPLASTY: A 12-YEAR RETROSPECTIVE STUDY

Cerqueira, M.(1); Quadros, J.(1); Tapada, M.(2); Rodrigues, C.(3); Santos, L.(1); Conceição, V.(1);
(1): Hospital Pediátrico de Coimbra, Coimbra, Portugal (2): Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, Leiria, Portugal (3): Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Aveiro, Portugal

Introduction: Primary palatoplasty restores anatomical and functional foundations for speech, hearing, and craniofacial development in cleft palate. Despite standardized treatment protocols, outcomes remain influenced by multiple patient and procedure-related factors. This study aims to evaluate surgical and functional outcomes following primary palatoplasty and factors associated with morbidity.

Methods: Retrospective study (2009-2020) including patients with cleft palate (CP) and cleft lip and palate (CLP) undergoing primary palatoplasty. Clinical, surgical and functional outcomes were analyzed for associations with cleft phenotype, syndromic status, surgical technique, and age.

Results: Overall, 136 patients were included (53.7% male; 27.9% syndromic). Median age at primary palatoplasty was 13 months (IQR 12–14). CP predominated in females, while CLP was more frequent in males ($p<0.001$). Technique selection was associated with cleft type ($p=0.007$), with *Veau-Wardill-Kilner* preferred for CLP and *Von Langenbeck* for CP. CLP required more flaps (62.5% vs 20.0%; $p<0.001$) and relaxing incisions (21.4% vs 6.3%; $p=0.016$), presenting higher rates of oronasal fistula (51.8% vs 26.6%; $p=0.004$) and velopharyngeal insufficiency (56.8% vs 31.8%; $p=0.011$) compared to CP. Regarding speech, CLP was associated with compensatory articulation ($p=0.020$), while hypernasality and nasal air leakage showed no significant differences. Syndromic status was significantly associated with isolated CP (81.6%; $p<0.001$) and higher rates of hearing loss ($p=0.009$) and tympanoplasty ($p=0.030$). No significant differences regarding outcomes were observed between surgical techniques or age at palatoplasty. Submucous and incomplete CP achieved comparable functional results.

Discussion: Cleft phenotype emerged as the principal determinant of outcomes, with CLP patients representing the highest-risk for fistulas, velopharyngeal insufficiency, and speech impairment. Conversely, the absence of differences in outcomes among surgical techniques supports an individualized approach, allowing surgeons to tailor procedures to cleft anatomy within a multidisciplinary treatment protocol.

Conclusion: These findings reinforce the importance of phenotype-driven surgical planning and long-term functional surveillance to optimize outcomes in cleft care.

P167) ESCLEROTERAPIA CON USO DE DOXICICLINA PARA EL TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UN CENTRO REGIONAL

Saavedra Varas, P.(1); Véliz Rojas, A.(2); Bastidas Anabalón, J.(1); Angel Godoy, M.(1); González Mery, G.(1);
(1): Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile (2): Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones linfáticas aisladas son malformaciones vasculares de bajo flujo, con una incidencia de 1 cada 2.000 a 4.000 RNV. El tratamiento incluye cirugía, escleroterapia y, más recientemente, Rapamicina. La escleroterapia está indicada para las malformaciones linfáticas macroquísticas y mixtas. La Bleomicina es el agente esclerosante más utilizado en Chile, pero tiene disponibilidad limitada en hospitales sin unidad oncológica. Desde la década de 1990, la Doxiciclina surge como alternativa, mostrando baja tasa de efectos adversos y buenos resultados. Se muestra experiencia de un hospital del norte de Chile utilizando Doxiciclina para escleroterapia de malformaciones linfáticas, dado que es infrecuente su aplicación por cirujanos infantiles en Chile.

METODOLOGÍA

Estudio de cohorte retrospectiva de 13 pacientes con malformaciones linfáticas macroquísticas y mixtas esclerosadas con Doxiciclina entre 2015 y 2025. Se registró edad, sexo, localización, seguimiento, dosis, tamaño de las lesiones, sangrado intralesional, número de sesiones, complicaciones y lesiones residuales.

RESULTADOS

La distribución por sexo fue de 54% pacientes de sexo masculino; la edad media de presentación fue de 49,6 meses. El 46,2% presentó malformaciones macroquísticas y el 53,8% mixtas. Las localizaciones más frecuentes fueron región supraclavicular (53,8%) y parrilla costal (30,8%). El 38,4% presentó sangrado intralesional previo a la escleroterapia. Se realizaron en promedio 1,92 infiltraciones por paciente, con dosis entre 1,5 y 8,3 mg/kg/dosis. El seguimiento promedio fue de 4,24 años. No se observaron complicaciones mayores; solo dolor local, induración e inflamación esperables. Todos mostraron disminución progresiva del tamaño de los quistes, con lesiones residuales mínimas sin repercusión clínica ni estética.

DISCUSIÓN

El uso de Doxiciclina parece ser un esclerosante efectivo para tratar malformaciones linfáticas macroquísticas y mixtas, con buenos resultados a largo plazo y baja tasa de efectos adversos. Sin embargo, se requieren estudios con un mayor tamaño muestral.

P168) FOSITA LABIAL CONGÉNITA AISLADA COMO UNICA SOSPECHA DE SINDROME DE VAN DER WOUDE

Sorrentino Unda, G.(1); Muñoz, V.(1); Gallardo, S.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Las fositas labiales congénitas son invaginaciones epiteliales benignas localizadas habitualmente en el labio inferior .Se ha reportado que ocurren en aproximadamente 1/100.000 nacidos vivos y entre un 65-75% de los casos se asocian con labio/paladar hendido o en el 88% de los casos de Síndrome de Van der Woude (SVW) (1,2) Esta última es una entidad genética de herencia autosómica dominante, causada por mutaciones en el gen IRF6, con una triada clásica de fístula labial, labio leporino y paladar hendido, pero puede incluir hipodoncia y otras malformaciones orales(3,4).

MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de un caso clínico.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 10 años, derivada por una lesión labial con sospecha inicial de mucocele. Al examen físico se observó un hundimiento paramedial en labio inferior bilateral de aproximadamente 0,5?cm con intermitente salida de saliva

La ecografía reveló colecciones de contenido denso con trayecto fistuloso hacia la piel y al examen físico no se identificaron otras malformaciones orales ni antecedentes familiares sugestivos de VWS.

Para su resolución quirúrgica se canalizaron los trayectos fistulosos con branulas y se talló un triángulo en el bermellón labial, disecando y resecando los sinus junto con el músculo orbicular comprometido. Finalmente se confeccionaron colgajos bilaterales tipo elástico para cubrir el defecto.

La paciente evoluciona favorablemente, con un resultado estético satisfactorio. Se completa su estudio genético de forma ambulatoria, sin hallazgos de mutaciones genéticas.

CONCLUSIONES

La presentación aislada de una fosita labial es muy infrecuente y puede ser la única manifestación del síndrome de Van der Woude(1,2,4). Su hallazgo debe motivar la búsqueda activa de otras anomalías orofaciales y derivación a genética, dado su valor diagnóstico y las implicancias familiares del diagnóstico sindrómico (1,2)

P169) RECONSTRUCCIÓN COLUMELAR TOTAL, PRODUCTO DE NECROSIS SECUNDARIA A SOPORTE VENTILATORIO EN PACIENTE PREMATURO: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Gómez, A.(1); Iturriaga, P.(1); Alarcón, M.(2);
(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): SalvereSalud, Temuco, Chile

Introducción: La necrosis columelar es una complicación infrecuente pero severa derivada del uso prolongado de soporte ventilatorio en recién nacidos pretérmino (RNPT). Este caso destaca la relevancia de determinar el momento quirúrgico oportuno y la eficacia de la técnica de reconstrucción con colgajos complejos para restaurar la anatomía nasal en pacientes pediátricos minimizando la morbilidad.

Material y Método: Estudio retrospectivo descriptivo de un caso clínico. Se realizó una revisión detallada de la ficha clínica electrónica, registros fotográficos y protocolo quirúrgico de un paciente masculino con antecedente de prematuridad extrema que desarrolló necrosis total de columela en el período neonatal.

Resultados: Paciente masculino con antecedente de RNPT de 27 semanas y displasia broncopulmonar. Fue evaluado inicialmente al año de edad evidenciando pérdida total de columela secundaria a una escara por el uso de mascarilla y oxígeno prolongado. Tras un manejo conservador a la espera del crecimiento facial del paciente, a los 6 años de edad se procedió a la resolución quirúrgica. Se realizó una rinoplastia con reconstrucción de una neocolumela de 10 mm utilizando colgajos de avance columelar de punta nasal y un colgajo en "W" para la base de la misma. El paciente evolucionó favorablemente; en sus controles postoperatorios evidenció colgajos vitales, edema en franca regresión y una excelente proyección nasal, apoyado con el uso de un conformador nasal.

Discusión: Diferir la reconstrucción columelar hasta la edad preescolar o escolar temprana permite aprovechar un desarrollo facial y tisular más robusto para la reparación. El uso de colgajos de avance de base y punta nasal resultó ser una técnica eficaz para la restitución anatómica sin la necesidad, en esta primera etapa, de recurrir a injertos cartilaginosos.

P170) PILOMATRIXOMAS MÚLTIPLES EN PEDIATRÍA: REPORTE DE TRES CASOS

Gong, Y.(1); Yañez, J.(1); Muñoz, R.(1); Villegas, S.(1);
(1): Hospital Exequiel Gonzalez, Santiago, Chile

Introduccion:

El pilomatrixoma es un tumor benigno de la matriz del folículo piloso, habitual en edad pediátrica, pero generalmente solitario. Las formas múltiples son poco frecuentes, descritas aproximadamente en 3,8 a 6,2% de las series publicadas, y obligan a un enfoque distinto por recurrencia de lesiones, necesidad de nuevas cirugías, manejo de cicatrices y eventual asociación sindromática. El objetivo es describir tres casos pediátricos de pilomatrixomas múltiples y su manejo.

Material y método:
Reporte de tres casos. Se revisaron edad, sexo, número y localización de lesiones, tratamiento realizado, biopsia, evolución de cicatrices y evaluación por otras especialidades.

Resultados:
Se incluyeron tres pacientes femeninas, entre 8 y 13 años. Una paciente tuvo siete lesiones metacrónicas desde los 6-7 años, requirió varias intervención quirúrgicas, principalmente en hombros, brazo y región cervicodorsal, algunas de gran tamaño e inflamadas. Una segunda paciente presentó cuatro lesiones resecadas en región ciliar, lóbulo auricular, brazo y muslo. La tercera paciente tuvo cuatro pilomatrixomas; destacó una lesión de párpado inferior derecho. Las biopsias confirmaron pilomatrixoma. Todas evolucionaron sin complicaciones mayores de herida operatoria, aunque requirieron manejo de cicatrices con compresión, fotoprotección y seguimiento kinésico. Las tres fueron evaluadas por genética o mantenidas en seguimiento dirigido, sin elementos concluyentes de síndrome asociado.

Discusión:
En estos casos, el problema no fue sólo resecar una lesión benigna, sino enfrentar lesiones repetidas, algunas inflamadas, en zonas visibles y con riesgo de cicatrices inestéticas. La multiplicidad obliga a preguntar activamente por antecedentes familiares, poliposis, cáncer de colon, síntomas neuromusculares y alteraciones del desarrollo.

Conclusión:
El pilomatrixoma múltiple pediátrico es infrecuente y requiere un manejo integral, no limitado a la resección de las lesiones. La planificación quirúrgica debe considerar resultado estético, carga cicatricial y seguimiento prolongado, junto con confirmación histológica y pesquisa dirigida de asociaciones sindromáticas.

CGC-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA GENERAL Y ESPECIALIDADES D3.1

O062) RESULTADOS DE LA TRANSICIÓN DESDE TÉCNICAS CON COLGAJOS A PROCEDIMIENTOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS EN ENFERMEDAD PILONIDAL EN UN CENTRO TERCIARIO ENTRE 2018 Y 2026: RESULTADOS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA

Briceño Muga, F.(1); Carrera, F.(1); Paredes, F.(1); Andrades, V.(1); Jana, B.(1); Meza, A.(1); Muñoz, S.(1); Canahuate, A.(1); Garrido, M.(2); Padilla, S.(3);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Centro Interdisciplinario de Investigación Biomédica en Ingeniería para la Salud (MEDING), Valparaíso, Chile (3): Hospital Dr Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile

Introducción

La enfermedad pilonidal (EF) es una enfermedad crónica adquirida. La aparición de quistes, abscesos o fístulas, así como la recurrencia, contribuyen a la morbilidad. Es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes. Los abordajes quirúrgicos varían desde estrategias mínimamente invasivas (MIV) hasta procedimientos con colgajos (CG), los cuales presentan dificultades técnicas y morbilidad asociada.

El objetivo es comparar la tasa de recidiva, complicaciones y reoperaciones entre pacientes sometidos a procedimientos con CG frente a la técnica de GIPS entre 2018 y 2026.

Método

Se realizó una revisión retrospectiva y analítica desde una base de datos anónima de las cirugías realizadas con diagnóstico de quiste pilonidal sin absceso entre enero 2018 y junio de 2026, con seguimiento de al menos 30 días. Se revisaron variables epidemiológicas, técnica quirúrgica, complicaciones estandarizadas mediante la Clasificación de Clavien-Dindo (CCD) y número de reintervenciones. Se realizó estadística descriptiva con Odds ratio y la prueba exacta de Fisher para significancia estadística.

Resultados

Se operaron 47 pacientes, sometidos a 54 tiempos quirúrgicos. 33 de sexo femenino con mediana de edad 14 (13-15) años. 35 cirugías fueron por quistes pilonidales y 19 por quistes con fístula, se realizaron 26 resoluciones mediante CG y 28 por MIV. El riesgo de complicaciones fue significativamente menor en MIV que en CG con OR 0.13 (IC 95% 0.02 - 0.57, p = 0.002). Del grupo MIV hubo solo 3 pacientes CCD II o III, en CG 9. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a recidiva, OR de 0.51 (IC 95% 0.07-2.98, p = 0.46), y de reoperaciones OR 0.43 (IC 95 % 0.04-3.33, p=0.412).

Conclusiones

Las MIV en EF han permitido alcanzar menor número de complicaciones y de reintervenciones, permitiendo mejores resultados y reintegración precoz a la vida habitual respecto que con los CG.

O063) ANORRECTOPLASTÍA SAGITAL POSTERIOR CON PRESERVACIÓN DEL PERINÉ: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

García, A.(1); Salazar, P.(1); Bolaños, J.(1);
(1): Hospital Roosevelt, Ciudad de Guatemala, Guatemala

Introducción: Recientemente se propuso una técnica alternativa para el abordaje quirúrgico de las malformaciones anorrectales con fístula rectovestibular caracterizada por la preservación del cuerpo perineal. A partir de esta descripción decidimos reproducir dicha técnica. El objetivo es presentar nuestra experiencia inicial.

Material y método: Serie de casos.

Resultados: Presentamos 8 pacientes operadas con esta técnica entre noviembre 2025 y junio 2026. Como abordaje inicial, se realizó colostomía en todas las pacientes, tamizaje para la asociación VACTERL y medición del índice sacro. En el quirófano iniciamos con vaginoscopía para identificar posibles anomalías müllerianas seguido de la corrección con la técnica en mención y finalmente la anoplastía según los principios convencionales. El rango de edad fue de 2 meses a 2 años. El 50% presentó malformaciones congénitas asociadas, de las cuales el 75% correspondió a anomalías cardíacas. Además, se identificó un tabique vaginal longitudinal. La técnica fue factible y se completó en todos los casos sin necesidad de prolongar la incisión. Solo un caso requirió la reparación de una lesión puntiforme de la pared vaginal. El tiempo quirúrgico promedio fue de 146 min. En el postoperatorio, una paciente presentó dehiscencia en el área de un punto de sutura de la anoplastía, la cual resolvió con tratamiento expectante. Se administraron antibióticos profilactícos y postoperatorios. Dos pacientes fueron manejados con sonda urinaria. En promedio, el egreso fue a los 4 días. Durante el seguimiento se inició el protocolo de dilataciones observando adecuada evolución clínica sin complicaciones mayores. Hasta el momento, hemos cerrado dos colostomías.

Discusión: Consideramos que esta técnica permite realizar la corrección sin necesidad de incisiones amplias reduciendo el riesgo de complicaciones. Esta técnica es una opción efectiva, siempre y cuando sea realizada por manos expertas y se mantengan los principios básicos establecidos de movilizar y colocar el recto dentro del complejo muscular.

O064) CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, QUIRÚRGICA E HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIVERTÍCULO DE MECKEL: SERIE RETROSPECTIVA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN COLOMBIA

Ruiz, M.(1); Seba, J.(1); Moreno, D.(1); Gonzalez, L.(1); Arguello, O.(1); Molina, I.(1); Valero, J.(1); Jaimes, P.(1);
(1): Universidad Nacional de Colombia - Fundación HOMI, Bogota, Colombia

Introducción: El divertículo de Meckel es la anomalía congénita más frecuente del tracto gastrointestinal y una causa importante de hemorragia digestiva baja y abdomen agudo en pediatría. Aunque la "regla de los 2" continúa siendo referencia, series contemporáneas han demostrado mayor variabilidad clínica y anatómica. El objetivo fue describir las características clínicas, quirúrgicas e histopatológicas de pacientes pediátricos operados por divertículo de Meckel.

Material y método: Serie de casos retrospectiva. Se incluyeron pacientes menores de 18 años operados por divertículo de Meckel entre 2020 y 2026. Se excluyeron historias clínicas incompletas o seguimiento posoperatorio menor de un mes. Las variables continuas se describieron mediante promedio o mediana, según distribución, y las categóricas mediante frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se incluyeron 90 pacientes. La mediana de edad fue de 5 años (RIQ:1–10) y el 73,3% fueron hombres. El diagnóstico incidental predominó (46,7%), seguido de hemorragia digestiva baja (33,3%). La longitud promedio fue de 3,31±1,52 cm y la distancia a la válvula ileocecal de 51,9±27,1 cm. Se identificó mucosa gástrica en 51,1% y pancreática en 5,6%, con coexistencia en 3,3%. El abordaje laparoscópico se realizó en el 73,3%, la diverticulectomía en el 67,8% y las complicaciones mayores en el 12,2%.

Discusión: El predominio masculino, la localización respecto a la válvula ileocecal y la presencia de mucosa gástrica y pancreática fueron concordantes con la "regla de los 2". Sin embargo, la edad de presentación, la longitud del divertículo y el predominio del diagnóstico incidental difirieron de la descripción clásica, como reportaron Hansen y Søreide y Moreno-Alfonso. El predominio de la diverticulectomía fue consistente con la revisión sistemática de Redman et al.

Conclusión: La "regla de los 2" continúa siendo útil; sin embargo, algunos de sus componentes no representan el comportamiento observado en esta cohorte pediátrica, respaldando una valoración clínica y un manejo quirúrgico individualizados.

O065) REHABILITACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS CONSTIPADOS SEVEROS: EXPERIENCIA PRELIMINAR.

Varela, M.(1); Morales, M.(1); Galindo, M.(1); La Cruz, J.(1);
(1): Hospital San Camilo - Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile

Introducción: La constipación crónica refractaria (CCR) en niños puede tener repercusiones importantes en la calidad de vida del paciente y su familia cuando llega a condiciones extremas de impactación fecal (IF) y pseudoincontinencia secundaria (PSI). Presentamos nuestra experiencia preliminar en el manejo de este tipo de pacientes con un programa de rehabilitación intestinal llevado a cabo por un equipo multidisciplinario (EM).

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes con CCR. El manejo fue realizado por un EM. Iniciamos el programa con una evaluación inicial detallada de la historia clínica, examen físico completo y estudios establecidos en el PRI. Se realiza una sesión de preparación y educación a la familia respecto del PRI y se realiza el primer enema en conjunto con la familia. Luego se monitorea la efectividad del tratamiento y se van haciendo los ajustes según respuesta.

Resultados: 158 pacientes fueron incluidos en el estudio. La edad promedio fue de 6,8 años, el 62,3% fueron varones y el 37,7% de sexo femenino. La constipación fue de tipo funcional en el 92,4% y orgánica en el 7,6%. 116 pacientes requirieron PRI, 108 con CF y en 8 CO. En ambos grupos se logró un vaciamiento y mejoría en la mayoría de los casos que cursaban con impactación, fecaloma y pseudoincontinencia. El seguimiento promedio fue de 1,8 años (0 - 5,8).

Discusión: Un PRI realizado por un EM puede mejorar la IF y PSI, revirtiendo este grave problema que viven muchos niños, muchas veces a la deriva y sin solución. En nuestro estudio, el PRI logro mejorar a gran parte de estos pacientes, con gran alivio físico, psicológico y social del niño y su familia, logrando un bienestar, calidad de vida y reinserción social adecuados. Nuestro PRI es muy preliminar, por lo que se requiere avanzar y perfeccionarlo en el tiempo.

O066) DEVELANDO LA ZONA DE TRANSICIÓN EN ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

Navarrete, L.(1); Montedónico, S.(2); Poggi, P.(1); Bracchiglione, J.(3); Ferrer-rosende, P.(4); (1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Centro de Investigación Interdisciplinaria Biomédica y de Ingeniería para la Salud (MEDING), Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (3): Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (4): Unidad de Bioestadística, Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Introducción: En enfermedad de Hirschsprung (EH), la resección completa de la zona de transición (ZT) es esencial para resultados óptimos. Sin embargo, su definición histológica continúa siendo un desafío por falta de criterios estandarizados. El objetivo fue proponer criterios histológicos objetivos para definir los límites de ZT y analizar la distribución de los troncos nerviosos mayores de 40 µm.

Material y método: Se analizaron diez piezas operatorias de pacientes con EH rectosigmoidea, procesadas mediante técnica de rollo suizo. Se evaluó, milímetro a milímetro, número, área y diámetro de ganglios, y diámetro máximo de troncos nerviosos en los plexos mientérico y submucoso. Se aplicó un modelo sigmoidal no lineal de efectos mixtos para definir los límites de la ZT como los puntos donde cada parámetro se desviaba un 5% de las asíntotas de los segmentos gangliónico y agangliónico. Además, se cuantificaron los troncos nerviosos mayores de 40 µm en cada zona histológica.

Resultados: Se obtuvieron más de 20.000 mediciones. En el plexo mientérico, los límites distal y proximal de ZT fueron 31,3 y 38,0 mm según número de ganglios; 8,9 y 87,0 mm según diámetro ganglionar; y 21,5 y 53,6 mm según diámetro de troncos nerviosos. Los troncos mayores de 40 µm predominaron en segmento agangliónico (mediana: 33 en plexo submucoso y 17 en mientérico), disminuyeron en ZT (6,5 y 7,0) y estuvieron ausentes en intestino gangliónico. Por milímetro, la mediana fue de 0,98 y 1,26 en la zona agangliónica; 0,08 y 0,24 en la ZT; y 0 en la zona gangliónica.

Conclusión: La modelación cuantitativa de parámetros histológicos permite definir objetivamente la extensión de la ZT. Durante la cirugía debería resecarse aproximadamente el doble de la longitud del segmento agangliónico para asegurar la resección completa de la ZT. Los troncos nerviosos mayores de 40 µm son característicos del segmento agangliónico.

O067) LONGITUD DEL CANAL COMÚN COMO PREDICTOR DE LA ANATOMÍA UTEROVAGINAL Y LA MORBILIDAD GINECOLÓGICA EN PACIENTES CON CLOACA

Cotignola, L.(1); Alvarez, L.(1); Siffredi, J.(1); Suarez, L.(1); Di Benedetto, V.(1);
(1): Hospital Garrahan, caba, argentina

Introducción: Las anomalías müllerianas forman parte del espectro de malformaciones asociadas a la cloaca y pueden ocasionar complicaciones ginecológicas.

Objetivo: determinar si la longitud del canal común constituye un predictor de la anatomía uterovaginal y de la morbilidad ginecológica en pacientes con cloaca.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cloaca tratadas entre 1995 y 2025. Se registraron la longitud del canal común, el tipo de malformación uterovaginal según las normas ASRM 2021 y la necesidad y causa de operación ginecológica. Se evaluó la asociación entre la longitud del canal común, la anatomía uterovaginal y la morbilidad ginecológica.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes. El 68% presentó duplicación uterovaginal, el 23% sistema único y el 9% agenesia. La probabilidad de presentar una duplicación uterovaginal aumentó significativamente con la longitud del canal común (OR 3,90; p<0,001). Las pacientes con duplicación uterovaginal presentaron mayor frecuencia de obstrucción ginecológica que aquellas con útero único (26,5% vs. 4,2%; p=0,020). Veintiocho pacientes

(29%) requirieron reoperación ginecológica por obstrucciones (57%), estenosis del introito (37%) y fístula con el tracto urinario (5%). La frecuencia de reoperaciones aumentó con la longitud del canal común: de 10,3% en los canales <3 cm a 48,5% en los >5 cm. Cada incremento en la categoría de longitud del canal común se asoció con un aumento significativo en la probabilidad de reoperación (OR 2,73; p=0,002). En el análisis multivariado, la longitud del canal común se mantuvo como predictor independiente de reoperación.

Discusión: La longitud del canal común constituye un predictor de la complejidad de la anatomía uterovaginal y del riesgo de morbilidad ginecológica. Los canales largos se asociaron con mayor frecuencia de duplicación uterovaginal, obstrucción y reoperación, permitiendo identificar desde la evaluación inicial a las pacientes que requieren un seguimiento ginecológico más estrecho.

O068) VÓLVULO COLÓNICO EN PEDIATRÍA: MÁS ALLÁ DEL VÓLVULO SIGMOIDEO

Sabarots, J.(1); Patino Gonzalez, C.(1); Sferco, C.(2);
(1): Hospital de ninos de la Santisima Trinidad, Cordoba, Argentina (2): Traumatismo pancreático en pediatría: análisis ret, Cordoba, Argentina

Introducción: El vólvulo colónico es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en pediatría, producida por la torsión del colon sobre su eje mesentérico, que puede evolucionar desde isquemia hasta perforación. Aunque cualquier segmento colónico puede verse comprometido, el colon sigmoides es el más frecuentemente afectado. La evidencia disponible se limita principalmente a reportes de casos y pequeñas series. El objetivo fue describir las características clínicas, los hallazgos diagnósticos y el tratamiento de pacientes pediátricos con vólvulo colónico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, realizado en dos centros de tercer nivel entre enero de 2021 y junio de 2026. Se incluyeron pacientes menores de 15 años con diagnóstico de vólvulo colónico, excluyendo aquellos con enfermedad de Hirschsprung, miopatías y neuropatías intestinales. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, síntomas, estudios por imágenes, localización del vólvulo, tratamiento quirúrgico, anatomía patológica y evolución.

Resultados: Se incluyeron nueve pacientes con edades entre 1 y 14 años (media: 10,5 años). El segmento afectado fue el colon sigmoides en cuatro pacientes, el ciego en dos y el colon transverso en tres, incluyendo un caso con compromiso multisegmentario. Cinco pacientes presentaban constipación crónica y cuatro enfermedades neurológicas. La presentación clínica predominante fue dolor abdominal, distensión y vómitos. La radiografía simple constituyó el estudio inicial en todos los casos y la tomografía computada confirmó el diagnóstico en los pacientes evaluados. Todos requirieron tratamiento quirúrgico; cuatro presentaron necrosis intestinal y requirieron resección del segmento afectado. Tres

pacientes fueron reintervenidos y se registró un fallecimiento en un paciente con comorbilidades severas.

Discusión: El vólvulo colónico debe considerarse ante pacientes con distensión abdominal, dolor y vómitos, especialmente cuando presentan constipación crónica, enfermedades neurológicas o antecedentes de cirugía abdominal. El diagnóstico precoz mediante estudios por imágenes y el tratamiento quirúrgico oportuno son fundamentales para disminuir la necrosis intestinal y mejorar la evolución clínica.

O069) CIRUGÍA COLORRECTAL ROBÓTICA PEDIÁTRICA EN ECUADOR: EXPERIENCIA Y EVOLUCIÓN EN 16 PACIENTES

Mier Jimenez, J.(1); Vivas Colmenares, G.(2);
(1): Hospital Carlos Andrade Marin, quito, Ecuador (2): niversidad Internacional SEK, Facultad de Ciencias de la Salud,, quito, ecuador

Introducción: La cirugía robótica pediátrica ha adquirido un papel creciente en el abordaje de patologías colorrectales complejas, debido a las ventajas que ofrece en términos de visión tridimensional, precisión de movimientos, ergonomía quirúrgica y facilidad para la disección en espacios anatómicos reducidos, como la pelvis pediátrica. En Ecuador, el programa de cirugía robótica pediátrica inició en 2022, incorporando progresivamente procedimientos colorrectales de mayor complejidad.

Métodos:
Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes pediátricos sometidos a cirugía colorrectal robótica en un centro de referencia ecuatoriano entre diciembre de 2021 y mayo de 2026. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico quirúrgico, tipo de procedimiento realizado, tiempos quirurgicos, tasa de conversión, complicaciones clasificadas según Clavien-Dindo, estancia hospitalaria y seguimiento clínico. Adicionalmente, se evaluó la evolución de los tiempos quirúrgicos a lo largo de la experiencia institucional.

Resultados:
Se intervinieron 16 pacientes: 6 fueron sometidos a descenso tipo Georgeson robótico por enfermedad de Hirschsprung, 8 a sigmoidectomía robótica por estreñimiento crónico refractario y 2 pacientes a rectopexia robótica por prolapso rectal. La mediana de edad fue de 10 años, con un rango entre 4 y 14 años. No se registraron conversiones a cirugía abierta. se documentaron complicaciones menores en 3 pacientes. La mediana de estancia hospitalaria fue de 6 días y al analizar la evolución técnica, se observó una disminución aproximada de 60 minutos en los procedimientos de descenso colorrectal y de 25 minutos en las sigmoidectomías robóticas. Con un seguimiento medio de 48 meses, los resultados funcionales preliminares fueron satisfactorios.

Conclusiones:
La cirugía colorrectal robótica pediátrica es factible y reproducible en un centro de referencia de Ecuador. Esta experiencia inicial demuestra ausencia de conversiones, tiempos quirúrgicos progresivamente menores y resultados perioperatorios aceptables. parecen beneficiarse de las ventajas técnicas de la plataforma robótica, especialmente en disección pélvica y sutura intracorpórea.

PL25) DIVERTÍCULO DE MECKEL DE BORDE MESENTÉRICO: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL. REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Varela, M.(1); Galindo, M.(1); Santos, M.(1); Morales, M.(1); Herrera, P.(2);
(1): Hospital San Camilo - Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile (2): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción: El divertículo de Meckel (DM) es la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente y suele ubicarse en el borde anti mesentérico del íleon. La localización mesentérica es infrecuente. Presentamos 2 casos de niños con DM ubicados en el borde mesentérico, que debutaron con hemorragia digestiva y Diverticultis.

Método: Estudio retrospectivo de 2 casos clínicos y revisión de la literatura.

Caso Clínico 1: Varón de 6 meses que debutó con una hemorragia digestiva. El Cintigrama abdominal mostró evidencia de DM. La exploración laparoscópica no mostró el divertículo. En seguimiento cintigráfico persistió imagen de DM. Se realizó nueva laparoscopía con exploración exhaustiva sin éxito, por lo que se amplió el puerto umbilical para explorar digitalmente logrando encontrar el divertículo, que estaba en el borde mesentérico.

Caso Clínico 2: Varón de 11 años que debuta con abdomen agudo de 24 horas de evolución con parámetros inflamatorio elevados. Scanner reveló una imagen compatible con DM inflamado. Laparoscopía convertida a laparotomía reveló un DM del borde mesentérico, inflamado y gangrenado, con Ileitis adyacente.

En ambos casos se realizó resección intestinal y anastomosis termino-terminal. Tuvieron buena evolución post operatoria y la biopsia demostró en ambos casos un DM con mucosa gástrica heterotópica; con diverticulitis en el caso 2.

Discusión: La ubicación mesentérica del DM es rara y hay muy pocos reportes en la literatura. Cuando se presenta como diverticulitis, el cuadro clínico más las imágenes (Scanner en caso 2) y finalmente la exploración quirúrgica, confirma el diagnóstico con el hallazgo de un proceso inflamatorio importante en el lado mesentérico provocado por el DM inflamado. Sin embargo, en el caso de hemorragia digestiva sin diverticulitis (caso 1) incluso con un Cintigrama (+), la pesquisa intraoperatoria fue difícil, por lo que un alto índice de sospecha es recomendable, en aquellos casos en que la exploración quirúrgica parezca negativa.

PL26) DERIVACIÓN FECAL CONTINENTE EN PEDIATRÍA: RESULTADOS CLÍNICOS Y SEGURIDAD DE LAS TÉCNICAS DE MALONE Y NEOMALONE

Rebollar Castillo, A.(1); Santos Jasso, K.(1); Chavarría Delgado, I.(1); Palacios Rodríguez, P.(1); (1): Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción

Los enemas anterógrados constituyen una estrategia eficaz para el manejo de la incontinencia fecal y el estreñimiento refractario en pacientes pediátricos. La derivación fecal continente Malone o Neomalone representa una alternativa quirúrgica para la administración de estos enemas a largo plazo. Este trabajo analiza nuestra experiencia y la evolución con el uso de esta cirugía en nuestros pacientes.

Material y método

Presentamos un estudio observacional, retrospectivo, analítico de pacientes operados de Malone o Neomalone de 2015 a 2025. Se analizaron variables demográficas, indicaciones quirúrgias, patologías concomitantes, complicaciones y evolución postoperatoria.

Resultados

Se incluyeron 37 pacientes pediátricos sometidos a derivación fecal continente. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 10 años (3-17años). La principal indicación fue la malformación anorrectal (73%). El 43.2% de los pacientes presentó incontinencia urinaria asociada. La evolución clínica fue favorable en el 86.5% de los caso. El 64.9% no presentó complicaciones postquirúrgicas; la estenosis del estoma fue la complicación más frecuente (21.6%), seguida del prolapso de mucosa y la necesidad de remodelación quirúrgica.

Discusión

Se analizaron 37 pacientes pediátricos sometidos a derivación fecal continente tipo Malone o Neomalone, observando una evolución clínica favorable en la mayoría de los casos. La malformación anorrectal fue la principal indicación quirúrgica seguida de mielomeningocele. No se encontraron diferencias significativas en las complicaciones entre ambas técnicas ni al realizar derivación urinaria simultánea. La estenosis del estoma fue la complicación más frecuente, con una tasa global de complicaciones comparable a la reportada en la literatura.

Conclusión

La derivación fecal continente es un procedimiento seguro y eficaz para el tratamiento de la incontinencia fecal en pediatría. El éxito terapéutico depende no solo de la técnica quirúrgica, sino también del seguimiento multidisciplinario y la educación del paciente y la familia.

PL27) CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA DE PACIENTES OPERADOS DE QUISTE PILONIDAL EN MODALIDAD ELECTIVA (2014-2025)

Rojas, F.(1); Morales, K.(2);
(1): Hospital Sótero del Río, Ñuñoa, Chile (2): Hospital Sótero del Río, Puente Alto, Chile

Introducción: El quiste pilonidal es una enfermedad inflamatoria crónica frecuente en adolescentes, cuyo tratamiento es principalmente quirúrgico. La evidencia sobre factores asociados a los resultados quirúrgicos en población pediátrica continúa siendo limitada. El objetivo fue caracterizar las características clínico-quirúrgicas de pacientes pediátricos operados de quiste pilonidal en modalidad electiva e identificar factores asociados al tiempo operatorio y a la reintervención.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de cohorte retrospectiva basado en la revisión de registros clínicos de pacientes sometidos a cirugía electiva por quiste pilonidal entre 2014 y 2025. Se incluyeron 133 pacientes. Se realizó análisis descriptivo y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis) para variables cuantitativas, y chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher para variables categóricas. Se consideró significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados: Se analizaron 133 pacientes con una edad media de 16,0±2,3 años; el 64,7% correspondió al sexo femenino. El diagnóstico más frecuente fue quiste pilonidal sin especificación (60,2%). El 13,5% requirió reintervención. Los hombres presentaron un mayor tiempo operatorio que las mujeres (0,83 vs. 0,67 horas; $p=0,048$). No se observaron asociaciones entre sexo y diagnóstico ($p=0,239$) ni entre sexo y reintervención ($p=0,735$). Tampoco hubo diferencias en la edad según diagnóstico ($p=0,140$), ni en edad o tiempo operatorio entre pacientes con y sin reintervención ($p>0,05$).

Discusión: La cohorte presentó un predominio de mujeres y una tasa de reintervención similar a la descrita en otras series. El único factor asociado al tiempo operatorio fue el sexo masculino, mientras que ninguna de las variables analizadas se relacionó con la reintervención. lo que sugiere que las variables analizadas no permiten predecir este desenlace. Estos hallazgos respaldan la necesidad de incorporar otros factores clínicos y quirúrgicos en futuras investigaciones para mejorar la estratificación del riesgo y optimizar el manejo de estos pacientes.

CP-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D3.1

O070) EVALUCIÓN DEL MODELO DE SIMULACIÓN MANO PEDIÁTRICA

Paulos Parot, M.(1); Paulina, D.(2); Broussain, V.(3);
(1): Clinica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (3): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción

La formación en cirugía de mano pediátrica es compleja debido a la diversidad de patologías traumáticas y congénitas. El objetivo de este estudio fue evaluar un modelo de simulación de mano pediátrica para el aprendizaje de seis procedimientos frecuentes: sindactilia simple, duplicación del pulgar tipo Wassel IV, colgajo tenar, plastía del lecho ungueal, tenorrafia flexora en zona II y liberación de polea A1.

Materiales y Métodos

Se aplicó la encuesta Michigan Standard Simulation Experience Scale (MiSSES) a 24 participantes. Se evaluaron autoeficacia, fidelidad, valor educativo, calidad docente y evaluación global mediante escala Likert de 5 puntos. La consistencia interna se analizó con alfa de Cronbach y las comparaciones se realizaron según especialidad, nivel de formación y experiencia previa.

Resultados

Los participantes reportaron una alta percepción de mejora en conocimiento, confianza y habilidades quirúrgicas (4,67 ± 0,5), con fiabilidad aceptable a buena (α=0,769–0,857). La fidelidad del modelo obtuvo 4,2 ± 0,62, identificándose oportunidades de mejora anatómica y técnica, especialmente en sindactilia, tenorrafia y duplicación del pulgar.

El valor educativo alcanzó 4,84 ± 0,33 y la calidad docente 4,97 ± 0,09, ambos con alta fiabilidad. La nota final del curso fue 4,79 ± 0,41 y la aceptación global del modelo 2,96 ± 0,46 sobre 4 puntos. No se observaron diferencias significativas según sexo, experiencia o nivel de formación. Sin embargo, los traumatólogos otorgaron menor puntuación global al modelo respecto de otros participantes (2,8 vs 3,8; p=0,0275).

Conclusión

El modelo constituye una herramienta educativa útil, reproducible y de alto valor para el entrenamiento en cirugía de mano pediátrica, con potencial de mejora mediante optimizaciones anatómicas y técnicas.

O071) DE LA PERDIDA DEL DOMINIO AL CIERRE: UN VIAJE POR ETAPAS PARA RECUPERAR LA CAVIDAD ABDOMINAL. REPORTE DE CASO

Ramírez, C.(1); Montes, F.(1); González, G.(2);
(1): Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey NL, México (2): Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"t, Monterrey NL, México

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de hernia ventral de pared abdominal por onfalocele gigante continúa siendo un desafío quirúrgico, principalmente por pérdida del dominio de cavidad abdominal. Existen técnicas que buscan aumentar la capacidad abdominal y favorecer cierre exitoso.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino 4 años de edad, antecedente onfalocele gigante con pérdida del dominio, manejo conservador en etapa neonatal, aplicación de solución yodada, logrando adecuada epitelización de defecto.

Se inicia preparación para reconstrucción pared abdominal con aplicaciones de toxina botulínica guiado con ultrasonido cada 2 meses en músculos abdominales, posterior a tercera dosis de toxina botulínica se coloca catéter intraperitoneal bajo guía ultrasonográfica a través del cual se insufla diariamente aire ambiente por 7 días para neumoperitoneo progresivo, se realiza cirugía con plastia de pared abdominal, logrando adecuado afrontamiento de musculatura. Dentro de las primeras 24 horas postquirúrgicas desarrolla síndrome compartimental abdominal por lo que es necesaria la colocación de separador Alexis en tercio medio de herida, creando hernia contenida para resolver síndrome compartimental, se retira a las 48 hrs con cierre completo de pared abdominal. Evolución clínica favorable, se extuba al quinto día, se inicia alimentación y se logra egresar al décimo día posquirúrgico.

DISCUSIÓN

En los últimos años, la combinación de toxina botulínica y neumoperitoneo progresivo ha surgido como estrategia de "prehabilitación" de pared abdominal en manejo de hernias complejas con pérdida del dominio. La experiencia pediátrica es escasa, principalmente con reportes de casos. Nuestro caso respalda evidencia emergente que esta estrategia es una opción para facilitar cierre primario con menor tensión en pacientes cuidadosamente seleccionados.

CONCLUSIÓN

La pérdida de dominio de cavidad abdominal representa un desafío quirúrgico. El cierre por etapas para pacientes con hernia ventral y perdida del dominio representa una estrategia eficaz, exitosa y reproducible, puede facilitar el cierre primario y evitar procedimientos reconstructivos más complejos.

O072) CIERRE ASISTIDO POR VACÍO COMO ESTRATEGIA DE SOPORTE BIOMECÁNICO EN EL MANEJO CONSERVADOR DE LAPAROTOMÍAS PEDIÁTRICAS DE ALTO RIESGO

Martínez Sepúlveda, J.(1); Jones Mardones, N.(1); Palamara Mora, R.(1); Rubilar Araya, R.(2); Ramos Mantilla, A.(3); Olivos Pérez, M.(3);

(1): Residente de Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Cirujana Pediátrica, Hospital de niños Roberto del Río, Santiago, Chile

La dehiscencia aponeurótica y evisceración contenida son complicaciones infrecuentes, pero de alta morbimortalidad, tras laparotomías. Su manejo convencional requiere reintervenciones quirúrgicas, especialmente en pacientes complejos, aumentando el riesgo de nuevas complicaciones. La terapia de presión negativa (VAC) constituye una estrategia de soporte biomecánico al estabilizar la pared abdominal, redistribuir las fuerzas de tensión y favorecer la cicatrización, permitiendo un manejo conservador en casos seleccionados. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia con el uso del VAC como tratamiento para evitar la re-operación en pacientes pediátricos con fracaso del cierre primario de la pared abdominal.

Estudio retrospectivo descriptivo de una serie de cinco casos con evisceración contenida/alto riesgo de falla del cierre abdominal, tratados con VAC.

Se incluyeron cinco pacientes entre 21 días de vida y 7 años de edad: dos con enfermedad de Hirschsprung, uno con enterocolitis necrotizante, uno con fístula enterocutánea y uno con dehiscencia de laparotomía post apendicectomía abierta. Se aplicó VAC con presión continua entre −20 y −40mmHg. La totalidad de casos logró estabilizar la pared abdominal, favorecer la cicatrización y evitar la re-operación. No se observó progresión de dehiscencia, evisceración ni complicaciones relacionadas al dispositivo durante el seguimiento.

La terapia de presión negativa proporciona soporte biomecánico al cierre abdominal mediante redistribución de fuerzas tensiles, disminución del edema intersticial y mejora en perfusión microvascular, mecanismos que contribuyen a preservar la integridad fascial. En nuestra experiencia, el empleo de bajas presiones e interfaces protectoras constituyó una estrategia segura y reproducible, con potencial para evitar progresión de dehiscencias y reducir necesidad de reintervenciones en pacientes de alto riesgo.

El VAC incisional representa una alternativa terapéutica menos invasiva para el manejo de eviscerationes contenidas o pacientes de alto riesgo de falla del cierre abdominal. Estos resultados respaldan su potencial como estrategia de rescate y justifican desarrollar estudios prospectivos.

V12) MEDICIÓN VOLUMÉTRICA DE LIPOTRANSFERENCIA MEDIANTE SMARTPHONE

Paulos Parot, M.(1); Montecinos, T.(2); Muñoz P, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos J., C.(1); Ellsworth, K.(3);
(1): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Estadía de Capacitación Cirugía Plástica Pediátrica U. Andes, Santiago, Chile (3): Residente de Cirugía Plástica U. Finis Terrae, Santiago, Chile

Introducción: La evaluación objetiva de cambios volumétricos en cirugía reconstructiva continúa siendo un desafío. Aunque los escáneres tridimensionales representan el estándar para la cuantificación de volumen, su alto costo limita su disponibilidad. El objetivo de este trabajo es evaluar la utilidad de una aplicación móvil accesible para cuantificar cambios volumétricos y determinar la reabsorción de injertos grasos en la región frontal de un paciente pediátrico.

Material y Método: Estudio observacional de caso clínico. Se evaluó a un paciente de 14 años con síndrome de Apert y deformidad frontal residual posterior a un avance frontoorbitario, a quien se le efectuó lipotransferencia autóloga en la región frontal. Mediante la aplicación Polycam® instalada en un teléfono móvil, se obtuvieron modelos tridimensionales preoperatorios, postoperatorios inmediatos y a los 5 meses de seguimiento. Estos modelos fueron procesados en el software Meshmixer®, donde se delimitaron las áreas de interés y se calcularon las diferencias volumétricas.

Resultados: La metodología implementada permitió generar reconstrucciones tridimensionales de alta calidad y cuantificar objetivamente los cambios. Una lipoinfiltración de 10 cc fue medida con exactitud como 9,9 cc en el postoperatorio inmediato. La comparación seriada de los modelos evidenció una disminución progresiva del volumen injertado, reportando una reabsorción del 65% a los 5 meses de evolución. El procedimiento demostró ser rápido, reproducible y no requirió de equipamiento especializado adicional.

Discusión: La combinación de herramientas como Polycam® y Meshmixer® constituye una alternativa accesible y de bajo costo para la evaluación tridimensional de resultados en cirugía reconstructiva. Su utilización permite cuantificar cambios volumétricos de manera confiable y estimar la reabsorción de lipotransferencias, facilitando un seguimiento clínico objetivo cuando no se dispone de sistemas profesionales de escaneo 3D.

CU-D3.1) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA UROLÓGICA D3.1 (ORAL-VIDEO-PÓSTER)

O073) REIMPLANTE POR REFLUJO VESICOURETERAL PRIMARIO EN MENORES DE 1 AÑO

Baquedano Droguett, P.(1); Maturana Valenzuela, F.(1);
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Con ultrasonido prenatal hoy se detectan más lactantes con reflujo vesicoureteral (RVU). El manejo del RVU en los lactantes menores (<1 año) es generalmente conservador por las altas tasas de resolución espontánea. El tratamiento quirúrgico es controvertido en los lactantes menores, especialmente en los más pequeños, debido a la dificultad técnica y la función aún inmadura de la vejiga. En algunas condiciones, como reflujo de alto grado que no mejora, infecciones urinarias recurrentes o daño renal severo, puede justificarse una operación precoz.

Este estudio tiene como objetivo evaluar resultados de la reimplantación ureteral en lactantes menores de 12 meses de edad.

Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron pacientes menores de 1 año con diagnóstico de RVU primario, que fueron intervenidos todos con la técnica de reimplante ureteral de Cohen, entre enero 1994 y abril 2024. Se analizaron variables demográficas, clínicas, imagenológicas y protocolos quirúrgicos. Se utilizó estadística descriptiva. Todos los pacientes se sometieron a una ecografía renal y vesical a los 3 y 6 meses post cirugía para descartar obstrucción ureteral, y una ecografía anual durante el seguimiento. Una cistouretrografía miccional se realizó en caso de presentar infecciones urinarias o dilatación ureteral postoperatoria.

Resultados: Se incluyeron solo RVU primarios operados antes del año de vida, 49 pacientes (19 niñas y 39 niños), El abordaje quirúrgico fue reimplante ureteral intravesical transtrigonal con técnica de Cohen en 100% de los casos. Todos los pacientes, excepto uno, estuvieron libres de infección urinaria durante el seguimiento clínico y ecográfico de 2 a 30 años. Ninguno fue reintervenido, no se observó recurrencia de reflujo ni obstrucción ureteral en esta serie.

Discusión: El reimplante ureteral mediante técnica de Cohen en menores de 1 año demostró ser una cirugía segura y efectiva, con baja incidencia de complicaciones, concordantes con los resultados en niños mayores.

O076) DERIVACIONES URINARIAS Y CONDUCTOS PARA ENEMAS ANTERÓGRADOS, UTILIDAD DEL APÉNDICE EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA.

Figueroa Gutiérrez, L.(1); Martínez Cano, J.(2); Franco Flórez, N.(3); Soto Chaquir, M.(1); Eusse Soto, M.(4);
(1): Universidad del Valle, Cali, Colombia (2): Clínica Comfamiliar, Pereira, Colombia (3): Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia (4): Universidad Libre, Cali, Colombia

Introducción: el apéndice es una estructura de valor incalculable; se ha utilizado para el manejo de patologías como el estreñimiento severo, la incontinencia fecal y la vejiga neurogénica. Se presenta una serie de casos en la que se muestra su utilidad para el tratamiento de condiciones colorrectales y urológicas.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo de pacientes que requirieron para su tratamiento una derivación urinaria continente (DUC) y/o un conducto para enemas anterógrados (CEA).

Resultados: serie de 17 pacientes, 8 (47.1%) de sexo masculino, la vejiga y el intestino neurogénico asociado a malformaciones anorrectales constituyeron la principal causa de los procedimientos con 8 pacientes (47.1%), las secuelas de Mielomeningocele en 6 pacientes (35,3%), un caso por Síndrome de Ochoa (5.9%), un caso (5.9%) de una paciente con disrrafismo anterior y vértebras dorsales en mariposa y un caso por dismotilidad intestinal severa (5.9%).

Se construyeron 27 conductos; DUC con el principio de Mitrofanoff 12 (44.4%), DUC tipo Yang Monti 3 (11.1%), CEA por técnica de Malone 7 (25.9%) y 5 (18.5%) NeoMalone con flap de ciego. De los 5 NeoMalone, 3 (60%) no tenían suficiente longitud en el apéndice y este se utilizó para el Mitrofanoff, y dos pacientes (40%) porque no contaban con apéndice al momento del procedimiento, uno de ellos había sido resecado de manera incidental y el otro se desconocía que había pasado con él. Como complicaciones, se presentaron pérdida o estenosis en dos conductos de Malone (28.6%) y un NeoMalone (20%), remplazados por botón de Chait con buen funcionamiento, y pérdida de dos conductos de Yang Monti (66.7%). Ningún conducto de Mitrofanoff se ha perdido.

Discusión: la utilidad del apéndice para el manejo de los pacientes con vejiga e intestino neurogénico no debe ser desconocida. Su preservación es vital y no debería ser resecado de manera incidental.

O077) LESIÓN POLIPOIDE INTRALUMINAL EN MITROFANOFF: CAUSA “CURIOSA” QUE DIFICULTA LA CATETERIZACIÓN

Paez-cortes, J.(1); Jimenez, C.(2); Jackson, E.(1); Chaudhri, E.(1); Lopez, P.(1); Moldes, J.(1);
(1): University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital, Cleveland, USA (2): Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia

Introducción: Los conductos cateterizables son una opción para pacientes con vejiga neurogénica que requieren cateterismos. Las lesiones polipoides son una complicación infrecuente que se manifiesta con sangrado, dificultad para la cateterización u obstrucción. Presentamos un caso de lesión polipoide intraluminal de gran tamaño en un conducto Mitrofanoff tratada mediante revisión y reubicación del conducto.

Material y Método: Niña de 13 años con parálisis cerebral espástica y vejiga neurogénica sometida a creación de un conducto cateterizable tipo Mitrofanoff en 2024. Durante el seguimiento presentó dificultad persistente para el cateterismo, por lo que se realizó evaluación cistoscópica y exploración quirúrgica.

Resultados: Trece meses después de la cirugía, los cuidadores reportaron resistencia durante la cateterización. Un intento de dilatación con catéter temporal fracasó, con recurrencia tras su retiro. Cistoscopia mostró un conducto permeable con pequeña lesión mucosa no obstructiva; la biopsia reportó músculo liso con inflamación aguda y crónica, atribuida a traumatismo por cateterización. Tres meses después y ante la persistencia de los síntomas, se realizó exploración quirúrgica. Se identificó una masa intraluminal de evidentemente más grande de 1 × 3 cm con tres pedículos adheridos a la porción media del conducto. Biopsia rápida descartó malignidad. Se resecó la lesión junto con su origen apendicular, preservando cierta longitud del apéndice y reubicando el conducto a nivel umbilical. La patología definitiva mostró tejido de granulación polipoide con inflamación linfoplasmocitaria aguda y crónica, células gigantes tipo cuerpo extraño, focos epiteliales y mucina extracelular. En seguimiento de 6 meses, La paciente sigue cateterismos sin dificultad

Discusión: Las lesiones polipoides deben considerarse en pacientes con dificultad para la cateterización de un conducto tipo Mitrofanoff. Cuando la evaluación endoscópica no es concluyente, la exploración quirúrgica puede ser necesaria. En casos seleccionados, la resección con preservación y reubicación del conducto permite mantener su funcionalidad y evitar reconstrucciones más extensas.

V13) AMPLIACIÓN VESICAL ASISTIDA POR ROBOT

Celis, S.(1); Figueroa, S.(1); Sepúlveda, X.(1);
(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción: Se describe una ampliación vesical con parche de íleon con técnica laparoscópica asistida por Robot

Material y Método: Revisión retrospectiva de un caso de una paciente en que se realiza esta técnica quirúrgica y su seguimiento

Resultados:

Paciente de 11 años, con diagnóstico de Lipomielocistocele diagnosticado al nacer, con cirugía a los 18 meses de vida. Durante su infancia por ruralidad sin controles urológicos, con pañales, hasta los 8 años que debuta con cuadro de sepsis de foco urinario.

En estudios destaca importante hidrouretronefrosis secundaria a vejiga neurogénica de alto riesgo, iniciándose CLI, anticolinérgicos y profilaxis antibiótica.

Se decide realizar enterocistoplastia con íleon asistida por robot.

Se realiza con plataforma DaVinci X, con 4 brazos robóticos más un puerto ayudante de 12 mm. Se identifica el segmento a resecar, a 15 cm de válvula ileocecal, de 25 cm de longitud. Anastomosis intestinal laterolateral iso peristáltica con sutura mecánica, confección de parche intestinal con apertura en borde anti mesentérico y sutura en forma de "U" y anastomosis a vejiga con apertura amplia de esta. Se deja con cistofix y sonda Foley. Tiempo quirúrgico de 6 horas. Paciente se realimenta a las 24 horas y alta a los 6 días. Evoluciona con mejoría importante de la dilatación de tracto urinario con volúmenes vesicales de hasta 600 cc. No ha presentado infecciones ni litiasis en los 18 meses de seguimiento.

Conclusiones:

La cirugía de ampliación vesical con laparoscópica asistida por Robot es una técnica segura y realizable en pacientes seleccionados , totalmente intracorpórea con ventajas en recuperación y adecuada seguridad

O094) EXTROFIA VESICAL EN LA EDAD ADULTA: CUANTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD A LARGO PLAZO MEDIANTE DATOS DE LA VIDA REAL

Tabei, S.(1); Mershon, J.(1); Chaudhri, E.(2); Paez-cortes, J.(2); Moldes, J.(2); Lopez, P.(2);
(1): University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, USA (2): University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital, Cleveland, USA

Introducción: La extrofia vesical (EV) es una anomalía congénita poco frecuente que requiere reconstrucción compleja y produce secuelas persistentes hasta la edad adulta. Aunque los resultados pediátricos están bien descritos, la evidencia en adultos sigue siendo limitada. Nuestro objetivo es caracterizar los resultados de salud en adultos con EV frente a controles emparejados.

Material y Método: Realizamos un estudio retrospectivo de cohortes con emparejamiento por puntaje de propensión utilizando TriNetX (2006–2025). Identificamos adultos (≥18 años) con EV aislada mediante códigos diagnósticos y de procedimiento, emparejados 1:1 con controles sin EV por edad, sexo y raza (2177 pacientes por grupo). Evaluamos infección

urinaria, urolitiasis, enfermedad renal crónica, lesión renal aguda, trasplante renal, hernia, neoplasia urológica o colónica, ansiedad/depresión y creatinina sérica.

Resultados: Tras el emparejamiento, las cohortes fueron comparables. La edad media al primer registro fue 32 años, con seguimiento promedio de 3,5 años. Los pacientes con EV presentaron mayor riesgo de infección urinaria (28,7% vs. 5,0%; RR 5,6), urolitiasis (18,3% vs. 2,0%; RR 9,0), enfermedad renal crónica (13,7% vs. 4,2%; RR 3,2), lesión renal aguda (6,3% vs. 2,5%; RR 2,4), trasplante renal (2,3% vs. 0,5%; RR 4,6), hernia (2,8% vs. 0,45%; RR 6,1), fístula vesical/uretral (3,1% vs. 0%) y neoplasia urológica/colónica (3,4% vs. 0,6%; RR 4,9) (todas p<0,0001). La creatinina sérica fue mayor (p=0,038), mientras ansiedad/depresión fue menos frecuente (14,1% vs. 22,5%; p<0,001).

Discusión y Conclusión: Nuestros hallazgos confirman una elevada carga de morbilidad urológica y renal a largo plazo en pacientes con EV. A medida que mejora la supervivencia, resulta esencial que los medicos con atención en adultos reconozcan, vigilen y manejen proactivamente las secuelas específicas asociadas con esta enfermedad. Estos resultados respaldan el seguimiento multidisciplinario, la vigilancia renal periódica, la prevención de complicaciones urinarias y estrategias dirigidas para optimizar resultados clínicos futuros.

O020) RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA APENDICOVESICOSTOMÍA DE MITROFANOFF ABIERTA, LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA EN NIÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Chaudhri, E.(1); Paez-cortes, J.(1); Ziadeh, H.(2); Moldes, J.(1); Lopez, P.(1);
(1): University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital, Cleveland, USA (2): University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, USA

Introducción: La apendicovesicostomía de Mitrofanoff (APV) constituye un pilar de la reconstrucción vesical pediátrica. Con la creciente adopción de la cirugía mínimamente invasiva, persiste la incertidumbre sobre si los abordajes laparoscópico o robótico ofrecen ventajas perioperatorias o funcionales frente a la cirugía abierta. Realizamos una revisión sistemática para comparar los resultados perioperatorios, funcionales y clínicos de la APV abierta, laparoscópica y robótica en niños.

Material y método: Revisión sistemática de series pediátricas que reportaban resultados de APV estratificados por abordaje quirúrgico. Se incluyeron pacientes sometidos a APV con procedimientos concomitantes menores, y se excluyeron aquellos con canal de Monti o aumento vesical concomitante. Se evaluaron tiempo operatorio, pérdida sanguínea estimada (EBL), estancia hospitalaria (LOS), complicaciones tempranas (<30 días), reintervenciones y complicaciones del estoma. Debido a la heterogeneidad de los datos, se realizó análisis descriptivo. Las complicaciones se compararon mediante chi-cuadrado y análisis post hoc con corrección de Bonferroni.

Resultados: Se identificaron 12 estudios con 112 APV abiertas, 72 laparoscópicas y 142 robóticas (N=326). La edad quirúrgica osciló entre 8 y 12 años y la vejiga neurogénica fue la indicación predominante (50,6%). La APV robótica presentó mayor tiempo operatorio (mediana: 346 min), pero menor EBL (5 cc) y LOS similar a la laparoscópica (4 vs. 4,6 días). Las tasas de reintervención fueron 17,9%, 26,7% y 18,8% mientras que la continencia del estoma alcanzó 97,3%, 84,2% y 95,8% para cirugía abierta, laparoscópica y robótica, respectivamente. No hubo diferencias en complicaciones tempranas (p=0,199). Las complicaciones tardías fueron mayores en la cohorte laparoscópica frente a la robótica (p=0,015).

Discusión y Conclusión: Los tres abordajes ofrecen resultados funcionales comparables. La cirugía robótica requiere mayor tiempo operatorio, pero presenta menor EBL y menor proporción de complicaciones tardías mayores, hallazgo que requiere confirmación en estudios prospectivos multicéntricos.

CP-D3.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA PLÁSTICA D3.2

O078) ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS ENTRE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA TRATADOS MEDIANTE FARINGOPLASTIA DE COLGAJO FARÍNGEO POSTERIOR DE PEDÍCULO SUPERIOR O MEDIANTE TÉCNICA DE ESFÍNTER: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO

Ortega, L.(1); Bejarano, M.(1); Riba, M.(2); Manzanares, A.(1); Ripoll, R.(1); Parri, F.(1); (1): Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), Barcelona, España (2): Hospital Parc Taulí, Barcelona, España

La insuficiencia velofaríngea (IVF) provoca alteraciones del habla con un importante impacto funcional y psicosocial. El abordaje es multidisciplinar, reservando la cirugía para casos seleccionados cuando el tratamiento logopédico falla. Según los hallazgos de la nasofibroscopia y/o la resonancia magnética dinámica, se indica la faringoplastia de colgajo faríngeo posterior de pedículo superior (Hogan) o la faringoplastia esfinteriana (Hynes).

El objetivo fue comparar los resultados logopédicos y las complicaciones postoperatorias de ambas técnicas.

Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico de dos cohortes de pacientes con IVF intervenidos mediante faringoplastia (Hogan o Hynes) entre 2019 y 2022. Se analizaron variables demográficas, parámetros del habla y complicaciones postoperatorias. El análisis estadístico incluyó pruebas de Chi-cuadrado, Fisher, U de Mann-Whitney, t de Student y McNemar, considerando significativos los valores de $p<0,05$.

Se incluyeron 47 pacientes con un seguimiento medio de 25 meses; 20 fueron intervenidos mediante la técnica de Hogan y 27 mediante la de Hynes. Ambos grupos presentaron características basales comparables. Se observó una mejoría significativa de la hipernasalidad en el 94,1% de los pacientes, de la inteligibilidad en el 97,3% y de la emisión nasal en el 100% ($p<0,001$ en todos los casos). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas. Se registraron tres complicaciones postoperatorias, todas ellas recidivas (una en el grupo Hogan y dos en el grupo Hynes, sin diferencias significativas).

Los resultados refuerzan que la cirugía de la IVF mejora significativamente los parámetros del habla, independientemente de la técnica empleada. Asimismo, ambas técnicas mostraron una baja tasa de complicaciones y un perfil de seguridad favorable. Estos hallazgos coinciden con la literatura publicada.

Las técnicas de Hogan y Hynes proporcionan resultados funcionales satisfactorios en el tratamiento de la IVF, con mejorías significativas en hipernasalidad, inteligibilidad y emisión nasal, y una baja tasa de complicaciones, sin diferencias significativas entre ambas.

O079) PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA CON RECONSTRUCCIÓN 3D A TRAVÉS DE SEGMENTACIÓN DE IMÁGENES EN 3D SLICER.

Paulos Parot, M.(1); Lagos J., C.(1); Broussain, V.(1); Muñoz P., M.(1); Montecino, T.(2); Ellsworth, K.(3);
(1): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Estadía de Perfeccionamiento en Cirugía Plástica y Reconstructiva Pediátrica, Santiago, Chile (3): Residente de Cirugía Plástica Finis Terrae, Santiago, Chile

Introducción: La ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética permiten caracterizar lesiones y estructuras anatómicas; sin embargo, su interpretación se basa en imágenes bidimensionales. La reconstrucción tridimensional (3D) ofrece una representación volumétrica de la lesión y de las estructuras adyacentes, proporcionando información adicional para la planificación quirúrgica. El objetivo de este estudio fue evaluar el aporte de la reconstrucción 3D en la planificación preoperatoria de lesiones tumorales y defectos congénitos en pacientes pediátricos.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo mediante revisión de registros clínicos de pacientes atendidos entre enero y junio de 2026 en los que se utilizó reconstrucción 3D a partir de imágenes DICOM obtenidas por tomografía

computarizada o resonancia magnética. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico, características de la lesión, tratamiento planificado y el impacto de la reconstrucción 3D sobre la toma de decisiones preoperatorias.

Resultados: Se ha realizado segmentación en 3D en 11 pacientes en el periodo: 4 malformaciones venosas, 2 malformaciones arteriovenosas, un quiste dermoide nasofrontoetmoidal, un linfangioma y un hemangioma congénito, defecto de cobertura de extremidad inferior y una fisura del maxilar. En 6 pacientes permitió generar un cambio de conducta o mejor planificación quirúrgico que incluyen pedir insumnos especiales, estimar el volumen del insumo a solicitar, incluir otros especialistas en la reconstrucción y diseñar el colgajo para cobertura cutánea.

Conclusión: La reconstrucción volumétrica preoperatoria de tumores o defectos congénitos permitió entender mejor la anatomía de la lesión y las estructuras adyacentes. Con esta información es más fácil la comunicación con otros especialistas, y en ocasionales mejora la planificación y genera un cambio en la conducta dado una mejor visión de la zona quirúrgica.

O080) VERSATILIDAD DEL PEDÍCULO SUPEROMEDIAL EN REDUCCIÓN MAMARIA Y MASTOPEXIA

Maydana, M.(1); Pullin, Y.(1); Fernanda, A.(1); Samuel, R.(1); Pilar, I.(2); Alejandra, G.(2); (1): Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (2): Hospital Dr. Hernán Enrique Aravena, Temuco, Chile

Introducción

La ampliación en la atención de la edad pediátrica trae aparejada consigo la necesidad inminente de brindar solución quirúrgica a pacientes con patología mamaria adolescente. La técnica de pedículo superomedial en cirugía mamaria de reducción y levantamiento es ampliamente utilizada por su versatilidad y buen resultado estético. Implica la irrigación del complejo areola-pezón por las ramas perforantes mediales de la arteria mamaria interna. Su adaptabilidad y la mejor proyección que brinda al rearmado de la mama, en comparación a otras técnicas, la hacen una opción especialmente útil. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia utilizando dicha técnica para la resolución de pacientes con patología mamaria adolescente.

Material y Método

Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de hipertrofia y/o ptosis y/o asimetría mamaria operadas desde julio 2024 hasta junio 2026. Se incluyeron pacientes con hipertrofia, ptosis y asimetría mamaria. Revisión de ficha clínica, protocolo operatorio y registro fotográfico describiendo técnica quirúrgica empleada, registro de complicaciones y evolución post-operatoria.

Resultados

Durante el periodo registrado, se incluyeron 6 pacientes con una media de edad de 16.6 años. A todas se les realizó la técnica de pedículo superomedial para el ascenso del complejo areola-pezón en forma uni o bilateral. No se registraron incidentes intraoperatorios ni complicaciones. Todas las pacientes operadas manifestaron satisfacción con el resultado clínico.

Discusión

La versatilidad de la técnica permite ultilizarla en variadas alteraciones mamarias en pacientes adolescentes con un resultado predecible. Como ventajas adicionales es una técnica segura, reproducible y con una curva de aprendizaje mediana, que ofrece beneficios físicos y emocionales a la población pediátrica adolescente evitando postergar su tratamiento definitivo a la edad adulta.

O081) COLGAJO DE MUCOSA DEL CORNETE INFERIOR PARA RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DEL PISO NASAL EN UNA MALFORMACIÓN CRANEOFACIAL DE LA LÍNEA MEDIA: REPORTE DE UN CASO.

Rico Franco, S.(1); Maydana, A.(1); Andueza, F.(1); Pullin, Y.(1);
(1): Hospital Exequiel Gonzales Cortes, San Miguel, Chile

Introduccion:

Las malformaciones craneofaciales de la línea media representan un espectro poco frecuente de anomalías congénitas, cuyo manejo reconstructivo resulta especialmente complejo cuando se asocian a aplasia septal y ausencia de premaxila.

Material y Metodo

El siguiente es un reporte de caso. Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo de caso clinico

Resultados

Presentamos el caso de un lactante de un mes de vida con una fisura orofacial compleja asociada a múltiples anomalías craneofaciales y del sistema nervioso central, incluyendo microcefalia, micrognatia, anoftalmia izquierda, microftalmia derecha, ausencia de septum nasal y premaxila, fisura labial derecha unilateral completa y fisura palatina completa. La resonancia magnética evidenció disgenesia del cuerpo calloso, ventriculomegalia supratentorial dismórfica, disgenesia talámica e inversión hipocampal bilateral, compatibles con un trastorno del desarrollo de la línea media.

A los 12 meses de edad se realizó rinoqueiloplastia primaria mediante la técnica de Millard-Mohler. Debido a la presencia de gran gap alveolar y deficit de premaxila se utilizó un colgajo de transposición de mucosa del cornete inferior para la reconstrucción del piso nasal y cobertura de brecha alveolar. Posteriormente, a los 22 meses, se efectuó el cierre del paladar mediante técnica de Bardach modificada, procedimiento sin complicaciones.

Conclusion

La reconstrucción del piso nasal en estos pacientes representa un desafío cuando las técnicas convencionales no son aplicables por ausencia de estructuras de la línea media. En este contexto, el colgajo de mucosa del cornete inferior constituye una alternativa anatómicamente confiable y bien vascularizada que permitió una reconstrucción primaria estable, preservando opciones para futuras cirugías. Este caso destaca la importancia de un adecuado diagnóstico embriológico y de una planificación reconstructiva individualizada, y amplía las indicaciones del colgajo de cornete inferior en el tratamiento de malformaciones craneofaciales complejas.

O082) PATIENT-REPORTED OUTCOMES IN A CLEFT POPULATION: A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS USING CLEFT-Q©

Quadros, J.(1); Cerqueira, M.(1); Rodrigues, C.(2); Tapada, M.(3); Santos, L.(1); Conceição, V.(1);
(1): Hospital Pediátrico de Coimbra, Coimbra, Portugal (2): Unidade Local de Saúde da Região de Aveiro, Aveiro, Portugal (3): Unidade Local de Saúde da Região de Leiria, Leiria, Portugal

Introduction: CLEFT-Q© is a validated patient-reported outcome measure (PROM) designed to assess appearance, facial function, and health-related quality of life in individuals with cleft lip and/or palate, providing valuable insight into treatment outcomes from the patient's perspective. This study aims to characterize patient-reported outcomes (PRO) in a pediatric cleft population using the Portuguese version of CLEFT-Q© and to identify areas for improvement in cleft care.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted in patients with cleft lip (CL), cleft palate (CP), or cleft lip and palate (CLP). Participants completed the Portuguese CLEFT-Q©. Outcomes were analyzed according to cleft type, sex, age, and history of reinterventions.

Results: Fifty-three patients were included (median age: 13 years; 55% male), comprising 9 CL, 29 CP, and 15 CLP cases. Overall, patients reported high levels of satisfaction in health-related quality of life (psychological, social, and school functioning) and functional domains (speech, eating, and drinking). In contrast, appearance-related domains showed lower scores, particularly regarding nostrils and lip scar. Patients with CLP consistently reported lower satisfaction with facial appearance, especially in the jaw, nose, and nostril domains.

Older patients demonstrated significantly lower satisfaction with facial appearance (face, p=0.02; lips, p=0.04. No significant differences were observed between sexes.

Discussion: While contemporary cleft management achieves excellent functional outcomes and preserves quality of life, aesthetic concerns remain a significant source of dissatisfaction, particularly among adolescents and patients with CLP. Patient-reported outcomes highlight the persistent impact of residual facial stigmata and underscore the importance of striving for optimal aesthetic results throughout the reconstructive pathway.

Conclusion: Systematic use of CLEFT-Q© may help identify patients who could benefit from secondary aesthetic refinements and individualized psychosocial support, ultimately contributing to improved patient satisfaction and long-term quality of life.

O083) CÁLCULO DE VOLÚMENES FACIALES EN EL ESPECTO ÓCULO AURICULO VERTEBRAL

Paulos, M.(1); Montecinos, T.(1); Muñoz P, M.(1); Lagos J, C.(1); Broussain, V.(1);
(1): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción: Los pacientes con el espectro óculo-auriculo-vertebral son la segunda malformación craneofacial más frecuente. El objetivo de este trabajo es estimar la diferencia de volumen de los 2/3 inferiores de la cara en pacientes con este espectro malformativo y compararlo la hemicara contralateral.

Metodología: Estudio descriptivo serie de casos. Se incluyeron los pacientes escaneados durante primer semestre 2026, se excluyen pacientes con otras condiciones craneofaciales. Con un scaner en 3D con el programa Polycamâ de un celular, se obtienen mallas que se procesas en Meshmixerâ y separan en regiones I, II y III. Región I: mentón–ángulo mandibular–comisura oral; Región II: ángulo mandibular–lóbulo auricular–base lateral del ala nasal–comisura oral; Región III: lóbulo auricular–base lateral del ala nasal–canto interno–raíz del hélix. Se obtienen superficies y áreas de las regiones y se comparan entre ambas hemicaras.

Resultados: se incluyen 1 paciente con microtia, 3 pacientes con microsomia hemifacial y 1 paciente con goldenhard. Las diferencias del área entre ambas hemicaras en la región I es de 11 cm3 (20% menos), en la región II es de 16 cm3 (28% menos), región III es de -42 cm3 (18% más). Las diferencias de superficie del región I entre ambas hemicaras en de 1 cm2 (1.8% menos) y región II es de 9 cm2 (11% menos) y en la región III son semejantes.

Conclusión: Presentamos un metología de obtención de mallas de superficie y medición de volúmenes faciales sin costos. Las áreas de la hemicara comprometida mostraron mayores variaciones que las superficies. La región II presenta mayor diferencias de volumen y superficie entre las hemicaras. La diferencia de volumen en las hemicaras fue de 11 y 16 cm3,

en regiones I y II, respectivamente. En la región III la hemicara comprometida presenta mayor volumen que la hemicara sana.

O084) MASTOPEXIA BILATERAL EN ADOLESCENTE CON PTOSIS MAMARIA SEVERA: REPORTE DE CASO

Alfaro Aguirre, M.(1); Maldonado Gutierrez, L.(1); Tapia Reyes, N.(1);
(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción: La ptosis mamaria es el desplazamiento del complejo areola-pezón (CAP) bajo el surco submamario. Se clasifica según Regnault en grados I-II, III y pseudoptosis. En la juventud se liga al desarrollo genético, tamaño del busto y cambios ponderales. Esta condición impacta negativamente la calidad de vida, afectando la autoestima y síntomas físicos, asociándose a mayores tasas de vergüenza, atención no deseada, depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria (TCA) . Las aprensiones quirúrgicas en adolescentes incluyen alteración de la sensibilidad, compromiso de la lactancia, cambios post-gestacionales y recrecimiento mamario que requiera revisión

Objetivo: Presentar el manejo quirúrgico de una paciente adolescente con ptosis mamaria bilateral mediante mastopexia bilateral.

Materiales-Método: Estudio retrospectivo de caso clínico.

Resultados: Paciente de 15 años con diagnóstico de depresión y ptosis mamaria grado III de Regnault. Al examen físico presentó una distancia escotadura esternal-CAP (EE-CAP) de 31 cm derecho y 30 cm izquierdo. Se realizó mastopexia bilateral utilizando pedículo inferior y patrón de Wise. Cursó un postoperatorio favorable, requiriendo un día de hospitalización para manejo analgésico. Presentó un seroma menor (6cc) con drenaje espontáneo en la primera curación. El control a los 2 meses evidenció ascenso y simetrización de ambas mamas, logrando una distancia EE-CAP bilateral de 18.5 cm.

Discusión: La cirugía reconstructiva en adolescentes no demuestra mayor tasa de complicaciones que en adultas. La incidencia de crecimiento postquirúrgico en pacientes normopeso con más de 3 años post-menarquia es del 6%. Respecto a la lactancia, revisiones sistemáticas no hallaron diferencias significativas en la capacidad de amamantar tras una mastopexia frente a la población general. Además, se evidencia una disminución postoperatoria de depresión, ansiedad y TCA.

Conclusión:Dados los beneficios en mujeres jóvenes y la baja gravedad de las complicaciones, la edad por sí sola no debería impedir la reconstrucción mamaria en la adolescencia.

O085) MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON SECUENCIA DE PIERRE ROBIN EN UN CENTRO DE FISURAS: PROPUESTA DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO (ETAPA TEMPRANA).

Florin, C.(1); Garcia, J.(1);
(1): Fundación Gantz, Santiago, Chile

Introducción

Durante los primeros meses de vida, el manejo de la Secuencia de Pierre Robin (SPR) prioriza la obstrucción de la vía aérea y las dificultades alimentarias. Los algoritmos actuales requieren hospitalización prolongada. Dado que en nuestro centro el 90% del cuidado de fisuras es ambulatorio, es imperativo establecer un protocolo seguro bajo este régimen.

Nuestro objetivo es desarrollar un protocolo de manejo ambulatorio para la SPR que optimice el diagnóstico oportuno, identifique síntomas graves y clasifique grupos pronósticos para guiar decisiones terapéuticas seguras. Asimismo, identificar factores predictores de severidad mediante nuestra casuística.

Material y Método

Estudio transversal y retrospectivo (2010-2024) que analizó fichas de pacientes con "micrognatia". Se evaluaron tres variables: Severidad de la micrognatia, Dificultad alimentaria y Obstrucción de vía aérea, categorizadas en 4 grados clínicos. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial (significancia).

Resultados

Se incluyeron 43 pacientes (23.6% con síndromes asociados). El 49% mostró ganancia ponderal deficiente, aunque las Dificultad alimentarias solo se describieron en el 27%. El 30% presentó signos de Obstrucción de vía aérea y el 11.6% requirió distracción mandibular o traqueostomía. La Severidad de la micrognatia fue concordante con la gravedad de las Dificultad alimentaria y Obstrucción de vía aérea. La Dificultad alimentaria estuvo presente en todos los grupos con Obstrucción de vía aérea.

Discusión

Contrario a la literatura, la severidad de la micrognatia demostró ser un factor predictor para el desarrollo de Dificultad alimentaria y Obstrucción de vía aérea. Además, un subgrupo de pacientes puede desarrollar Difultad alimentaria severas en ausencia de Obstrucción de vía

aérea. El protocolo propuesto unifica criterios clínicos basados en la evidencia local, garantizando la seguridad del paciente con SPR en etapa temprana bajo un régimen estrictamente ambulatorio.

O086) QUEILOPLASTIA COMISURAL EN MACROSTOMIA UNILATERAL: REPORTE DE CASO

Helguero Santin, L.(1); Lozada Castillo, J.(1); De Lama Li, M.(1);
(1): Hospital de Apoyo Sullana, Piura, Perú

Introducción

La macrostomia congénita, hendidura de Tessier tipo 7, resulta del fallo de fusión del proceso maxilar y mandibular durante la embriogénesis, con una incidencia de 1 en 60 000 a 1 en 300 000 nacidos vivos. Predomina en el lado derecho y en el sexo masculino. El compromiso sobre la alimentación oral y el lenguaje justifican su corrección quirúrgica en el primer año de vida.

Material y Método

Reporte retrospectivo de un paciente pediátrico con macrostomia unilateral derecha intervenido mediante queiloplastia, con énfasis en la técnica quirúrgica y evolución postoperatoria.

Resultados

Lactante varón de 1 año, producto de parto eutócico a las 36 semanas, que acude a consulta por hendidura facial lateral derecha con apéndices preauriculares. Se evidenció macrostomia unilateral con ambos músculos orbiculares interrumpidos. Bajo anestesia general balanceada se efectuó marcaje de la nueva comisura mediante diseño en Z-plastia, incisión de mucosa oral con creación de colgajos mucosos para revestimiento interno, identificación y liberación de los haces del músculo orbicular con afrontamiento, y cierre por planos de mucosa interna y externa y piel comisural subdérmica. El postoperatorio cursó con edema y secreción serohemática; ecografía evidenció colección subcutánea de 0.7 cc que resolvió espontáneamente. Recibió antibióticos como ceftriaxona y clindamicina, con alta al séptimo día y cicatrización adecuada.

Discusión

La comisuroplastia por planos ha demostrado resultados funcionales y estéticos satisfactorios. La reconstrucción del músculo orbicular es el paso técnico determinante de la competencia labial y la simetría de la sonrisa. La evolución favorable es concordante con la literatura, que respalda el abordaje temprano como estándar del manejo.

O087) MANEJO Y COBERTURA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DE FASCEITIS NECROTIZANTE: ANÁLISIS DE UN CASO

Gallardo Vidal, C.(1); Claure, P.(1); Urbina, G.(1); San Martin, C.(1); Rojas, D.(1);
(1): Hospital Dra. Eloisa Díaz Inzunza de La Florida, Santiago, Chile

Introducción: La fasceitis necrotizante (FN) es una infección bacteriana de tejidos blandos grave y rápidamente progresiva, que se asocia a alta morbilidad y mortalidad. Es rara en adultos y aún más infrecuente en niños. Puede estar causada por muchas bacterias siendo la más frecuente el estreptococo tipo A. Su diagnóstico inicial puede ser desafiante al ser difícil de distinguir de otras infecciones de tejidos blandos. Presentamos este caso por su presentación poco frecuente y desafíos en el manejo.

Material y método: revisión retrospectiva de ficha clínica, en sistema electrónico hospitalario.

Resultado: Paciente de 11 años de edad con antecedentes de síndrome de Cornelia de Lange y SHU en 2017. Consulta por aumento de volumen de región axilar y torácica izquierda con exantema macular generalizado. Los exámenes mostraron alteración de parámetros inflamatorios; se toma TAC que informa extenso compromiso del celular subcutáneo, sin colecciones. Evoluciona con shock tóxico con disfunción orgánica, se realiza aseo en pabellón que muestra lesión flegmonosa con salida de contenido turbio y se instala VAC. Se confirma S. Pyogenes y en aseos quirúrgicos posteriores se evidencia necrosis de tejido subcutáneo y muscular de pared torácica. Progresa con requerimiento de drogas vasoactivas y altos débitos en VAC. Aseos quirúrgicos requieren resección amplia de tejido subcutáneo, serrato anterior y dorsal ancho. Se mantuvo con VAC. Una vez tratada la infección se planifica cobertura, realizando colgajos de avance y aplicación de matriz dérmica para cubrir defecto tipo escalón. Se cubrió con injertos dermo-epidérmicos laminares y mallados. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta.

Discusión: Aunque es poco frecuente en niños, la FN se debe sospechar precozmente, especialmente en pacientes con evolución rápida de lesiones cutáneas. El tratamiento antibiótico precoz y el debridamiento quirúrgico son fundamentales para el manejo y deben acompañarse de cuidado intensivo óptimo y cobertura cutánea precoz.

O088) EVALUACIÓN POLISOMNOGRÁFICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FISURA PALATINA SOMETIDOS A FARINGOPLASTIA: RIESGO DE SAHOS Y FACTORES ANATÓMICOS ASOCIADOS.

Paulos, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Muñoz, M.(1); Ellsworth, K.(1);
(1): Hospital de Niños Roberto del Río, Independencia, Chile

Introducción y Objetivo: Evaluar los resultados de la polisomnografía (PSG) pre y postoperatoria en niños con fisurados con palatina operada y con indicación de

faringoplastia por insuficiencia velofaríngea), analizando el riesgo de desarrollar Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS).

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron pacientes operados de fisura palatina y que tienen indicación de faringoplastia (2006-2020) y registros de PSG. Se excluyeron aquellos sin PSG institucional o con insuficiencia velofaríngea de etiología distinta a la fisura palatina. Se evaluó la prevalencia de SAHOS, definido mediante un Índice de Apnea-Hipopnea (IAH) > 2.

Resultados: Se analizaron 76 pacientes (87 estudios de PSG). La mediana del IAH basal fue de 5.2, observándose un aumento proporcional a la gravedad anatómica de la fisura. Tras la faringoplastia, el 66% de los pacientes empeoró su IAH. En la cohorte con registros pareados (pre y postoperatorios, n=12), el IAH se incrementó significativamente de 5.2 a 8.5. Adicionalmente, los pacientes sindromáticos presentaron una mediana de IAH superior (6.9) en comparación con los no sindromáticos (4.45).

Conclusiones: La faringoplastia agrava significativamente la severidad del SAHOS y empeora el IAH en la mayoría de los pacientes. La presencia de síndromes y fisuras complejas eleva el riesgo respiratorio basal, lo que subraya la necesidad crítica de implementar una monitorización polisomnográfica sistemática antes y después de la intervención.

O089) INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA SECUNDARIA A FISURA PALATINA: FRECUENCIA, MANEJO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS EN UNA COHORTE DE 20 AÑOS DE UN CENTRO GES CHILENO

Gómez, A.(1); Jerez, L.(2); Silva, M.(3); Alarcón, M.(4); Iturriaga, P.(1); Scheuermann, T.(5); Villagrán, C.(6);
(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): Enfermera Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A,, Temuco, Chile (3): Fonoaudiólogo Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco, Chile (4): Médico Salubrista. SalvereSalud, Temuco, Chile (5): Interna 6° Medicina. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (6): Cirujana Dentista Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco, Chile

Introducción: La insuficiencia velofaríngea (IVF) es una secuela anatomo-funcional de la fisura palatina que altera el habla, impactando la autoestima y calidad de vida. Este estudio determina la frecuencia de IVF, describe el manejo quirúrgico y evalúa los resultados funcionales en un centro público GES.

Material y método: Estudio observacional y retrospectivo en 696 pacientes tratados durante 20 años. Se evaluó la incidencia tardía de IVF, el requerimiento de cirugía y la técnica quirúrgica (faringoplastia o lipoinyección). La eficacia terapéutica se midió comparando puntajes objetivos de severidad pre y postoperatorios.

Resultados: Un 17,2% (n=120) de los 696 pacientes desarrolló IVF. De este grupo, el 30,8% (n=37) requirió intervención quirúrgica para el habla: faringoplastia en 67,6% (n=25), lipoinyección en 24,3% (n=9) y técnicas combinadas/otras en 8,1%. Se logró una reducción clínicamente significativa en la severidad de la disfunción: el puntaje promedio global de IVF disminuyó de 5,59 a 2,65. Específicamente, los casos con faringoplastia mejoraron su puntaje de 6,27 a 3,0, y aquellos con lipoinyección de 4,20 a 2,0.

Discusión: La frecuencia de IVF (17,2%) concuerda con reportes internacionales de alta complejidad. El manejo escalonado demostró gran eficacia: la faringoplastia resolvió defectos severos y la lipoinyección corrigió disfunciones moderadas. Esto evidencia el alto impacto científico y social del programa GES, garantizando intervenciones especializadas y oportunas que evitan la estigmatización.

Conclusión: La IVF constituye una morbilidad anatomo-funcional relevante en la cohorte estudiada. El abordaje quirúrgico escalonado demuestra ser una estrategia terapéutica eficaz, logrando una mejoría funcional objetivable. Resolver esta secuela bajo el programa GES otorga un valor sociosanitario sustancial, asegurando la equidad en la rehabilitación fonológica y previniendo la exclusión social de los pacientes.

O090) EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN FISURA PALATINA EN CENTRO GES: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

Gómez, A.(1); Jerez, L.(2); Silva, M.(3); Villagrán, C.(4); Iturriaga, P.(1); Alarcón, M.(5); Scheuermann, T.(6);
(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): Enfermera Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A,, Temuco, Chile (3): Fonoaudiólogo Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco, Chile (4): Cirujana Dentista Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco, Chile (5): Médico Salubrista. SalvereSalud, Temuco, Chile (6): Interna 6° Medicina. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Introducción: El programa GES ha centralizado el manejo de las fisuras en Chile, pero existen escasos reportes locales que evalúen los resultados a largo plazo en centros macro-regionales de derivación.

Objetivo: Describir la epidemiología, distribución etaria, procedencia territorial y complicaciones en pacientes con fisura palatina tras 20 años de experiencia.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 696 pacientes sometidos a palatoplastia. Se evaluaron variables demográficas, edad al ingreso, fenotipo y complicaciones (precoces/tardías), realizando un análisis comparativo por sexo y procedencia.

Resultados: Se analizó la edad en 660 casos válidos: el 45,1% ingresó en sus primeros 30 días de vida y 29,4% entre 1-6 meses. Un 59,3% fueron hombres (relación 1.5:1). Geográficamente, proceden de La Araucanía (55,2%), Los Lagos (29,2%) y Los Ríos (14,8%).

Predominó el fenotipo FLI+FVP (26,2%) y Fisura de Velo (18,6%). Se registró un 17,1% de complicaciones precoces y 30,2% de complicaciones tardías (principalmente fístula palatina e Insuficiencia Velofaríngea [IVF]). Los hombres presentaron mayores tasas de complicaciones precoces (18,9% vs 14,6%) y tardías (31,2% vs 28,8%). Cabe destacar que el 44,2% de los pacientes que desarrolló fístula palatina había ingresado tempranamente en su primer mes de vida.

Conclusión: El centro se consolida como un referente pediátrico con una captación GES temprana y oportuna. Existe un claro predominio masculino, grupo que además concentra una mayor morbilidad quirúrgica. Las tasas de fístula e IVF (principales desafíos a largo plazo) mantienen una casuística estadísticamente comparable a lo reportado en metaanálisis internacionales actuales.

O091) ANÁLISIS DE FÍSTULAS PALATINAS EN UNO DE LOS CENTROS GES DEL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON FISURA LABIO PALATINA, DURANTE LOS 20 AÑOS DE LA GARANTÍA.

Gómez, A.(1); Jerez, L.(2); Silva, M.(3); Villagrán, C.(4); Alarcón, M.(5); Scheuermann, T.(6);
(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): Enfermera Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A,, Temuco, Chile (3): Fonoaudiólogo Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco, Chile (4): Cirujana Dentista Equipo Fisurados, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco, Chile (5): Médico Salubrista. SalvereSalud, Temuco, Chile (6): Interna 6° Medicina. Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

Introducción: El tratamiento de la fisura labiopalatina (FLP) está garantizado en Chile por el GES. Pese a los avances, las fístulas palatinas siguen siendo una complicación postquirúrgica relevante que compromete la anatomía y el habla. Este estudio analiza la incidencia, tipología y distribución sociodemográfica de las fístulas en un centro GES durante 20 años.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de registros clínicos de pacientes GES con FLP. En una muestra final de 696 pacientes con domicilio válido, se evaluaron variables demográficas (región, ciudad), presencia de fístula postquirúrgica y su clasificación anatómica, analizando los datos mediante estadística descriptiva.

Resultados: De 696 pacientes, 150 presentaron fístula palatina, estableciendo una prevalencia del 21,6%. En los casos tipificados (n=142), el Tipo VII predominó ampliamente con 58 casos (40,8%), seguido del Tipo III con 33 (23,2%) y Tipo VI con 22 (15,5%). Geográficamente, La Araucanía concentró la mayor carga absoluta con 88 fístulas, seguida de Los Lagos (35) y Los Ríos (26). No obstante, Los Ríos registró la tasa intrarregional más alta (25,5%).

Discusión: La prevalencia del 21,6% ratifica el desafío continuo de la reparación tisular. El marcado predominio de fístulas Tipo VII (>40%) sugiere una necesidad crítica de reevaluar

protocolos quirúrgicos específicos de esa zona. La alta concentración de morbilidad en el sur refleja el profundo impacto social y el rol resolutivo del centro en la macrozona.

Conclusión: A 20 años del GES, las fístulas afectan a un quinto de los pacientes, destacando el Tipo VII. Optimizar las técnicas quirúrgicas primarias es imperativo para disminuir la morbilidad secundaria y mejorar el impacto biopsicosocial del programa.

CU-D3.2) SESIÓN TRABAJOS LIBRES CIRUGÍA UROLÓGICA D3.2 (ORAL-VIDEO-PÓSTER)

O092) ADENOMA NEFROGÉNICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: RETOS DIAGNÓSTICOS Y DE MANEJO POST ANÁLISIS RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA SERIE MULTICÉNTRICA INTERNACIONAL

Paez-cortes, J.(1); Obery, D.(1); Samnakay, N.(2); Gómez, A.(3); Orjuela, C.(4); Cadena, Y.(4); Ruiz, J.(5); Chaudhri, E.(1); Moldes, J.(1); Lopez, P.(1);
(1): University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital, Cleveland, USA (2): Perth Children's Hospital, Division of Surgery, University of Western Australia, Perth, Australia (3): Hospital 12 de Octubre, Madrid, Spain (4): Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia (5): Institution Hospital de Pediatría J. P. Garrahan, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El adenoma nefrogénico (AN) es una lesión epitelial benigna poco frecuente de la vejiga. En niños suele asociarse a irritación crónica por infección, cirugía, trauma o litiasis. La evidencia pediátrica es limitada y puede simular lesiones malignas. El objetivo fue describir la presentación clínica, el manejo y los desenlaces del AN pediátrico.

Material y Método: Tras aprobación del comité de ética, se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de pacientes menores de 18 años con AN confirmado histopatológicamente. Los casos fueron recopilados por miembros de la European Society for Pediatric Urology (ESPU) y la Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica (SIUP). Se excluyeron pacientes con información incompleta. Se analizaron variables demográficas, clínicas, histológicas, terapéuticas, recurrencia y seguimiento.

Resultados: Se identificaron 16 casos en 11 centros de 7 países. La edad media al diagnóstico fue de 7,6 años, con predominio femenino (56%). El tratamiento incluyó resección transuretral (44%), cistectomía parcial (19%), fulguración transuretral (13%), instilaciones intravesicales de hialuronato de sodio (13%), una cistectomía convertida de laparoscópica a abierta (6%) y vigilancia (6%). El subtipo histológico predominante fue el tubular-papilar mixto (63%), sin transformación maligna. Cinco pacientes (31%) presentaron recurrencia tras 12 meses promedio; fueron tratados con resección, fulguración o mucosectomía vesical abierta asociada a hialuronato intravesical. Ninguna recurrencia mostró características malignas. El seguimiento medio fue de 4,9 años y el 63% permanecía libre de enfermedad.

???Discusión/Conclusión:
El AN pediátrico es una lesión benigna poco frecuente con tendencia a la recurrencia. Esta serie representa una amplia y multicéntrica caracterización clínica y patológica de esta entidad. La resección transuretral continúa siendo el tratamiento de primera línea, con adecuado control en la mayoría de los casos; sin embargo, aproximadamente un tercio presenta recurrencia sin evidencia de malignidad. La colaboración internacional será fundamental para optimizar el manejo y establecer estrategias de seguimiento basadas en evidencia.

O093) PÓLIPOS GENITOURINARIOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: PROPUESTA MANEJO POST ANALISIS DE SERIE INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA

Chaudhri, E.(1); Paez-cortes, J.(1); Nome, C.(2); Perez-bertolez, S.(3); Fadil, J.(4); Arboleda, J.(5); Lasso Betancor, C.(6); Moldes, J.(1); Lopez, P.(1); Reed, F.(7);
(1): University Hospitals Cleveland Medical Center/Rainbow Babies & Children's Hospital, Cleveland, USA (2): Hospital de Salud Intercultural Nueva Imperial, Temuco, Chile (3): Sant Joan de Deu Barcelona Children's Hospital, Barcelona, Spain (4): Sanatorio de Ninos, Rosario, Argentina (5): Hospital Metropolitano, Quito, Ecuador (6): Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, Spain (7): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, San Miguel, Chile

Introducción: Los pólipos genitourinarios (GU) pediátricos son lesiones infrecuentes que pueden aparecer en cualquier segmento del tracto urinario y manifestarse de forma asintomática o con obstrucción o hematuria. La evidencia disponible se limita principalmente a casos aislados y pequeñas series. Nuestro objetivo fue describir la demografía, presentación clínica, localización, tratamiento y resultados de los pólipos GU pediátricos en una cohorte multicéntrica internacional.

Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 18 años con pólipos GU confirmados histológicamente. Los casos fueron aportados por miembros de la Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica (SIUP). Se excluyeron pacientes ≥18 años o con información insuficiente. Se analizaron variables demográficas, clínicas, radiológicas, quirúrgicas, anatómicas, histopatológicas y de seguimiento.

Resultados: Entre 2007 y 2025 se identificaron 27 niños con 28 pólipos GU en 13 centros de 6 países. Diecinueve pacientes (70,3%) eran varones y la edad media al momento de la cirugía fue de 6,9 años. Las localizaciones más frecuentes fueron uretra (40,7%) y vejiga (40,7%). Las principales formas de presentación fueron hematuria/sangrado (37%) y obstrucción o retención urinaria (26%). La ecografía careció de hallazgos específicos en el 26%, mientras que la cistouretrografía miccional evidenció obstrucción en los seis pacientes estudiados. El tratamiento consistió en resección endoscópica/transuretral (n=20), abierta (n=5) o reconstrucción robótica (n=2). La histopatología mostró pólipos fibroepiteliales (48%), pólipos no especificados (30%) y papilomas con características malignas (21%). En 20 pacientes con seguimiento promedio de 2,9 años, se observó solo una recidiva.

Discusión y Conclusión: Esta serie multicéntrica internacional demuestra la heterogeneidad anatómica y clínica de los pólipos GU pediátricos y confirma su comportamiento predominantemente benigno. La resección endoscópica constituye el tratamiento más frecuente, con baja recidiva. Sin embargo, el análisis histopatológico es indispensable debido a la presencia de características malignas en el 21% de las lesiones.

PL28) LEIOMIOSARCOMA VESICAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASO Y DESAFÍO TERAPÉUTICO EN UN TUMOR EXCEPCIONAL

Guzmán, D.(1); Sepúlveda, X.(1); Celis, M.(1); Figueroa, S.(1); Blackburn, S.(1);
(1): Hospital Clinico San Borja Arriaran, Santiago, Chile

Introducción: Los sarcomas de tejidos blandos representan un grupo heterogéneo de neoplasias mesenquimáticas en pediatría. Dentro de los tumores genitourinarios, el leiomiosarcoma (LMS) vesical constituye una entidad extremadamente infrecuente, con escasa evidencia en población pediátrica. Su baja incidencia dificulta establecer protocolos terapéuticos estandarizados, por lo que el manejo suele extrapolarse desde sarcomas no rabdomiosarcoma en adultos. La presentación clínica es inespecífica, retrasando el diagnóstico y tratamiento quirúrgico. El objetivo es presentar un caso pediátrico de leiomiosarcoma supravesical de alto grado, describiendo el abordaje quirúrgico y las consideraciones terapéuticas asociadas a resección con márgenes comprometidos.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de caso clínico de paciente masculino de 13 años, sin antecedentes, evaluado por tres meses de disuria y dolor hipogástrico progresivo, inicialmente tratado como infección urinaria y constipación. La ecografía, tomografía computada y resonancia magnética evidenciaron una masa supravesical de 85 mm adherida a la cúpula vesical. Tras biopsia incisional no concluyente, se realizó resección mediante abordaje combinado laparoscópico y cirugía abierta, efectuando resección en bloque con omentectomía y cistectomía parcial.

Resultados: Biopsia confirmó leiomiosarcoma grado 2 FNCLCC, con necrosis tumoral extensa (60%) y márgenes microscópicamente positivos (R1). El paciente evolucionó favorablemente, con alta al segundo día postoperatorio. Debido a factores de alto riesgo, se indicó tratamiento adyuvante con ifosfamida/doxorrubicina y radioterapia local. Actualmente permanece asintomático en seguimiento multidisciplinario.

Discusión: El LMS vesical pediátrico representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Presenta menor sensibilidad a quimioterapia, siendo la resección completa con márgenes negativos el principal factor asociado a control oncológico. En este caso, la preservación vesical mediante cistectomía parcial evitó una cirugía radical, complementándose con terapia adyuvante por margen positivo y necrosis extensa.

Conclusión: La persistencia de síntomas urinarios sin evidencia de infección debe motivar una evaluación diagnóstica ampliada. La sospecha precoz y el manejo multidisciplinario son

fundamentales para optimizar resultados en tumores pediátricos extremadamente infrecuentes.

PL29) RABDOMIOSARCOMA PARATESTICULAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA: EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE UNA PATOLOGIA INFRECUENTE

Hohf Nova, M.(1); Veas Díaz, M.(1); Colinas Grilli, B.(1); Cisternas López, V.(1); Martinez Hernández, G.(1);
(1): Universidad de Concepcion, Concepcion, Chile

INTRODUCCIÓN

El rabdomiosarcoma (RMS) es un agresivo tumor maligno del mesénquima con diferenciación musculoesquelética. Esta neoplasia representa el sarcoma más común en niños y adolescentes, sin embargo es poco frecuente en la infancia, constituyendo sólo entre el 3-4% de los cánceres pediátricos. Casi el 80 % de los rabdomiosarcomas (RMS) del tracto genitourinario son embrionarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo de caso clínico presentado en clínica privada.

RESULTADOS

Paciente masculino de 13 años de edad, acude a consulta por aumento de volumen escrotal derecho de 1 semana de evolución, evidenciándose al examen físico aumento de volumen escrotal derecho no doloroso, hidrocele con leve tensión e induración en relación a cabeza epididimaria. Manejado inicialmente como epididimitis con ecografía testicular compatible, el paciente evoluciona con aumento progresivo de volumen y consistencia. Marcadores tumorales normales, nueva ecografía testicular informa engrosamiento paratesticular difuso, mayor respecto a examen previo, con aumento del flujo vascular en su interior. Ante sospecha de lesión tumoral, paciente es sometido a cirugía, identificándose engrosamiento generalizado de túnica vaginal de aspecto tumoral, epidídimo invadido por lesión tumoral y testículo de aspecto normal. Se toma biopsia rápida que sugiere sarcoma, realizándose orquidectomía radical derecha. Estudio anatomopatológico confirma parénquima testicular sin lesiones y diagnóstico de rabdomiosarcoma embrionario paratesticular. Resonancia Magnética de abdomen y pelvis para etapificación informa tumor paratesticular derecho operado con cambios postquirúrgicos en región inguinal derecha, sin otros hallazgos patológicos.

Inicia manejo por oncología, completando 5 ciclos de quimioterapia con respuesta favorable evidenciada en PET CT abril 2026. Actualmente en seguimiento por especialidad para eventual prótesis testicular.

DISCUSIÓN

El RMS paratesticular es una presentación infrecuente, teniendo en este caso la oportunidad de seguir la evolución prácticamente desde su inicio. Presenta un pronóstico favorable mediante orquiectomía inguinal radical y quimioterapia, considerándose ésta última obligatoria en todos los estadíos.

PL30) CUANDO UNA TUMORACIÓN RENAL NO ES WILMS: PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN PEDIATRÍA UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

Hernández Valencia, E.(1); González Rodríguez, L.(2); Cuellar López, F.(2);
(1): Hospital de Especialidades Pediatrico León, León, Guanajuato, México (2): Hospital para la Niñez Poblana, Puebla, México

Introducción: La pielonefritis xantogranulomatosa (PXG) hace referencia a una infección renal crónica granulomatosa, destructiva e infrecuente en pediatría. Su presentación pseudotumoral representa un reto diagnóstico, al simular tumoraciones renales. Aunque la literatura reciente favorece la cirugía preservadora en enfermedad focal seleccionada, la nefrectomía total en casos seleccionados.

Objetivo: Describir un caso pediátrico de PXG con presentación inicial como tumoración renal, enfatizando el razonamiento diagnóstico-terapéutico y los límites de la preservación renal.

Material y método: Reporte retrospectivo y descriptivo basado en expediente clínico, imagen, hallazgos quirúrgicos e histopatología. Se realizó revisión narrativa de literatura reciente sobre PXG pediátrica, con énfasis en presentación pseudotumoral, diagnóstico diferencial y manejo quirúrgico.

Resultados: Masculino de 6 años, previamente sano, con evolución de seis meses caracterizada por dolor abdominal progresivo en hemiabdomen izquierdo, astenia, adinamia, anorexia, fiebre no cuantificada y pérdida ponderal de 22%. A la exploración se palpó tumoración sólida, dolorosa, fija a planos profundos, de aproximadamente 11×10 cm en hemiabdomen izquierdo. Los laboratorios mostraron anemia microcítica hipocrómica y leucocitosis con predominio de segmentados. El ultrasonido evidenció riñón izquierdo aumentado, lobulado, heterogéneo y con escasa vascularidad Doppler. La tomografía mostró riñón izquierdo aumentado de tamaño, lobulado, con calcificación en polo inferior y realce periférico. El gammagrama MAG3 documentó exclusión funcional con filtración glomerular de 1 ml/min y captación renal de 4%. Ante sospecha de tumoración renal y ausencia de función renal, se realizó nefrectomía total. El estudio histopatológico confirmó PXG. La evolución posquirúrgica fue favorable.

Discusión y conclusiones: La PXG requiere un alto índice de sospecha clínica ante cuadros de infección urinaria persistente, masa renal o hallazgos imagenológicos atípicos. La integración

de la clínica, los estudios de imagen y la correlación microbiológica es esencial para distinguirla de procesos tumorales. Reconocer esta patología tempranamente no solo mejora el pronóstico, sino que reduce la morbilidad.

O097) PIELOLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR NEFROSCOPIA SEMIRRÍGIDA Y PIELOPLASTIA PARA EL MANEJO SIMULTÁNEO DE LITIASIS RENAL Y ESTENOSIS DE LA UNIÓN URETEROPIÉLICA: REPORTE DE CASO

Pérez Correa, C.(1); Rivera Pereira, B.(1); Landa Juárez, S.(1); Vázquez Pérez, D.(1); Aguilar Torres, F.(1); Luna Balderrama, E.(1); Morales Juvera, E.(1);
(1): Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatría, Ciudad de México, México

Introducción

La pielolitotomía laparoscópica es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva, indicada en casos seleccionados de litiasis renal, especialmente cuando existen alteraciones anatómicas que limitan otros abordajes. El presente caso describe el manejo simultáneo de la litiasis renal y estenosis de la unión ureteropiélica mediante técnicas mínimamente invasivas en un solo tiempo quirúrgico, destacando la factibilidad y seguridad de este abordaje.

Material y métodos

Reporte de caso observacional y descriptivo, basado en la revisión retrospectiva del expediente clínico, la nota quirúrgica y el video laparoscópico. La discusión se sustentó en una revisión de la literatura científica.

Resultados

Paciente femenina de 16 años quien inició con cuadro de dolor abdominal, náuseas y emésis hace 4 años por lo que se realizaron estudios de imagen que evidenciaron hidronefrosis izquierda y litiasis renal.

Durante el procedimiento se efectuó cistouretroscopia, observándose meatos ureterales ortotópicos y equidistantes. La pielografía ascendente izquierda confirmó estenosis de la unión ureteropiélica. Posteriormente, mediante abordaje laparoscópico transmesentérico, se identificó y disecó la pelvis renal y la unión ureteropiélica estenosada, realizándose su desinserción y apertura de la pelvis renal. Se practicó nefroscopia semirrígida con nefrolitolapaxia, logrando la extracción de litos localizados en los cálices medio e inferior. A continuación, se efectuó la espatulación ureteral y la pieloplastia, con colocación de un catéter doble J antes del cierre de la anastomosis. Finalmente, se realizó el cierre del defecto peritoneal y la colocación de un drenaje. La paciente presentó una evolución posoperatoria favorable, sin complicaciones inmediatas ni mediatas, con recuperación temprana y menor estancia hospitalaria.

Discusión

El abordaje combinado laparoscópico y endourológico permitió tratar simultáneamente ambas patologías en un solo procedimiento. La nefroscopia facilitó la extracción completa de los litos y la laparoscopia ofreció una alternativa eficaz ante la malformación urinaria, evitando intervenciones adicionales y optimizando el manejo quirúrgico.

V14) QUISTE RENAL GIGANTE: MANEJO QUIRURGICO EN PREESCOLAR

Sierralta Born, M.(1); Pinilla Saavedra, C.(1);
(1): Hospital Dr Luis Calvo Mackenna, Providencia, Chile

Preescolar de 3 años sin antecedentes mórbidos, que en relación a un cuadro de diarrea y vómitos, se realiza ecografía abdominal que muestra quiste renal derecho de 12 x 9 x9 cm que desplaza riñón hacia medial. Evaluado por nefrología, se descarta HTA y por sospecha de OPU se le solicitó cintigrama renal dinámico con función renal relativa disminuida a derecha (43,6%), sin evidencia de alteraciones de la función excretora.

Se deriva a urología y se realiza UroTAC que muestra gran quiste renal simple derecho que no impresiona comunicado con vía urinaria en fase tardía, que desplaza y comprime parénquima renal derecho hacia medial.

Por compromiso de la función renal, se decide realizar pielografía retrógrada que no demuestra comunicación del sistema pielocalicial con el quiste renal. Se realiza una laparoscopía exploradora en decúbito lateral, donde se observa gran quiste renal derecho con parénquima renal desplazado hacia medial y adelgazado. Se realiza la disección del quiste abriendo cuidadosamente la gerota para una mejor visualización de los márgenes de este. Posterior a la disección del quiste, se realiza su punción con salida de 500 ml de contenido y se repite la pielografía retrógrada, ahora sin tensión del quiste para corroborar que no existe comunicación del quiste con la vía urinaria. Se aspira el contenido líquido que queda en su interior obteniendo un total de 600 ml de líquido.

Se procede a la marsupialización del quiste con la resección amplia de la pared del quiste que se envía a anatomía patológica.

El niño evoluciona favorablemente en el post operatorio.

Presentamos una forma de manejo mínimamente invasivo de un quiste renal gigante donde es fundamental corroborar que no exista comunicación de este con la vía urinaria para planificar el manejo pre e intraoperatorio.

PL31) DILATACIÓN CON BALÓN RECUBIERTO CON PACLITAXEL COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN ESTENOSIS PIELOURETERAL RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO.

Moreno, M.(1); Jorquera, J.(2); Bag, M.(3); Encalada, R.(3); Del Valle, F.(4);
(1): Sección de Cirugía pediátrica, División de cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Servicio de Cirugía infantil, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (4): Servicio de Urología, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

Introducción

La recurrencia de la estenosis pieloureteral tras pieloplastía representa un desafío terapéutico, especialmente cuando una nueva reparación quirúrgica no es factible por fibrosis extensa. Los balones recubiertos con paclitaxel han demostrado resultados promisorios en estenosis del tracto urinario en adultos, con reportes pediátricos limitados en estenosis uretrales; la evidencia en estenosis pieloureteral es prácticamente inexistente. Presentamos este caso por su escasa evidencia y relevancia como alternativa de rescate.

Material y método

Estudio retrospectivo de caso clínico con revisión de la literatura.

Resultados

Paciente masculino de 14 años con estenosis pieloureteral derecha, sometido inicialmente a pieloplastía abierta tipo Anderson-Hynes. A los cuatro meses presentó recurrencia de la obstrucción, requiriendo nefrostomía percutánea. En la reintervención se constató fibrosis severa del hilio y pelvis renal, descartando una nueva pieloplastía; se mantuvo catéter ureteral doble J con recambios seriados. Ante la persistencia de la estenosis y la alta complejidad de una nueva cirugía reconstructiva, se realizó dilatación endoscópica con balón de alta presión, seguida de balón recubierto con paclitaxel, guiada por ureteroscopía y fluoroscopía. No se dejó catéter doble J ni nefrostomía, sin complicaciones postoperatorias. A los seis meses, el cintigrama renal dinámico mostró resolución de la obstrucción y adecuada función renal diferencial. A 24 meses de seguimiento, sin eventos agudos, consultas de urgencia ni hospitalizaciones.

Discusión

El balón recubierto con paclitaxel combina la dilatación mecánica con liberación local de un agente antiproliferativo, buscando disminuir la respuesta fibroblástica y la reestenosis. En este caso constituyó una alternativa de rescate eficaz y segura en un paciente con fibrosis que contraindicaba la cirugía reconstructiva convencional, con evolución favorable a los 24 meses. Se requieren series con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar su seguridad y eficacia en población pediátrica.

PL32) “DOBLE SISTEMA PIELOURETERAL COMPLETO CON SISTEMA INFERIOR ASOCIADO A ESTENOSIS PIELOURETERAL Y LITIASIS, ABORDAJE QUIRÚRGICO EN UN SOLO TIEMPO: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO”

Pinilla, C.(1); Flores, A.(2); Nome, C.(1); Echeverría, M.(1);
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena, Temuco, Chile (2): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

El doble sistema pieloureteral (DSPU) es una de las anomalías congénitas más comunes del tracto urinario. Aunque su asociación con la obstrucción de la unión pieloureteral (OPU) en el sistema inferior es poco frecuente, la estasis urinaria consecuente puede desencadenar daño parenquimatoso y urolitiasis secundaria. El objetivo de este trabajo es describir el caso de una paciente pediátrica con DSPU complicado por OPU y litiasis en el sistema inferior, ilustrando los desafíos de su manejo.
Paciente femenina de 6 años, asintomática y sin antecedentes, con hallazgo incidental de hidronefrosis derecha. El cintigrama MAG-3 reportó función renal relativa conservada (50/50) con patrón obstructivo izquierdo. La UroTC evidenció DSPU bilateral, severa hidronefrosis del sistema inferior derecho con cambio de calibre compatible con OPU, y cuatro cálculos de hasta 5 mm (1200 UH). En abril de 2026, se realizó una pieloplastía de Anderson-Hynes vía laparoscópica, logrando en el mismo acto quirúrgico, la extracción de los cálculos e instalación de un catéter doble J.
La cirugía laparoscópica se completó exitosamente sin complicaciones. Se realizó la plastía del sistema inferior y la extracción completa de las litiasis. En el control postoperatorio, la paciente evolucionó favorablemente y asintomática.
Clásicamente la ley de Weigert-Meyer asocia el uréter inferior al reflujo y el superior obstructivo. La presentación de una OPU en el sistema inferior es atípica, y su concomitancia con urolitiasis representa un escenario excepcional en la literatura y una dificultad agregada a la técnica quirúrgica. . Ante el patrón obstructivo del MAG-3, el abordaje laparoscópico demostró ser una alternativa segura y mínimamente invasiva
El DSPU asociado a OPU y litiasis inferior es un desafío clínico infrecuente. El MAG-3 es clave para definir la conducta, siendo la pieloplastía laparoscópica un tratamiento eficaz y seguro que resalta la importancia de individualizar el manejo quirúrgico.

O098) UN DESAFÍO MULTISISTÉMICO: MANEJO INTEGRAL DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE PRUNE BELLY ASOCIADO A MALFORMACIÓN ANORRECTAL

Beltrán, P.(1); Pérez, C.(1); Sorrentino, G.(1); Beltrán, N.(1); Gana, R.(1); Poblete, M.(1); Klinowski, M.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción

El síndrome de Prune Belly (SPB) se caracteriza por la tríada de deficiencia congénita de la musculatura abdominal, anomalías del tracto urinario y testículos intraabdominales bilaterales. Su asociación con malformación anorrectal (MAR) es infrecuente y representa un desafío terapéutico por la complejidad reconstructiva y el riesgo de deterioro funcional. Se presenta un caso de SPB asociado a MAR compleja, destacando la estrategia de manejo secuencial y sus resultados funcionales.

Material y método

Reporte retrospectivo de un caso clínico de SPB asociado a MAR compleja, sometido a reconstrucción urológica e intestinal escalonada.

Resultados

Recién nacido masculino de término con diagnóstico prenatal de megavejiga y oligohidroamnios severo. Al nacimiento presentó hallazgos compatibles con SPB, MAR sin fístula evidente y depresiones cutáneas tipo pits en extremidades. La cistoscopia fue infructuosa por estenosis de uretra bulbar, realizándose vesicostomía y colostomía. El estudio posterior evidenció megalouretra escafoidea, reflujo vesicoureteral masivo bilateral y fístula rectovesical. Se efectuó reconstrucción por etapas mediante dilataciones uretrales, reimplante ureteral bilateral, resección de divertículos vesicales, apendicovesicostomía continente, cierre de vesicostomía, descenso testicular bilateral, cierre de la fístula rectovesical, anorrectoplastia sagital posterior asistida por abordaje abdominal y cierre de colostomía. A los tres años presenta función renal conservada, ausencia de infecciones urinarias, cateterismo intermitente limpio por apendicovesicostomía y evacuación intestinal por neoano.

Discusión

La asociación entre SPB y MAR es excepcional y la evidencia disponible se limita principalmente a reportes de casos, sin establecer una secuencia reconstructiva estandarizada. Este caso demuestra que una estrategia multidisciplinaria, individualizada y escalonada permite preservar la función renal, resolver las anomalías urológicas e intestinales y alcanzar resultados funcionales satisfactorios.

O099) HAMARTOMA URETERAL: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE ESTENOSIS URETERAL EN LA INFANCIA

Moncada Vidal, K.(1); Hidalgo Terán, D.(1); Sierralta Born, M.(2); Pinilla Saavedra, C.(2); Arce Fricke, C.(2); Troncoso Solar, B.(2); Lira Gatica, J.(3); Zambrano Chacón, C.(1); Rodríguez Herrera, J.(2);
(1): Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Chile (2): Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (3): Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Introducción: Los tumores ureterales benignos son infrecuentes en la edad pediátrica y se presentan habitualmente con dolor lumbar, hematuria u obstrucción del tracto urinario. Entre las lesiones descritas en niños predominan los pólipos fibroepiteliales, mientras que los hamartomas del tracto urinario sólo han sido comunicados en la vejiga y la uretra. El objetivo es describir un caso de hamartoma ureteral en un paciente pediátrico y revisar la literatura disponible.

Material y Método: Estudio retrospectivo de un caso clínico, incluyendo presentación clínica, estudio por imágenes, tratamiento quirúrgico y hallazgos anatomopatológicos.

Resultados: Niño de 7 años, previamente sano, con dolor intermitente en flanco izquierdo asociado a vómitos y fiebre. No presentó hematuria y los exámenes evidenciaron elevación de parámetros inflamatorios. La ecografía mostró hidroureteronefrosis izquierda. La tomografía computada sin contraste descartó urolitiasis. La pielografía retrógrada evidenció un segmento estenótico de 2 cm en el uréter distal y la ureteroscopia mostró una protrusión circunferencial de la pared ureteral que estrechaba significativamente el lumen. La tomografía computada con contraste sugirió engrosamiento parietal ureteral distal, sin descartar compresión extrínseca. Se realizó resección laparoscópica videoasistida del segmento comprometido y uretero-ureteroanastomosis. El estudio histopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de hamartoma ureteral, con márgenes quirúrgicos negativos. Evolucionó favorablemente, asintomático a los 2 meses de seguimiento.

Discusión: El hamartoma ureteral constituye una causa excepcional de obstrucción ureteral en la infancia. La ureteroscopia y las imágenes fueron fundamentales para la planificación quirúrgica, mientras que la resección completa permitió confirmar el diagnóstico y resolver la obstrucción. Una revisión exhaustiva de la literatura no identificó casos pediátricos previamente publicados en las bases de datos consultadas, por lo que, hasta donde conocemos, este correspondería al primer caso de hamartoma ureteral descrito en un niño.

O100) MANEJO UROLÓGICO ESCALONADO EN SÍNDROME DE PRUNE BELLY CON COMPROMISO UROLÓGICO Y RENAL SEVERO: REPORTE DE CASO

Pérez, C.(1); Sorrentino, G.(1); Beltrán, P.(1); Muñoz, N.(1); Gana, R.(1); Klinowski, M.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción

El síndrome de Prune Belly es una malformación congénita infrecuente caracterizada por deficiencia de la musculatura abdominal, testículos intraabdominales y anomalías del tracto urinario. Los pacientes con compromiso urológico severo constituyen un desafío terapéutico debido al riesgo de deterioro renal y la necesidad de reconstrucciones complejas. Se presenta un caso cuyo manejo escalonado permitió preservar la función renal y optimizar el vaciamiento vesical.

Material y Método

Reporte retrospectivo de un caso clínico con revisión de antecedentes, evolución, manejo quirúrgico y resultados funcionales.

Resultados

Paciente masculino de 10 años con síndrome de Prune Belly, hidroureteronefrosis bilateral severa, megavejiga, enfermedad renal crónica etapa II e hipertensión arterial. Había sido sometido previamente a circuncisión, uretrocistoscopia, descenso testicular según Fowler-Stephens y abdominoplastia, persistiendo con debilidad de la pared abdominal que requería uso de faja para la marcha. Ingresó por distensión abdominal e incapacidad para deambular secundaria a dilatación masiva del tracto urinario. Para evitar traumatismo uretral y reducir complicaciones infecciosas se realizó cistostomía suprapúbica, obteniéndose drenaje inmediato de 4000 ml de orina. La cistografía demostró vejiga piriforme, reflujo vesicoureteral masivo derecho con hidroureteronefrosis severa. Posteriormente se efectuó derivación continente tipo Mitrofanoff, resección de divertículo vesical y reimplante ureteral tipo Cohen derecho, correspondiente a la unidad renal con menor función diferencial y único lado con reflujo. Evolucionó sin infecciones urinarias febriles, con micción espontánea continente, cateterización intermitente exitosa, disminución de la hidroureteronefrosis y creatinina menor de 0,7 mg/dl.

Discusión

Este caso demuestra que el manejo urológico escalonado permitió estabilizar inicialmente al paciente mediante descompresión urinaria y realizar posteriormente una reconstrucción adaptada a su anatomía y fisiopatología. La planificación individualizada favoreció la preservación de la función renal, la protección del tracto urinario superior y un adecuado vaciamiento vesical, constituyendo una estrategia efectiva en pacientes con síndrome de Prune Belly complejo.

V15) URETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT

Bastías, C.(1); Punte, T.(2); Recabal, X.(3); Ríos, A.(3); Finsterbusch, C.(3); Yankovic, F.(3); Águila, F.(2); Reed, F.(3);
(1): HLCM, Santiago, Chile (2): HSJ, Santiago, Chile (3): HEGC, Santiago, Chile

Introducción: La patología litiásica pediátrica ha aumentado sostenidamente. Aunque la robótica ya es segura y mínimamente invasiva en urología infantil, su asistencia en ureteroscopía flexible es clave para superar la fatiga física y las posturas forzadas del cirujano. En sinergia con el instrumental miniaturizado, la asistencia robótica no solo aporta precisión y eficiencia al procedimiento, sino que optimiza drásticamente la ergonomía quirúrgica, permitiendo un amplio rango de movimiento mediante joysticks bimanuales desde una posición cómoda y controlada.

Material y métodos: Presentamos el primer caso de RIRS asistido por robot en paciente pediátrico en Chile. Se planificó la nefrolitotomía endoscópica asistida por robot en paciente de 14 años con uso permanente de Vitamina D con cólico renal izquierdo generado por 3 litos no obstructivos de 5mm. El instrumental utilizado fue un cistoscopio adolescente 11fr, ureteroscopio flexible OTU 7,5fr, vaina de acceso ureteral flexible y navegable YiaoMed 10/12, robot quirúrgico ILY, fluoroscopía, laser 30W, fibra 265micras en setting de fragmentación 0,5J / 15 Hz.

Resultados: Se realizó el procedimiento sin incidentes, tiempo de docking de 5 minutos, tiempo de trabajo intrarrenal 30 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

Conclusiones: el manejo de litiasis urinaria endoscópica asistida por robot en adolescentes es una opción segura y factible. Su aporte radica en proporcionar los rangos de movimiento del ureteroscopio flexible manteniendo una postura ergonómica. El acople a los movimientos respiratorios y falta de sensación háptica son un punto a perfeccionar.

Palabras clave: Asistido por Robot, nefrolitotomía, litiasis renal pediátrica

PL33) DE LA DISMENORREA SEVERA AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: MANEJO LAPAROSCÓPICO DE UN HEMIÚTERO NO COMUNICADO EN ADOLESCENTE.

Sorrentino, G.(1); Beltran, P.(1); Ball, J.(1); Poblete, M.(1); Acuña, R.(1);
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones müllerianas (MM) obstructivas, como el hemiútero no comunicado, pueden generar dolor pélvico severo, hematometra y hematosalpinx. Su manejo tradicionalmente incluyó abordajes abiertos o procedimientos híbridos. Sin embargo, la

laparoscopia ha surgido como una alternativa segura y mínimamente invasiva, aunque su uso en población adolescente sigue siendo poco reportado. Presentamos el caso de una paciente de 15 años con un hemiútero derecho no comunicado manejado mediante resección laparoscópica completa del remanente uterino

MATERIALES Y MÉTODO: Se presenta una estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico.

CASO CLÍNICO
Femenina de 15 años sana, menarquia a los 11 años con ciclos irregulares desde su inicio.

Cuadro de 6 meses de evolución de dismenorrea con sospecha inicial de endometriosis, indicación de uso continuo de anticonceptivo oral. En contexto de algia pélvica presenta múltiples consultas en el servicio de urgencias y hospitalizaciones para manejo de dolor. Se solicita resonancia magnética que describe una anomalía del desarrollo de los ductos Müllerianos con un hemiútero derecho no conectado a útero contralateral, el que es de características normales (clase U4 C0 y VX) con hematometra derecha lo que se asocia a un voluminoso hematosalpinx. Se programa para laparoscopia diagnóstica con hallazgos de malformación mülleriana con 2 hemiúteros: Útero izquierdo comunicado a vagina, trompa y ovario ipsilateral de aspecto sano. Útero derecho conectado a trompa y ovario ipsilateral, sin comunicación a útero izquierdo. hematosalpinx y hematometra derecho. Se realiza resección del remanente uterino derecho y trompa ipsilateral mediante laparoscopia. Evoluciona de forma favorable, sin dolor ni sangrado desde el postoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES
Este caso demuestra que la resección laparoscópica del hemiútero no comunicado es una técnica factible, segura y altamente resolutiva en adolescentes con malformaciones müllerianas obstructivas. El abordaje mínimamente invasivo permite una excelente visualización anatómica, menor morbilidad, recuperación rápida y óptimos resultados

PL34) MASA PÉLVICA CALCIFICADA PERSISTENTE COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UNA DUPLICACIÓN VESICAL COMPLETA EN UN PACIENTE CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: CASO CLÍNICO

Luna Balderrama, E.(1); Jordan Balladares, R.(1); Pérez Correa, C.(1);
(1): Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Pediatria “Silvestre Frenk Freund“, Ciudad de México, México

Introducción

Las malformaciones anorrectales se asocian con anomalías urológicas hasta en el 50% de los casos. La duplicación vesical completa es una malformación congénita excepcional, con una incidencia de 1 por cada 300,000 habitantes, con menos de 100 casos descritos en la literatura y solo una minoría asociados a malformaciones anorrectales. Su baja frecuencia y

presentación clínica variable representan un importante reto diagnóstico. Se presenta un caso de diagnóstico tardío cuya única manifestación fue una masa pélvica calcificada persistente.

Material y método

Reporte de un caso, basado en la revisión del expediente clínico, estudios de imagen, hallazgos quirúrgicos y revisión de la literatura.

Resultados

Paciente masculino de 12 años con antecedente de malformación anorrectal con fístula rectouretral, con antecedente de colostomía y anorectoplastia sagital posterior. Durante su seguimiento presentó estreñimiento crónico y persistencia de una masa pélvica calcificada radiopaca, sin cambios en su localización durante años. La colonoscopia evidenció compresión extrínseca del recto. La cistoscopía mostró un lito intravesical de gran tamaño y un aparente divertículo vesical. Durante la cistolitotomía abierta, el hallazgo intraoperatorio de una duplicación vesical sagital completa con uretra única y duplicación del cuello vesical estableció el diagnóstico definitivo. Se realizó extracción del lito y anastomosis laterolateral entre ambas cavidades vesicales, con evolución postoperatoria favorable y sin complicaciones.

Discusión

La duplicación vesical completa asociada a malformación anorrectal puede permanecer inadvertida durante años, aun tras múltiples evaluaciones diagnósticas. En este caso, la masa pélvica calcificada persistente constituyó la única manifestación que condujo al diagnóstico definitivo. El reconocimiento intraoperatorio de esta anomalía permitió modificar el tratamiento quirúrgico y resolver una malformación previamente no identificada. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha e incorporar estudios endoscópicos complementarios en pacientes con hallazgos atípicos, favoreciendo el diagnóstico oportuno y una adecuada planificación quirúrgica.

PL35) ARACNOIDITIS ADHESIVA COMO CAUSA INFRECUENTE DE VEJIGA E INTESTINO NEUROGÉNICO PEDIÁTRICO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO

Castro Du Plessis, A.(1); Szklarz, M.(1); Ojeda, A.(1);
(1): Hospital Castro Rendon Neuquen, NEUQUEN, Argentina

INTRODUCCIÓN

La aracnoiditis adhesiva es un trastorno neurológico infrecuente secundario a la inflamación de la aracnoides, originada por una amplia gama de etiologías. Su manifestación clínica es

variable. Presentamos el caso de un paciente pediátrico con vejiga e intestino neurogénico secundario a aracnoiditis adhesiva de etiología infecciosa.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 9 años de edad con antecedente de shock secundario a artritis séptica. Tras la resolución del cuadro inicial, presentó retención aguda de orina e incontinencia fecal, requiriendo cateterismo vesical permanente. La resonancia magnética nuclear (RMN) confirmó el diagnóstico de aracnoiditis adhesiva, iniciando pulsos de metilprednisolona. La flujometría con electromiografía (EMG) y ecografía renovesical reveló micción en fases, flujo máximo de 6 ml/s, actividad electromiográfica durante la micción. y residuo postmiccional del 50%. Se indicó micción reglada, kinesioterapia de piso pélvico, polietilenglicol y senósidos por constipación.

La videourodinamia control evidenció baja capacidad vesical y mala acomodación con fuga a los 170 ml con presión de 30 cmH2O, micción disinérgica con Valsalva, presión 95 cmH2O, flujo máximo 14 ml/s, sin residuo miccional. La manometría anorrectal demostró defecación disinérgica e hipotonía esfinteriana severa. Inició tratamiento con mirabegrón (25 mg/día) y se indicaron irrigaciones transanales lo cual no fue aceptado por el paciente. Urodinamia control: vejiga de capacidad borderline, con buena acomodación, sin pérdida de orina y curva miccional monofásica plana con actividad EMG adecuada. Evolucionó con periodos secos de 4 hs y catarsis diaria Bristol 4, continuando con incontinencia fecal.

DISCUSION

El diagnóstico de la aracnoiditis adhesiva es eminentemente imagenológico; sin embargo, la sospecha clínica es fundamental ante la frecuente disociación clínico-radiológica y diversidad en su presentación. Ante la limitada efectividad del tratamiento etiológico, el manejo sintomático temprano es vital. En nuestro caso, el abordaje integral permitió una mejoría favorable y optimizó la calidad de vida del paciente.

PL36) ILEO-VAGINOPLASTÍA PARA MANEJO DEFINITIVO DE AGENESIA VAGINAL SIN USO DE OSTOMÍA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Catán, C.(1); Rojas, F.(2); Rojas, M.(3); Hahcim, A.(1); Mac Millan, N.(1); Cifuentes, M.(1); Ebensperger, A.(1);
(1): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (3): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, ,

INTRODUCCIÓN: La agenesia vaginal (AV) es una malformación infrecuente con incidencia de 1:4,500-5,000 nacimientos. El manejo inicial es con dilataciones y supresión hormonal, con reconstrucción quirúrgica posterior. La ileo-vaginoplastia está descrita y suele

acompañarse de ostomía protectora. Presentamos un caso de AV resuelto con íleo-vaginoplastia sin ostomía con buen resultado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de caso clínico, con revisión de literatura.

RESULTADOS:Paciente femenina de 14 años ingresa a urgencias con sospecha de abdomen agudo. Destaca amenorrea primaria con desarrollo puberal completo. Examen genital evidencia AV completa. Ecografía ginecológica con gran hematocolpos, drenado quirúrgicamente. Se suprime menstruación con regular respuesta, requiriendo drenaje de colpos en 2 oportunidades, complicado con fístula rectovaginal con reparación primaria. Se mantiene con supresión central y dilataciones ambulatorias, con perforación de pared rectovaginal en una oportunidad, reparada quirúrgicamente. Se mantiene seguimiento por 4 años, con regular adherencia a controles y dilataciones y recurrencia de fístula. Se realiza rectoscopia con solución de continuidad de 3 cm con 3 orificios en canal vaginal, por lo que se decide cirugía definitiva a los 18 años. Se realiza neovagina con transposición de íleon sin uso de ostomía protectora, logrando vagina con diámetro de 24mm y largo de 14cm. Dada de alta a los 11 días postoperatorios. Evoluciona favorablemente. Se inician dilataciones 2 semanas postoperatorias, logrando dilatación esperada en 3 meses. Manteniendo dilataciones, sin complicaciones a los 6 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN:El manejo definitivo de AV es complejo. La reparación definitiva en la adultez joven se recomienda para mayor comprensión y adherencia, mejorando resultados. Habitualmente la cirugía se acompaña de ostomía protectora, sin casos reportados de íleo-vaginoplastia sin ostomía. Este caso demuestra la posibilidad de resolución definitiva de la AV sin ostomía protectora, reduciendo morbilidad y número de cirugías necesarias, recalcando la importancia de la adherencia para obtener resultados óptimos.

O029) ¿SUSTITUIRÁ LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL URÓLOGO PEDIÁTRICO EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA URETRAL?

Domenech, A.(1); Ortega, L.(1); García-aparicio, L.(1); Martín, O.(1);
(1): Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La interpretación de la patología uretral en cistouretrografías miccionales seriadas (CUMS) es fundamental en el diagnóstico de malformaciones urológicas pediátricas. El uso de inteligencia artificial (IA) como apoyo diagnóstico está en desarrollo, pero su utilidad en este contexto aún no está claramente establecida.

OBJETIVO

Evaluar la concordancia diagnóstica entre urólogos pediátricos (UP) y un sistema de inteligencia artificial (IA) en la interpretación de patología uretral en CUMS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de concordancia diagnóstica en 50 pacientes masculinos con mediana de edad de 2 meses (RIC 0–10). Las imágenes de CUMS fueron interpretadas de forma independiente por dos UP expertos y por dos cuentas de IA (ChatGPT 5.1).

La concordancia se evaluó mediante el coeficiente kappa (κ), comparando los diagnósticos con el diagnóstico definitivo basado en cistoscopia, así como la concordancia interobservador. Se analizaron tres hallazgos: válvulas de uretra posterior (VUP), estenosis uretral y divertículos vesicales.

RESULTADOS

Los UP mostraron una concordancia moderada-excelente con el diagnóstico definitivo: VUP (κ=0,40–0,43), estenosis uretral (κ=0,76–0,85)
y divertículos (κ=0,78), con buena concordancia interobservador (κ=0,62–0,76).

La IA presentó concordancias pobres-bajas con el diagnóstico definitivo y con los UP para VUP (κ=0,24–0,35; κ=0,32–0,51) y estenosis uretral (κ=0,00–0,17; κ=0,00–0,20), y baja-moderada para divertículos (κ=0,29–0,47). La concordancia intra-IA fue pobre-
baja (κ=0,00–0,33).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran una diferencia en el diagnóstico entre los UP e IA. Mientras que los especialistas alcanzan niveles de concordancia de moderados-excelentes, la IA no entrenada presenta un desempeño limitado y variable, especialmente en entidades complejas como VUP y estenosis uretral.

CONCLUSIÓN

Los UP presentan una mayor y más consistente concordancia diagnóstica frente al estándar de referencia que la IA. El uso de IA no especializada resulta inadecuado para la interpretación de CUMS en patología uretral pediátrica, requiriendo modelos específicos y validados.

V03) MODELO DE SIMULACIÓN EN VEJIGA DE SILICONA DE BAJO COSTO PARA EL ENTRENAMIENTO EN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL

Reed, F.(1);
(1): Hospital Exequiel Gonzalez Corte, santiago, chile

Introducción: El tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral (RVU) mediante inyección submucosa de agentes bulking exige coordinación mano-ojo precisa, control fino de la profundidad de aguja y reconocimiento visual de la formación del mound. Los modelos porcinos ex-vivo ofrecen alta fidelidad anatómica y háptica, pero su acceso puede verse limitado por disponibilidad, bioseguridad y costos logísticos recurrentes. Presentamos un modelo alternativo, reutilizable y de bajo costo, construido en silicona.

Descripción técnica: Se diseñó una vejiga simulada en silicona, montada en una caja de entrenamiento con acceso endoscópico, con un costo aproximado de USD $80 por unidad. A diferencia de los modelos biológicos de un solo uso, esta plataforma es reutilizable. Se practicó la inyección submucosa utilizando gel de ecografía y gel de alcohol como sustitutos seguros y económicos de los agentes bulking comerciales, permitiendo entrenar la identificación del punto de punción, el control de profundidad, la elevación de la mucosa y la formación del mound, con retroalimentación háptica y visual durante la maniobra.

Observaciones preliminares: El modelo fue utilizado inicialmente por un único cirujano, quien reportó una experiencia táctil y visual satisfactoria, comparable en aspectos clave —resistencia tisular percibida y visualización endoscópica de la elevación mucosa— a lo descrito previamente con modelos porcinos.

Limitaciones y próximos pasos: Se trata de un modelo preliminar, evaluado por un solo operador, sin validación formal multi-usuario ni datos cuantitativos de realismo o confianza. El componente que simula el uréter requiere mejoras en su diseño de inserción, y se plantea aumentar su número por unidad para permitir inyecciones repetidas sin recambio del modelo.

Conclusión: Este modelo de silicona constituye una alternativa accesible, económica y reutilizable para el entrenamiento en inyección endoscópica submucosa, con potencial para complementar a los modelos porcinos ex-vivo. Su validación formal con múltiples operadores es el siguiente paso necesario.

MT-D3) SESIÓN TRABAJOS LIBRES - MEJORES TRABAJOS D3

O101) TERMOGRAFÍA INFRA-ROJA COMO APOYO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES VASCULARES EN PEDIATRÍA.

Paulos, M.(1); Muñoz P., M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Ellsworth, K.(2); Montecinos, T.(3);
(1): Hospital Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Residente de Cirugía Plástica U. Finis

Terrae, Santiago, Chile (3): Estadía Capacitación Cirugía Plástica Pediátrica U. Andes, Santiago, Chile

Introducción Objetivo: Evaluar la utilidad de la termografía infrarroja para diferenciar lesiones vasculares pediátricas.

Metodología Estudio de cohorte retrospectiva de 57 lesiones vasculares y 4 lipomas en menores de 15 años (2024-2026), evaluados con cámara Flir One y Flir Tools. Las lesiones contaban con confirmación por ecografía Doppler, angioRNM o histología. Se registraron variables demográficas, topografía, temperatura absoluta de la lesión y la diferencia térmica respecto a la piel sana adyacente. Se excluyeron imágenes repetidas, diagnósticos inciertos y lesiones infrecuentes. Se aplicó regresión lineal múltiple, pruebas t y curvas ROC para evaluar la capacidad discriminativa.

Resultados Las lesiones de alto flujo son más calientes: las malformaciones arteriovenosas (MAV) registraron la mayor diferencia térmica positiva (3,04 °C), seguidas de los hemangiomas (1,72 °C). En contraste, las malformaciones venosas y lipomas presentaron temperaturas inferiores a la piel circundante (-0,78 °C y -2,08 °C, respectivamente). Las malformaciones capilares y linfáticas mostraron incrementos discretos y dispersos.

Estadísticamente, las lesiones de bajo flujo tienen una temperatura absoluta menor que las de alto flujo ($p = 0.0002$), pero la temperatura absoluta sola no discrimina bien las MAV. La diferencia térmica ofrece un rendimiento superior: un corte >2,2 °C identifica MAV con sensibilidad de 85,7% y especificidad de 94,3% (curva ROC 0.97), mientras que >1,1 °C discrimina lesiones de alto flujo en general. Además, las malformaciones venosas tienen diferencias térmicas distintas a las linfáticas (-0.78 °C vs 0.07; $p<0.0034$).

Conclusiones La termografía infrarroja es rápida, accesible y precisa. La diferencia térmica entre lesión y piel adyacente es el parámetro más robusto para el diagnóstico inicial, permitiendo distinguir eficazmente entre anomalías de alto y bajo flujo.

O102) MOMENTO ÓPTIMO DE REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN PACIENTES CON SOPORTE ECMO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Canestrari, M.(1); Ortiz, R.(1); Boglione, M.(1); Salas, G.(1); Bellani, P.(1); Ayarzabal, V.(1); (1): Hospital Juan P Garrahan, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El momento óptimo de la reparación de la hernia diafragmática congénita (HDC) en pacientes que requieren oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) permanece controversial. Este estudio compara los resultados entre la reparación temprana en ECMO (dentro de las primeras 72 horas de canulación) versus el manejo diferido. Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de recién nacidos con HDC que requirieron soporte de ECMO en un centro de tercer nivel entre 2014-2025. Los criterios de

inclusión fueron pacientes con HDC canulados a ECMO antes de la reparación quirúrgica, clasificados en: Grupo 1 (reparación temprana ≤72 horas post-canulación, n=25) y Grupo 2 (manejo diferido, n=34, incluyendo pacientes reparados post-decanulación y aquellos no reparados en ECMO). Se analizaron mortalidad, complicaciones hemorrágicas, complicaciones generales y duración de ECMO.
Resultados: De 59 pacientes incluidos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en mortalidad (p=0.8), supervivencia al ECMO, tasa de complicaciones generales ni incidencia de eventos hemorrágicos. El tiempo total de soporte en ECMO fue significativamente mayor en el grupo de reparación temprana comparado con el grupo de manejo diferido p<0.05.
Conclusiones: La reparación temprana de HDC en ECMO (≤72 horas) mostró seguridad comparable al manejo diferido en mortalidad y complicaciones, pero prolongó significativamente la duración del soporte circulatorio. Estos resultados son concordantes con la evidencia publicada que reporta mayor tiempo en ECMO con reparación temprana sin ventajas en desenlaces clínicos, apoyando un abordaje más selectivo en el momento de la reparación quirúrgica.

O103) RECURRENCIA TRAS REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA: COMPARACIÓN ENTRE LAS TÉCNICAS BURNIA Y JARETA

Jones, N.(1); Cabezas, C.(1); Flores, S.(1); Ramos, A.(2);
(1): Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN
La técnica Burnia es una reparación laparoscópica sin sutura, basada en la electrofulguración del proceso peritoneovaginal persistente, descrita para el manejo de hernia inguinal en niñas. Su potencial ventaja radica en simplificar el procedimiento respecto al cierre laparoscópico con sutura en jareta. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados quirúrgicos de ambas técnicas en pacientes pediátricas con hernia inguinal indirecta.

MATERIAL Y MÉTODO
Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un centro pediátrico terciario. Se incluyeron pacientes de sexo femenino menores de 15 años sometidas a reparación laparoscópica de hernia inguinal indirecta entre 2017 y 2025. Se analizaron edad, lateralidad, tiempo quirúrgico, hospitalización, seguimiento y recidiva. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y las categóricas como frecuencia y porcentaje. Se utilizaron test de Mann-Whitney y test exacto de Fisher.

RESULTADOS
Se incluyeron 57 pacientes: 32 tratadas con técnica Burnia y 25 con cierre en jareta. La edad fue mayor en el grupo Burnia [51,1 meses (RIC 33,0–78,2)] que en jareta [5,9 meses (RIC 2,9–32,3); p=0,0006]. El tiempo quirúrgico fue menor con Burnia [43 min (RIC 31,5–51)] versus

jareta [62 min (RIC 47–73); p=0,0004]. Se observaron 3 recidivas en jareta (12%) y ninguna en Burnia (0%; p=0,079). No hubo complicaciones mayores en ninguno de los grupos.

DISCUSIÓN
La técnica Burnia mostró menor tiempo quirúrgico y ausencia de recidivas en esta serie. Sin embargo, la diferencia de edad entre los grupos y el bajo número de eventos limitan la interpretación comparativa.

CONCLUSIÓN
Burnia constituye una alternativa laparoscópica simple y segura para la reparación de hernia inguinal en niñas.

O104) MODELO DE SILICONA 3D PARA ENTRENAMIENTO EN PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA PEDIÁTRICA

Villena, S.(1); Reed, F.(2); Acuña, C.(2); Correa, R.(2);
(1): Médico EDF, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile

Introducción. La obstrucción de la unión pieloureteral es la causa más frecuente de hidronefrosis en pediatría, y la pieloplastia laparoscópica es hoy su tratamiento de elección. Es, sin embargo, una cirugía técnicamente difícil, que obliga a suturar con precisión en un espacio reducido y sobre tejidos delicados, por lo que su curva de aprendizaje resulta larga y poco indulgente con el error. El entrenamiento basado en simulación ofrece una forma de recorrer parte de esa curva fuera del quirófano. *Objetivo*. Validar un modelo de silicona 3D de alta fidelidad para el entrenamiento en pieloplastia laparoscópica pediátrica y medir su efecto sobre la confianza técnica de los participantes.

Material y métodos. Estudio prospectivo y observacional realizado durante un curso de pieloplastia. Participaron diez profesionales —cirujanos pediátricos, urólogos y residentes— ; ocho completaron las encuestas, que conforman la muestra analizada. Se evaluó la autoconfianza con una escala Likert de 5 puntos, la validez de apariencia del modelo, la satisfacción y el Net Promoter Score (NPS), con comparaciones pareadas mediante la prueba de Wilcoxon.

Resultados. La confianza global pasó de 2.56 a 3.55 puntos (Δ +0.98) y mejoró en todos los participantes, con los mayores cambios en anatomía quirúrgica e indicaciones. El modelo fue bien valorado (apariencia global 4.38/5; fidelidad anatómica 4.71/5), aunque el comportamiento de la silicona fue el aspecto más criticado. El curso obtuvo un NPS de 38 y un 87.5% de recomendación. Los dos participantes que ya operaron un caso real calificaron su utilidad con la máxima puntuación.

Discusión y Conclusiones. El modelo resultó realista, útil y bien recibido, y elevó de forma consistente la confianza técnica de los participantes, lo que respalda su incorporación a la

formación en urología pediátrica. El beneficio parece mayor cuando la práctica se realiza poco antes de enfrentar un caso real.

O105) FACTORES DE RIESGO DE REINTERVENCIÓN EN PACIENTES TRATADOS MEDIANTE FUNDUPLICATURA DE NISSEN

Ortega, L.(1); Palazón, P.(1); Massaguer, C.(1); Saura, L.(1); Ripoll, R.(1); Capdevila, B.(1); Castellarnau, X.(1);
(1): Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), Barcelona, España

INTRODUCCIÓN

La funduplicatura de Nissen (FN) es el tratamiento quirúrgico más utilizado para la enfermedad por reflujo gastroesofágico (RGE). Sin embargo, la recurrencia y necesidad de reintervención siguen siendo complicaciones relevantes. La identificación de factores de riesgo podría optimizar la selección y seguimiento de estos pacientes.

OBJETIVO

Evaluar los factores de riesgo de recidiva del RGE y necesidad de refunduplicatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes sometidos a FN entre 2010 y 2023 en nuestro centro. Excluimos seguimientos inferiores a un año. Analizamos variables preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias mediante análisis descriptivo y regresión logística univariante y multivariante, para identificar factores asociados a reintervención.

RESULTADOS

Incluimos 313 pacientes; 8% requirieron reintervención. Encontramos asociación significativa de reintervención y presencia de hernia de hiato (HH) <1 año (OR 9,34, IC95%: 1,9–44,3), HH >1 año (OR 3; IC95%: 1,29–6,97), cardiopatía (OR 3,2; IC95%: 1,08–9,41), esofagitis péptica (OR 5,1; IC95%: 2,19–11,81), estenosis péptica (OR 5,6; IC95%: 1,78–17,42), dilataciones esofágicas previas (OR 4; IC95%: 1,51–10,45). Descartamos cardiopatía como variable confusora. La gastrostomía simultánea se asoció a menor riesgo de reintervención (OR 0,25; IC95%: 0,09–0,70). No hubo asociación con prematuridad, edad, hernia diafragmática congénita, atresia esofágica, escoliosis, enfermedad neurológica ni gastrostomía previa.

DISCUSIÓN

La tasa de reintervención fue similar a la descrita en la literatura. La asociación entre HH y reintervención respalda el papel de las alteraciones anatómicas en el fracaso de la

funduplicatura. Asimismo, la presencia de esofagitis, estenosis y dilataciones previas sugiere una enfermedad más avanzada como factor riesgo. El efecto protector de gastrostomía simultánea debe interpretarse con cautela por posibles factores de confusión.

CONCLUSIONES

La HH, la esofagitis, la estenosis péptica y dilataciones esofágicas previas se asociaron a mayor riesgo de reintervención tras FN. La gastrostomía simultánea podría actuar como factor protector. Identifciar estos factores optimizaría el seguimiento de los pacientes.

O106) PERSISTENCIA DE FÍSTULA TRAQUEOCUTÁNEA EN PEDIATRÍA, CORRELACIÓN CON TÉCNICA QUIRÚRGICA

Mackern Videla, M.(1); Schmidt, L.(1); Camacho, J.(1); Fernandez, M.(1); Udaquiola, J.(1); Lobos, P.(1); Urquizo, M.(1);
(1): Hospital italiano de buenos aires, Buenos aires, Argentina

Introducción: La fístula traqueo cutanea (FTC) es una complicación frecuente tras la decanulación post-traqueostomía, caracterizada por la persistencia de una comunicación entre tráquea y piel sin cierre espontáneo que requiere tratamiento quirúrgico. La incidencia reportada varía entre 5% y 50%. El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la técnica quirúrgica utilizada y la persistencia de FTC en pacientes pediátricos.

Material y Métodos: Estudio analítico retrospectivo. Se incluyeron pacientes menores de 18 años sometidos a traqueostomía, con seguimiento mínimo de 3 meses post-decanulación y registro de la técnica quirúrgica utilizada. Se excluyeron aquellos con cirugías concomitantes de vía aérea o traqueostomías percutáneas. Se analizaron dos técnicas: flap/Björk e incisión vertical. Se registraron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas, incluyendo complicaciones y persistencia de FTC. Los datos fueron cargados en planilla de Excel y analizados mediante IBM-SPSS.

Resultados: De 247 pacientes tratados durante 11 años, se incluyeron 67. Edad media: 37 meses (rango 0–225); tiempo medio de permanencia de traqueostomía: 11 meses (rango 0–60). Mediana de intervalo post-decanulación hasta resolución definitiva de FTC: 12,7 meses (rango 1,5–76). Se identificaron cardiopatías en 47,7% de los casos. Las técnicas empleadas fueron Björk (41,8%) y vertical (58,2%). Las traqueostomías de Björk fueron realizadas por el equipo de tórax/vía aérea en 92% de los casos y las verticales en 53,8%. Las tasas de complicaciones fueron 42% y 66%, respectivamente. La incidencia total de FTC fue 40,2%, con diferencias según técnica: 50% para flap y 33,3% para vertical (p=0,21).

Conclusión: La FTC persistente se presentó con ambas técnicas, más frecuente en la técnica de Flap, aunque sin diferencia estadísticamente significativa. Los resultados sugieren la necesidad de un mayor tamaño muestral. Consideramos la posibilidad de individualizar la

técnica según los requerimientos y la indicación temporal o permanente de la traqueostomía.

O107) "DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO PORCINO EX VIVO DE ESTENOSIS TRAQUEAL CONGÉNITA PARA EL ENTRENAMIENTO EN TRAQUEOPLASTIA POR DESLIZAMIENTO

Ortiz, R.(1); Boglione, M.(1); Cadario, M.(1); Canestrari, S.(1); Bolado, J.(1); Giuseppucci, C.(1); Perez Espinosa, C.(1); Williams, G.(1); Asprea, M.(1); Ayarzabal, V.(1);
(1): Hospital Garrahan, Buenos Aires, Argentina

Objetivo:

Evaluar el valor educativo y la validez de un modelo porcino *ex vivo* de estenosis traqueal congénita, diseñado para el entrenamiento en traqueoplastia de deslizamiento.

Métodos:

Se prepararon veinte tráqueas porcinas para reproducir un estrechamiento concéntrico de anillos completos (longitud nominal de la estenosis: 50 mm). Cinco cirujanos de la vía aérea pediátrica (expertos) y cinco cirujanos sin experiencia en vía aérea (trainee) realizaron dos traqueoplastias de deslizamiento cada uno. Las variables de resultado incluyeron el tiempo del procedimiento, la ganancia luminal, la carga de trabajo (escala abreviada NASA-TLX, 1–5) y la validez aparente (escala Likert de 7 ítems, 1–5). Las comparaciones estadísticas se realizaron mediante la prueba t de Welch y la g de Hedges para el tamaño del efecto.

Resultados:

Todos los procedimientos se completaron con éxito (100% de viabilidad). El tiempo medio del procedimiento fue de 12.4 ± 2.3 min para los expertos y de 18.7 ± 4.8 min para los trainees (t de Welch = −3.77, p = 0.0024; g de Hedges = −1.62). La ganancia luminal media fue de 99.5 ± 27.9% para los expertos y de 109.3 ± 20.0% para los trainees (p = 0.381; g de Hedges = −0.39). La carga de trabajo (NASA-TLX) fue significativamente menor entre los expertos (11.1 ± 1.7 frente a 21.5 ± 2.8, p < 0.001; g = −4.24). Las puntuaciones de validez aparente fueron uniformemente altas (media ≥ 4.5/5) sin diferencias entre los grupos.

Conclusiones:

El modelo porcino *ex vivo* de estenosis traqueal congénita es realista, reproducible y discrimina el nivel de experiencia con grandes tamaños de efecto en el tiempo del procedimiento y la carga de trabajo. Ofrece una plataforma robusta para el entrenamiento estructurado en traqueoplastia de deslizamiento.

O108) EVALUACIÓN DE UNA CÁMARA ENDOSCÓPICA MINIATURIZADA PARA SIMULACIÓN DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA NEONATAL

Lariguet, I.(1); Gigena, C.(2); Udaquiola, J.(1); Prodan, S.(1); Millan, C.(1);
(1): Fundacion hospitalaria, Buenos aires, Argentina (2): Cleveland Clinic, Cleveland, USA

Introducción: El entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva (CMI) neonatal requiere simuladores de alta fidelidad que repliquen las restricciones espaciales reales. Dado que el equipamiento estándar suele ser costoso y voluminoso, este estudio evaluó el rendimiento y la usabilidad de una nueva cámara endoscópica miniaturizada diseñada para entornos neonatales, comparándola con un sistema estándar validado.

Material y método: Se realizó un estudio cuasi-experimental y cruzado con 22 cirujanos y residentes. Se comparó un dispositivo estándar (60x30x20 mm) frente al prototipo miniaturizado (25x30x15 mm) con iluminación LED integrada. Los participantes probaron ambos sistemas en dos modelos: transferencia de objetos (ejercicio pediátrico) y reducción de hernia diafragmática congénita (HDC) (ejercicio neonatal). Se registraron los tiempos de ejecución y se midió la usabilidad mediante la Escala de Usabilidad del Sistema (SUS, 0–100) junto con cuestionarios subjetivos.

Resultados: En la tarea de transferencia (n = 20), no se hallaron diferencias significativas en tiempos (p = 0.83) ni en la puntuación SUS (p = 0.78). Sin embargo, en el modelo neonatal de HDC (n = 14), la cámara miniaturizada permitió realizar la tarea un 15% más rápido (163.9 s vs. 192.9 s; p = 0.42) y obtuvo una puntuación SUS mayor (93.4 vs. 89.3; p = 0.08), sugiriendo una tendencia de mejor usabilidad. En la encuesta subjetiva, el dispositivo miniaturizado destacó notablemente en realismo (57.1% vs. 42.8%) y ergonomía (71.4% vs. 57.1%), manteniendo una calidad de imagen equivalente.

Discusión y Conclusión: La cámara miniaturizada demostró un rendimiento y usabilidad comparables al sistema tradicional. Al reducir su tamaño a la mitad sin perder calidad óptica, optimiza el espacio de trabajo simulado y reproduce fielmente las restricciones de la CMI neonatal. Esta innovación representa una herramienta accesible que eleva la fidelidad del entrenamiento y democratiza el acceso a la simulación quirúrgica neonatal.

O109) OBSTRUCCIÓN POR MECONIO DEL PREMATURO EXTREMO: INGENIERÍA INVERSA Y MODELAMIENTO FENOTÍPICO PARA EL RECONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE UNA PATOLOGÍA EMERGENTE.

Pérez, P.(1); Gajardo, P.(2); Vallejos, H.(3); Moreno, A.(1); López, N.(4); Garrido, M.(5); (1): Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile (2): Servicio de Neonatología. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile (3): Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile (4): Servicio de Anestesiología. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile (5): Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso, Chile. Centro Interdisciplinario de Investigación Biomédica e Ingeniería para la Salud – MEDING. Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile., Valparaíso, Chile

Introducción: La Obstrucción por Meconio del Prematuro (MOP) es una entidad recientemente reconocida, caracterizada por falla en eliminación de meconio secundaria a inmadurez neuromuscular colónica. Clínicamente, se presenta desde suboclusión a perforación intestinal secundaria a desecación del meconio, simulando enterocolitis necrotizante (NEC) o perforación intestinal espontánea (SIP). La falta de criterios objetivos para identificarla perpetúa su subdiagnóstico. El objetivo fue determinar la prevalencia real de MOP mediante re-clasificación por ingeniería inversa de abdómenes quirúrgicos históricos, e identificar perfiles fenotípicos para su predicción.

Material y Método: Estudio retrospectivo de 30 meses en prematuros extremos (<28 semanas) y muy prematuros (28-32 semanas). Tras un caso índice con confirmación quirúrgica-anatomopatológica, se aplicó ingeniería inversa revisando registros clínicos, operatorios, imágenes e histopatología de casos históricos. Se utilizó Análisis de Componentes Principales (PCA) —reducción multivariada de datos— para mapear clústeres fenotípicos.

Resultados: La incidencia de abdomen quirúrgico en prematuros extremos fue 15/73 (20,5%), y en muy prematuros fue 0/110 (0%) (p<0,001). La auditoría reclasificó 5 casos como MOP quirúrgica, todos previamente catalogados como NEC, revelando una prevalencia del 6,8% en prematuros extremos y 22,7% en menores de 26 semanas. El día de cirugía fue significativamente más tardío en MOP (mediana 17 vs. 7 días en no-MOP; p=0,041). El PCA agrupó los datos con alta precisión (PC1: 50,55%; PC2: 22,95%); el inicio tardío de síntomas gastrointestinales demostró ser el principal discriminador estadístico (carga PC2: +0,846; PC1: -0,133), aislando matemáticamente al fenotipo MOP debido a su presentación cronológica retrasada. La mortalidad quirúrgica se concentró exclusivamente en MOP (40%; 2/5).

Discusión: La prematuridad extrema, el debut tardío de síntomas y el neumoperitoneo sin neumatosis constituyen la tríada de la MOP quirúrgica. Dada su alta mortalidad, el enfoque futuro se desplaza desde el reconocimiento y diagnóstico hacia la prevención activa mediante estrategias oportunas de desimpactación meconial en prematuros extremos.

Índice por Título

¿ES LA ROBÓTICA MÁS REPRODUCIBLE QUE LA ENDOUROLOGÍA? ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CURVAS DE APRENDIZAJE EN LA ESTENOSIS PIELOURETERAL PEDIÁTRICA. 150
¿QUÉ PACIENTES REALMENTE SE BENEFICIAN DE UNA DERIVACIÓN TIPO SANTULLI? EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO Y PROPUESTA DE UN ALGORITMO DE SELECCIÓN. 247
¿SUSTITUIRÁ LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL URÓLOGO PEDIÁTRICO EN EL DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA URETRAL? 323
ABORDAJE DE TUMORES DE CABEZA DE PÁNCREAS EVITANDO DUODENOPANCREATECTOMÍA 50
ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN UNA PRESENTACIÓN FULMINANTE 161
ABORDAJE NEUMOVAGINAL DE MALFORMACIONES MÜLLERIANAS 223
ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL RABDOMIOSARCOMA UTEROVAGINAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y EVOLUCIÓN DE LAS PACIENTES 65
ABORDAJE ROBÓTICA DE PARAGANGLIOMA EN ÓRGANO DE ZUCKERKANDL TRAS ADRENALECTOMÍA BILATERAL POR FEOCROMOCITOMA EN LA INFANCIA: PRESENTACIÓN DE UN CASO 169
ABSCESO ISQUIORRECTAL Y FISTULAS COLOGÁSTRICA Y COLOYEYUNAL SECUNDARIAS A COLITIS POR DERIVACIÓN EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPUNG Y SEGMENTO DE COLON ABANDONADO POR 14 AÑOS. 101
ACALASIA ESOFÁGICA PEDIÁTRICA DE INICIO TEMPRANO ASOCIADA A SÍNDROME DE ALLGROVE INCOMPLETO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO EXITOSO .. 112
ADENOCARCINOMA DE COLON EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: REPORTE DE TRES CASOS CLÍNICOS 174
ADENOMA NEFROGÉNICO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: RETOS DIAGNÓSTICOS Y DE MANEJO POST ANÁLISIS RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA SERIE MULTICÉNTRICA INTERNACIONAL 307
ADHESIVO TISULAR/CIANOACRILATO FRENTE A SUTURA CONVENCIONAL EN LA CIRCUNCISIÓN PEDIÁTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ESTUDIOS COMPARATIVOS 138
ALTA PREVALENCIA DE COLECISTITIS CRÓNICA EN 110 COLECISTECTOMÍAS LAPAROSCÓPICAS PEDIÁTRICAS CONSECUTIVAS EN UN ÁREA DE ALTO RIESGO ONCOLÓGICO. 85
AMPLIACIÓN VESICAL ASISTIDA POR ROBOT 291
ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS ENTRE PACIENTES CON INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA TRATADOS MEDIANTE FARINGOPLASTIA DE COLGAJO FARÍNGEO POSTERIOR DE PEDÍCULO SUPERIOR O MEDIANTE TÉCNICA DE ESFÍNTER: ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO 294
ANÁLISIS DE FÍSTULAS PALATINAS EN UNO DE LOS CENTROS GES DEL TRATAMIENTO DEL NIÑO CON FISURA LABIO PALATINA, DURANTE LOS 20 AÑOS DE LA GARANTÍA. 306
ANÁLISIS DEL MODELO DE FINANCIAMIENTO GES 55 GRAN QUEMADO: COMPARACIÓN ENTRE EL SISTEMA GRD Y LAS CANASTAS GES ESTRATIFICADAS POR GRAVEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 214

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA APLICACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN PEDIATRÍA EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE ECUADOR..... 56
ANORRECTOPLASTÍA SAGITAL POSTERIOR CON PRESERVACIÓN DEL PERINÉ: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL..... 276
APÉNDICE CECAL COMO CONTENIDO DE UN ONFALOCELE PEQUEÑO, A PROPÓSITO DE UN CASO..... 188
APROXIMACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LA FUERZA LABORAL QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA EN IBEROAMÉRICA..... 237
ARACNOIDITIS ADHESIVA COMO CAUSA INFRECUENTE DE VEJIGA E INTESTINO NEUROGÉNICO PEDIÁTRICO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPEUTICO..... 321
ASOCIACIÓN ENTRE LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO EN LOBECTOMÍAS POR TUMORES PULMONARES Y MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS ENTRE 2014 Y 2025. 153
ASOCIACIÓN ENTRE MALFORMACIONES DE PARED TORÁCICA ANTERIOR Y ESCOLIOSIS: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DR. EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS ENTRE 2022 Y 2025 229
ATENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA NANEAS EN EL VALLE DEL ACONCAGUA..... 179
ATRESIA ESOFAGICA TIPO II DE GRAN BRECHA: DESAFÍOS EN LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA 184
ATRESIA MÚLTIPLE DEL TRACTO GASTROINTESTINAL EN UN RECIEN NACIDO: ATRESIA DE ESÓFAGO, DUODENAL Y YEYUNOILEAL..... 257
AUTO-INVAGINACIÓN DE DIVERTÍCULO DE MECKEL CON EXTENSIÓN ÍLEO-CÓLICA 91
AVANCE MEATAL SIN URETROPLASTÍA PARA LA CORRECCIÓN DEL HIPOSPADIAS GLANDULAR Y CORONAL: UNA SIMPLIFICACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA. 135
BRONCOTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA 124
BRONCOTOMÍA POR CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA: REPORTE DE CASO Y EXTRATEGIA QUIRÚRGICA 123
CÁLCULO DE VOLÚMENES FACIALES EN EL ESPECTO ÓCULO AURICULO VERTEBRAL..... 299
CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN COMPLEJO ASISTENCIAL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO, SANTIAGO, CHILE – ATENCIONES DE URGENCIAS ENTRE LOS AÑOS 2018 – 2025 41
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, QUIRÚRGICA E HISTOPATOLÓGICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIVERTÍCULO DE MECKEL: SERIE RETROSPECTIVA EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN COLOMBIA..... 277
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-QUIRÚRGICA DE PACIENTES OPERADOS DE QUISTE PILONIDAL EN MODALIDAD ELECTIVA (2014-2025)..... 284
CARCINOMA SUPRARRENAL PEDIÁTRICO: UNA DÉCADA DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO BRASILEÑO 64
CASO INTERESANTE DE INVAGINACIÓN INTESTINAL CON ATRESIA YEYUNO-ILEAL EN UN RECIÉN NACIDO A TÉRMINO 192
CÉLULAS MADRE MESENQUIMALES DE CORDÓN UMBILICAL Y PLACENTA HUMANO PARA REGENERAR TRAQUEA EN MODELO MURINO..... 178

CIERRE ASISTIDO POR VACÍO COMO ESTRATEGIA DE SOPORTE BIOMECÁNICO EN EL MANEJO CONSERVADOR DE LAPAROTOMÍAS PEDIÁTRICAS DE ALTO RIESGO 286
CINÉTICA DE DESCENSO DE AFP Y DESENLACE EN HEPATOBLASTOMA PRETEXT III/IV OPERADO. 210
CIRUGÍA COLORRECTAL ROBÓTICA PEDIÁTRICA EN ECUADOR: EXPERIENCIA Y EVOLUCIÓN EN 16 PACIENTES 281
CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y ROBÓTICA PEDIÁTRICA EN IBEROAMÉRICA: ¿DÓNDE ESTAMOS HOY? - RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTICÉNTRICA 73
CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL QUISTE DE COLÉDOCO TIPO I PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA INICIAL Y EVOLUCIÓN TÉCNICA EN ECUADOR..... 58
CLINICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN PRIMARY PALATOPLASTY: A 12-YEAR RETROSPECTIVE STUDY 269
CLUB DE RESIDENTES IBEROAMERICANOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA: RESULTADOS INICIALES DE UNA INICIATIVA DE EDUCACIÓN COLABORATIVA INTERNACIONAL 234
COLECTOMÍA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA CON RESERVORIO ILEAL EN J Y ANASTOMOSIS ÍLEO-RECTAL: UNA ALTERNATIVA PARA LA PRESERVACIÓN FUNCIONAL Y DE LA CALIDAD DE VIDA EN UN ADOLESCENTE CON POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR 107
COLEDOCOLITIASIS PERSISTENTE ASINTOMÁTICA EN LA INFANCIA. REPORTE DE CASO. 52
COLGAJO DE MUCOSA DEL CORNETE INFERIOR PARA RECONSTRUCCIÓN PRIMARIA DEL PISO NASAL EN UNA MALFORMACIÓN CRANEOFACIAL DE LA LÍNEA MEDIA: REPORTE DE UN CASO. 297
COLGAJO DE MUSTARDÉ COMO ESTRATEGIA RECONSTRUCTIVA EN SECUELA FIBROADIPOSA FACIAL DE UN HEMANGIOMA DE LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO 159
COLOCACIÓN ECOGUIADA DE CATÉTER VENOSO CENTRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA. 154
COMPLICACIONES EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMA VERRUCOSO Y USO DE SIROLIMUS. ¿PODRÍA EL ADYUVANTE SER LA CAUSA DE LAS COMPLICACIONES? PRESENTACIÓN DE 1 CASO. 205
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA DE OPERATIVO: ANÁLISIS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN-DINDO EN EL PROGRAMA 133
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS LA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE LA GASTROSQUISIS Y EL ONFALOCELE: UNA UMBRELLA REVIEW CON METAANÁLISIS DE MÁS DE 58.000 NEONATOS 127
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y REINTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ASOCIADAS A STREPTOCOCCUS ANGINOSUS EN APENDICITIS PEDIÁTRICA COMPLICADA..... 34
COMPUTED TOMOGRAPHY IN PEDIATRIC APPENDICITIS: IS ROUTINE USE NECESSARY? 68
CONCORDANCIA DE IMÁGENES Y HALLAZGOS INTRAOPERATORIOS EN TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS EN PEDIATRÍA 211
CORRECCIÓN TARDÍA DE ATRESIA ESOFÁGICA LONG-GAP CON INTERPOSICIÓN DE TUBO GÁSTRICO INVERTIDO 115
CRIOANALGESIA TORACOSCÓPICA COMO ESTRATEGIA PARA EL CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA DE PECTUS EXCAVATUM 224

CUANDO EL APÉNDICE TIENE UN PROPÓSITO: EXTRACCIÓN TRANSAPENDICULAR DE CUERPOS EXTRAÑOS RETENIDOS EN CIEGO. 109
CUANDO LA INVAGINACIÓN INTESTINAL OCULTA EL DIAGNÓSTICO FINAL: SÍNDROME DE WAUGH EN UN LACTANTE DE 7 MESES 187
CUANDO UNA TUMORACIÓN RENAL NO ES WILMS: PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN PEDIATRÍA UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. 311
CUERPO EXTRAÑO EN URETRA EN ADOLESCENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO. 141
CUERPOS EXTRAÑOS INUSUALES EN CIRUGÍA ABDOMINAL PEDIÁTRICA 33
DE LA DISMENORREA SEVERA AL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: MANEJO LAPAROSCÓPICO DE UN HEMIÚTERO NO COMUNICADO EN ADOLESCENTE. 319
DE LA PERDIDA DEL DOMINIO AL CIERRE: UN VIAJE POR ETAPAS PARA RECUPERAR LA CAVIDAD ABDOMINAL. REPORTE DE CASO 285
DEGUANTAMIENTO DE MANO DERECHA: REPORTE DE CASO 268
DENERVACIÓN SIMPÁTICA CARDÍACA IZQUIERDA VIDEOTORACOSCÓPICA EN EL SÍNDROME DE QT LARGO REFRACTARIO NEONATAL 242
DERIVACIÓN FECAL CONTINENTE EN PEDIATRÍA: RESULTADOS CLÍNICOS Y SEGURIDAD DE LAS TÉCNICAS DE MALONE Y NEOMALONE 283
DERIVACIONES URINARIAS Y CONDUCTOS PARA ENEMAS ANTERÓGRADOS, UTILIDAD DEL APÉNDICE EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA. 289
DESAFIANDO EL DOLOR POSTOPERATORIO EN PECTUS EXCAVATUM: PRIMERA SERIE INSTITUCIONAL DE CRIOANALGESIA INTERCOSTAL. 240
DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ESTENOSIS INTESTINAL POSTERIOR A ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO TRAS EL MANEJO CONSERVADOR 130
DESARROLLO DE UNA CURRÍCULA DE ENTRENAMIENTO ROBÓTICO PEDIÁTRICO MEDIANTE EL SIMULADOR MT-BOX 225
DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS SIMULADOS PARA MALFORMACIONES DE LA PARED TORÁCICA (PECTUS EXCAVATUM) 236
DESENLACES CLÍNICOS DE PACIENTES LLEVADOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON ALTA TEMPRANA. EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES PEDIÁTRICOS EN BOGOTÁ D.C 45
DESENREDANDO LA CABEZA Y LOS INTESTINOS TRICOBEZOAR Y SÍNDROME DE RAPUNZEL 122
DESINVAGINACIÓN NEUMÁTICA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA EN INVAGINACIÓN INTESTINAL: EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS. 28
DEVELANDO LA ZONA DE TRANSICIÓN EN ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG 278
DILATACIÓN CON BALÓN RECUBIERTO CON PACLITAXEL COMO TRATAMIENTO DE RESCATE EN ESTENOSIS PIELOURETERAL RECURRENTE: REPORTE DE UN CASO. 313
DILATACIÓN ENDOSCÓPICA RÍGIDA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN ESTENOSIS SUBGLÓTICA POSTINTUBACIÓN: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL. 155
DISPLASIA QUÍSTICA DE LA RETE TESTIS: UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INFRECUENTE DE TUMOR TESTICULAR EN PEDIATRÍA 143

DIVERTICULITIS CECAL EN PEDIATRÍA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA. REPORTE DE UN CASO 250
DIVERTÍCULO DE MECKEL DE BORDE MESENTÉRICO: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL. REPORTE DE 2 CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. 282
DIVERTÍCULO ESOFÁGICO CONGÉNITO. UNA ENTIDAD MUY POCO FRECUENTE 116
DOSIS ULTRA-BAJAS E INTERVALOS CORTOS DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA PEDIÁTRICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO 83
DRENAJE PERCUTÁNEO DE ABSCESO HEPÁTICO AMEBIANO AUTÓCTONO EN UN PREESCOLAR SÉPTICO. INFORME DE UN CASO EN CHILE. 53
DUPLICACIÓN TOTAL DE COLON: REPORTE DE CASO Y ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA 106
EDUCACIÓN MÉDICA Y USO DE TECNOLOGÍA DE ÚLTIMA GENERACIÓN PARA LA GRABACIÓN Y TRANSMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. 221
EFECTOS DEL USO DE VERDE DE INDOCIANINA EN CIRUGÍA DE TUMORES HEPÁTICOS PEDIÁTRICOS 67
EFICACIA DE LA ANESTÉSIA TÓPICA (GEL LAT) EN LA SUTURA DE HERIDAS FACIALES PEDIÁTRICAS: ADIÓS A LA AGUJA 162
EFICACIA Y SEGURIDAD DE MIRABEGRÓN EN EL TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO 147
EMBOLIA POR DIÓXIDO DE CARBONO (CO2) DURANTE LAPAROSCOPÍA NEONATAL: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE ASOCIADA AL NEUMOPERITONEO 81
ENFERMEDAD DE JODHPUR: EXPERIENCIA QUIRÚRGICA DE SEIS CASOS 113
ESCLEROTERAPIA CON USO DE DOXICICLINA PARA EL TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS DE UN CENTRO REGIONAL 270
ESTANDARIZACIÓN DE LA ECOGRAFÍA CERVICAL EN PEDIATRÍA: REDUCCIÓN DEL ERROR DIAGNÓSTICO ENTRE QUISTE TIROGLOSO Y DERMOIDE MEDIANTE EL ÍNDICE SIST 63
ESTENOSIS HIPERTRÓFICA DEL PÍLORO EN PACIENTE GASTROSTOMIZADO: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO DE UNA PATOLOGÍA COMÚN, A PROPÓSITO DE UN CASO 191
ESTUDIO PROSPECTIVO DEL SISTEMA DE INSUFLACIÓN VALVELESS CON RECIRCULACIÓN DE CO2 SOBRE LA VENTILACIÓN INTRAOPERATORIA Y EL DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA ROBÓTICA PEDIÁTRICA 82
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS 245
EVALUACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CON ANGIOGRAFÍA POR VERDE DE INDOCIANINA Y TERMOGRAFÍA EN LA RECONSTRUCCIÓN AURICULAR POR MICROTIA 269
EVALUACIÓN DE UNA CÁMARA ENDOSCÓPICA MINIATURIZADA PARA SIMULACIÓN DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA NEONATAL 332
EVALUACIÓN POLISOMNOGRÁFICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FISURA PALATINA SOMETIDOS A FARINGOPLASTIA: RIESGO DE SAHOS Y FACTORES ANATÓMICOS ASOCIADOS. 303
EVALUCIÓN DEL MODELO DE SIMULACIÓN MANO PEDIÁTRICA 284

EVOLUCIÓN CLÍNICA E INCIDENCIA DE ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PATOLOGÍA NEUROLÓGICA SOMETIDOS A GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA AISLADA: EXPERIENCIA EN 7 AÑOS. 156
EVOLUCIÓN CLÍNICA Y PREDICTORES DE NECESIDAD DE SILO EN PACIENTES CON GASTROSQUISIS SIMPLE 128
EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL CON DISPOSITIVOS HÍBRIDOS PICC-PORT EN PACIENTES ONCOLÓGICOS ADOLESCENTES: UNA SERIE DE CASOS DE 10 PACIENTES 152
EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN FISURA PALATINA EN CENTRO GES: CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS 305
EXPERIENCIA DE PACIENTES CON ESTENOSIS SUBGLÓTICAS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL PERIODO DEL 2015 AL 2020 186
EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE DE COLÉDOCO EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO – BREÑA, DURANTE EL PERIODO 2015 AL 2021 55
EXPERIENCIA INICIAL CON DISPOSITIVO DE MANEJO FECAL EN GRANDES QUEMADOS PEDIÁTRICOS 163
EXPERIENCIA INICIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO SIOP-RTSG UMBRELLA 2016 EN TUMORES RENALES NO-WILMS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO EN SANTIAGO DE CHILE 209
EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO EN EL USO DE CRIOABLACIÓN INTRAOPERATORIA EN PACIENTES OPERADOS DE PECTUS EXCAVATUM 228
EXPERIENCIA INSTITUCIONAL CON DERIVACIÓN MESO-REX EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL EXTRAHEPÁTICA 88
EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN HIPOSPADIAS EN UN CENTRO TERCIARIO ENTRE 2018 Y 2024: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS. 140
EXPERIENCIA Y DESENLACES CON REEMPLAZO DE ESÓFAGO POR LA TÉCNICA SCHARLI MODIFICADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. RESULTADOS A CORTO PLAZO DE UNA TÉCNICA NOVEDOSA 181
EXTIRPACIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE DE COLÉDOCO 217
EXTROFIA VESICAL EN LA EDAD ADULTA: CUANTIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE SALUD A LARGO PLAZO MEDIANTE DATOS DE LA VIDA REAL 292
FACTORES ASOCIADOS A FALLA DEL TRATAMIENTO MÉDICO EN COLECCIONES RESIDUALES INTRAABDOMINALES POSTAPENDICECTOMÍA 62
FACTORES CLÍNICOS PREOPERATORIOS ASOCIADOS A RESECCIÓN INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INVAGINACIÓN INTESTINAL 61
FACTORES DE RIESGO DE REINTERVENCIÓN EN PACIENTES TRATADOS MEDIANTE FUNDUPLICATURA DE NISSEN 329
FACTORES PREDICTIVOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y MORTALIDAD EN LA ENTEROCOLITIS NECROSANTE NEONATAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA 131
FACTORES PREDICTORES DE CIRUGÍA TORÁCICA EN NIÑOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EXPERIENCIA DE UN CENTRO PEDIÁTRICO DE REFERENCIA 226
FASCITIS NECROTIZANTE MULTIFOCAL PEDIÁTRICA: DESAFÍO DE MANEJO AGUDO, RECONSTRUCTIVO DE SECUELAS Y TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO.343 201

FETAL MANAGEMENT OF CERVICAL LYMPHANGIOMA USING INTRAUTERINE SCLEROTHERAPY AND EXIT PROCEDURE 78
FIBRINOLÍTICOS INTRAPLEURALES FRENTE AL ABORDAJE QUIRÚRGICO INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DEL EMPIEMA PLEURAL EN NIÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA CON METAANÁLISIS 70
FÍSTULA RECTOVAGINAL EN UNA NIÑA: UN RETO DIAGNÓSTICO EN MALFORMACIONES ANORRECTALES 106
FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA RECURRENTE EN PREMATURO CON CARDIOPATÍA COMPLEJA 185
FÍSTULAS ENTEROENTÉRICAS MÚLTIPLES SECUNDARIA A INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS NO MAGNÉTICOS. REPORTE DE CASO. 111
FOSITA LABIAL CONGÉNITA AISLADA COMO UNICA SOSPECHA DE SINDROME DE VAN DER WOUDE 271
GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS PEDIÁTRICAS: RESULTADOS DE 10 AÑOS DE PROCEDIMIENTOS EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE 158
HAMARTOMA HEPÁTICO MESENQUIMAL GIGANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: PLANEACIÓN QUIRÚRGICA CON MODELO 3D 167
HAMARTOMA URETERAL: UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE ESTENOSIS URETERAL EN LA INFANCIA 316
HEMANGIOMA CONGÉNITO RÁPIDAMENTE INVOLUTIVO DE PARED ABDOMINAL: UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE EN UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL 260
HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA MASIVA EN UN RECIÉN NACIDO: UN DESAFIO DIAGNÓSTICO 194
HEPATITIS LITIÁSICA EN PEDIATRÍA: LA TRANSAMINASAS COMO SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS 86
HERNIA DE AMYAND CON APENDICITIS COMO SIMULADOR DE ENTEROCOLITIS EN PACIENTE PRETÉRMINO 259
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: RECONOCIMIENTO Y MANEJO DE UNA COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA 75
HERNIA INGUINAL ENCARCELADA EN PEDIATRÍA: ¿ESTAMOS VIENDO MÁS CASOS QUE ANTES? ANÁLISIS DE MÁS DE UNA DÉCADA EN UN CENTRO DE REFERENCIA. 143
HERNIA INTERNA TRANSMESENTÉRICA CONGÉNITA ENMASCARADA POR SEPSIS NEONATAL: REPORTE DE CASO 191
HERNIA TRAUMATICA PARED ABDOMINAL: OPERAR O ESPERAR? 90
ILEO-VAGINOPLASTÍA PARA MANEJO DEFINITIVO DE AGENESIA VAGINAL SIN USO DE OSTOMÍA. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO 322
IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE URGENCIA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 36
IMPACTO DE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA EN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ELECTIVAS: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO CHILENO 233
IMPACTO DE LAS ANOMALÍAS CONGÉNITAS ASOCIADAS SOBRE LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA DE PACIENTES CON MALFORMACIONES ANORRECTALES 253
IMPACTO DEL CAMBIO DE ESQUEMA ANTIBIÓTICO EN APENDICITIS COMPLICADA EN HOSPITAL EXEQUIEL GONZÁLEZ CORTÉS 30

IMPLEMENTACIÓN DE FLUJO DE TRABAJO DIGITAL MEDIANTE MÁSCARAS COMPRESIVAS 3D EN LA REHABILITACIÓN KINÉSICA DE CICATRICES E INJERTOS FACIALES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO: EXPERIENCIA DE 2 AÑOS 159
INFLUENCIA DE LA PUNTUACIÓN TWIST EN EL DIAGNÓSTICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOSPECHA DE TORSIÓN TESTICULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 146
INHIBICIÓN TEMPRANA DE LA VÍA MTOR CON SIROLIMUS: CAMBIO DE PARADIGMA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER COMPLICADO. 168
INJERTO DE DIVERTÍCULO URETRAL: ALTERNATIVA QUIRÚRGICA PARA EL MANEJO DEL DIVERTÍCULO URETRAL SECUNDARIO EN HIPOSPADIAS PROXIMAL OPERADA 137
INNOVACIÓN EN CRIOANALGESÍA: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE MODELOS SIMULADOS PARA PROCEDIMIENTOS TORACOSCÓPICOS Y PERCUTÁNEOS 227
INSUFICIENCIA VELOFARÍNGEA SECUNDARIA A FISURA PALATINA: FRECUENCIA, MANEJO QUIRÚRGICO Y RESULTADOS EN UNA COHORTE DE 20 AÑOS DE UN CENTRO GES CHILENO 304
INVAGINACIÓN ILEOCÓLICA EN ADOLESCENTES: ¿TOMOGRAFÍA, REDUCCIÓN RADIOLÓGICA O CIRUGÍA? CASO CLÍNICO Y REVISIÓN ESTRUCTURADA DE LA LITERATURA 105
INVAGINACION INTESTINAL ILEO COLICA POR DIVERTICULO DE MECKEL, PRESENTACIÓN DE UN CASO. 55
INVAGINACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN CON COMPROMISO INTESTINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO 100
INVAGINACIÓN YEYUNOILEAL RETRÓGRADA CON ENTERITIS AGUDA ISQUÉMICA COMO CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO EN LACTANTE: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA RECIENTE 37
IS THORACOSCOPIC REPAIR SUPERIOR TO OPEN REPAIR FOR NEONATAL CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA? 80
LA FIBRA NO SIEMPRE MEJORA EL TRÁNSITO: OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR REMANENTE DEL CONDUCTO ONFALOMESENTÉRICO 108
LA REALIDAD DE LA CIRUGÍA NEONATAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PERSPECTIVA Y OPINIÓN DEL CIRUJANO PEDIÁTRICO 72
LAPAROSCOPIC CHOLANGIOGRAPHY COMBINED WITH LIVER BIOPSY FOR THE EVALUATION OF NEONATAL CHOLESTASIS: A THREE-CASE SERIES 77
LEIOMIOSARCOMA VESICAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASO Y DESAFÍO TERAPÉUTICO EN UN TUMOR EXCEPCIONAL 309
LESION INTESTINAL POR TRAUMA CONTUSO EN LA EDAD PEDIATRICA 90
LESIÓN POLIPOIDE INTRALUMINAL EN MITROFANOFF: CAUSA 290
LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA COMPLICADA: UNA TRAMPA DIAGNÓSTICA POTENCIALMENTE LETAL 170
LIPOBLASTOMA PERIANAL NEONATAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO 173
LONGITUD DEL CANAL COMÚN COMO PREDICTOR DE LA ANATOMÍA UTEROVAGINAL Y LA MORBILIDAD GINECOLÓGICA EN PACIENTES CON CLOACA 279
MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA TIPO 1 EN ADOLESCENTE 241
MALFORMACIÓN ANORRECTAL CON FISTULA VAGINAL EN H: UN HALLAZGO INTRAOPERATORIO INUSUAL. REPORTE DE CASO. 248

MALFORMACIÓN LINFÁTICA CERVICOFACIAL GIGANTE DE CRECIMIENTO ACELERADO: CUÁNDO ABANDONAR LA ESCLEROTERAPIA Y OPTAR POR CIRUGÍA RADICAL CON RECONSTRUCCIÓN INMEDIATA. 160
MALFORMACIÓN LINFÁTICA DEL MEDIASTINO ANTERIOR EN UN RECIÉN NACIDO: ESCLEROTERAPIA COMO ALTERNATIVA AL MANEJO QUIRÚRGICO MAYOR..... 243
MANEJO ACTUAL DE LA SUSTITUCIÓN ESOFÁGICA: EXPERIENCIA DE 15 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL 182
MANEJO AMBULATORIO DE PACIENTES CON SECUENCIA DE PIERRE ROBIN EN UN CENTRO DE FISURAS: PROPUESTA DE PROTOCOLO DE TRATAMIENTO (ETAPA TEMPRANA). 301
MANEJO DE APENDICITIS AGUDA GANGRENOSA SIN ANTIBIÓTICOS POSTOPERATORIOS: REVISIÓN DE NUESTROS RESULTADOS 40
MANEJO DE EMPIEMA Y PERFORACIÓN PULMONAR POR VIDEO TORACOSCOPIA SECUNDARIO A BRONCOASPIRACIÓN INADVERTIDA DE ESPIGA VEGETAL..... 222
MANEJO DE LESIONES QUÍSTICAS OVÁRICAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE: ENCUESTA INTERNACIONAL..... 208
MANEJO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASTORNO DE LA DEGLUCIÓN. EXPERIENCIA DE 2 AÑOS EN EL VALLE DEL ACONCAGUA 180
MANEJO DE TRAUMA PENETRANTE POR MÚLTIPLES HERIDAS DE ARMA BLANCA GUIADO POR ROTEM: REPORTE DE CASO. 22
MANEJO ESTÉTICO DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA FRONTAL MEDIANTE LIPOFILLING SERIADA: REPORTE DE UN CASO BASADO EN EVIDENCIA. 202
MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL QUISTE OVÁRICO COMPLEJO CON DIAGNÓSTICO PRENATAL: REPORTE DE DOS CASOS 99
MANEJO QUIRÚRGICO DE FÍSTULAS BRONCOPLEURALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS BAJO SOPORTE ECMO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA 243
MANEJO QUIRÚRGICO DEL FIBROSARCOMA EPITELIOIDE ESCLEROSANTE PEDIÁTRICO DE PARED TORÁCICA: ENTIDAD RARA Y AGRESIVA 94
MANEJO RECONSTRUCTIVO ESCALONADO DE AVULSIÓN FACIAL EXTENSA POR MORDEDURA CANINA. REPORTE DE CASO. 204
MANEJO SECUENCIAL CON CPRE Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN COLEDOCOLITIASIS PEDIÁTRICA COMPLICADA CON PANCREATITIS BILIAR..... 87
MANEJO UROLÓGICO ESCALONADO EN SÍNDROME DE PRUNE BELLY CON COMPROMISO UROLÓGICO Y RENAL SEVERO: REPORTE DE CASO..... 317
MANEJO Y COBERTURA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DE FASCEITIS NECROTIZANTE: ANÁLISIS DE UN CASO..... 303
MÁS ALLÁ DE LA TORSIÓN: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL ESCROTO AGUDO NEONATAL EN UN CASO DE PERIORQUITIS MECONIAL CON HERNIA INCARCERADA 196
MÁS ALLÁ DEL PERÍODO NEONATAL: HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA COMO RETO DIAGNÓSTICO Y QUIRÚRGICO..... 238
MASA PÉLVICA CALCIFICADA PERSISTENTE COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN DE UNA DUPLICACIÓN VESICAL COMPLETA EN UN PACIENTE CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: CASO CLÍNICO..... 320
MASA QUÍSTICA MEDIASTINAL PRENATAL: EL RETO DIAGNÓSTICO DE UN QUISTE NEUROENTÉRICO 175

MASTOPEXIA BILATERAL EN ADOLESCENTE CON PTOSIS MAMARIA SEVERA: REPORTE DE CASO 300
MEDICIÓN INTRAOPERATORIA DE LA RIGIDEZ TORÁCICA EN LA CORRECCIÓN DE PECTUS EXCAVATUM. IMPLICACIONES CLÍNICAS 232
MEDICIÓN VOLUMÉTRICA DE LIPOTRANSFERENCIA MEDIANTE SMARTPHONE 288
MEGACOLON TÓXICO SECUNDARIO A CONSTIPACIÓN CRÓNICA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS 110
MEMBRANA ANTRAL CONGÉNITA COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN DE LA SALIDA GÁSTRICA EN ESCOLAR CON VÓMITO CRÓNICO: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA ENTIDAD RARA 119
MODELO DE SILICONA 3D PARA ENTRENAMIENTO EN PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA PEDIÁTRICA 328
MODELO DE SIMULACIÓN EN VEJIGA DE SILICONA DE BAJO COSTO PARA EL ENTRENAMIENTO EN TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL . 324
MOMENTO ÓPTIMO DE REPARACIÓN DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN PACIENTES CON SOPORTE ECMO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL 326
MUCORMICOSIS EN PACIENTES GRANDES QUEMADOS PEDIÁTRICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. 216
MULTIPLE MILIARY OSTEOMA CUTIS OF THE FACE FOLLOWING A DOG BITE INJURY: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW 200
NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA: EL ROL DEL CIRUJANO EN LA PATOLOGÍA CUTÁNEA GRAVE, UNA SERIE DE CASOS 206
NECROSIS GÁSTRICA EN PREESCOLAR. REPORTE DE UN CASO. 183
NEUMONÍA COMPLICADA CON DESENLACES CLÍNICOS VARIABLES: SERIE DE TRES CASOS 60
NEUMOPERITONEO COMO ÚNICA PISTA: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UNA PERFORACIÓN INTESTINAL ATÍPICA. REPORTE DE CASO CLÍNICO. 92
NEUMOPERITONEO NEONATAL: MÁS ALLÁ DE LA ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE 196
NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO DE LA REGIÓN FRONTAL EN PEDIATRÍA: RECONSTRUCCIÓN ESTÉTICA POR ETAPAS CON EXPANSIÓN TISULAR. REPORTE DE UN CASO. 203
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A LACTOBEZOAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FIBROSIS QUÍSTICA EN UN LACTANTE MENOR: REPORTE DE CASO. 177
OBSTRUCCIÓN POR MECONIO DEL PREMATURO EXTREMO: INGENIERÍA INVERSA Y MODELAMIENTO FENOTÍPICO PARA EL RECONOCIMIENTO Y PREVENCIÓN DE UNA PATOLOGÍA EMERGENTE. 332
OCLUSIÓN TRAQUEAL FETOSCÓPICA EN FETOS CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA IZQUIERDA 74
ORQUIDOPEXIA VIDEOASISTIDA (OVA): UNA ALTERNATIVA EFICAZ Y SEGURA PARA EL TRATAMIENTO DEL TESTÍCULO NO DESCENDIDO PALPABLE DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN .. 142
PÁNCREAS ECTÓPICO COMO PUNTO GUÍA PATOLÓGICO DE INVAGINACIÓN INTESTINAL PEDIÁTRICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE 36 CASOS PUBLICADOS 29
PANCREATECTOMÍA CENTRAL CON PANCREATO YEYUNO ANASTOMOSIS DE CABEZA Y COLA DE PÁNCREAS CON RECONSTRUCCIÓN EN Y DE ROUX PARA UN TUMOR SÓLIDO PSEUDOPAPILAR DEL PÁNCREAS: REPORTE DE CASO. 98

PATIENT-REPORTED OUTCOMES IN A CLEFT POPULATION: A CROSS-SECTIONAL ANALYSIS USING CLEFT-Q© 298
PENTALOGÍA DE CANTRELL CLASE III Y SÍNDROME DE GOLTZ: UN DESAFÍO RECONSTRUCTIVO 261
PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS APENDICECTOMÍAS NEGATIVAS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SEIS AÑOS 27
PERFIL MICROBIOLÓGICO DE LA PERITONITIS DIFUSA SECUNDARIA A APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: IMPLICANCIAS PARA EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EMPÍRICO 38
PERFIL MICROBIOLÓGICO Y PATRONES DE RESISTENCIA EN PERITONITIS APENDICULAR PEDIÁTRICA: UN LLAMADO A LA OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PROA) 42
PERFIL QUIRÚRGICO DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, 2020-2026 45
PERFORACIÓN GÁSTRICA SECUNDARIA A INGESTA DE CEMENTO 118
PERFORACIÓN INTESTINAL ÚNICA YEYUNAL EN PREMATURO EXTREMO: UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE 256
PERFORACIÓN RECTAL PRENATAL ENTIDAD INUSUAL CON SIGNOS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS 76
PERITONITIS GENERALIZADA POR PERFORACIÓN APENDICULAR POR ASCARIS LUMBRICOIDES EN LACTANTE MAYOR 26
PERITONITIS MECONIAL QUÍSTICA ASOCIADA A ATRESIA YEYUNAL EN UN RECIÉN NACIDO: UN REPORTE DE CASO 129
PERSISTENCIA DE FÍSTULA TRAQUEOCUTÁNEA EN PEDIATRÍA, CORRELACIÓN CON TÉCNICA QUIRÚRGICA 330
PIELOLITOTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR NEFROSCOPIA SEMIRRÍGIDA Y PIELOPLASTIA PARA EL MANEJO SIMULTÁNEO DE LITIASIS RENAL Y ESTENOSIS DE LA UNIÓN URETEROPIÉLICA: REPORTE DE CASO 312
PIELOPLASTIA ROBÓTICA PEDIÁTRICA: CURVA DE APRENDIZAJE, REPRODUCIBILIDAD E INFLUENCIA DE LA EDAD 149
PILOMATRIXOMAS MÚLTIPLES EN PEDIATRÍA: REPORTE DE TRES CASOS 273
PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA CON RECONSTRUCCIÓN 3D A TRAVÉS DE SEGMENTACIÓN DE IMÁGENES EN 3D SLICER. 295
POLIORQUIDISMO INGUINAL EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO 144
PÓLIPOS GENITOURINARIOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: PROPUESTA MANEJO POST ANALISIS DE SERIE INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA 308
PORTOENTEROSTOMÍA DE KASAI LAPAROSCÓPICA: DEMOSTRACIÓN TÉCNICA PASO A PASO DE UN PROCEDIMIENTO POCO DIFUNDIDO EN LATINOAMÉRICA 218
PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LA REGLA PECARN EN EL TRAUMATISMO ABDOMINAL PEDIÁTRICO: ESTUDIO OBSERVACIONA RETROSPECTIVO EN UN HOSPITAL TERCIARIO. . 23
PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO OCLUSIVO 103
PRESERVACIÓN DE FERTILIDAD EN ONCOPEDIATRÍA: EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA PÚBLICO PIONERO DE CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO OVÁRICO. PERSPECTIVA DESDE LA CIRUGÍA PEDIÁTRICA 212

PRESERVACIÓN DE MALLA PROTÉSICA MEDIANTE TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN UN ONFALOCELE GIGANTE NEONATAL: REPORTE DE UN CASO 130
PRESERVACIÓN ESPLÉNICA EN MANEJO DE QUISTES ESPLÉNICOS GIGANTES, UNA ENTIDAD INUSUAL EN PEDIATRÍA 57
PRIAPISMO ISQUÉMICO IDIOPÁTICO REFRACTARIO EN UN ADOLESCENTE: DESAFÍOS EN EL MANEJO DE UNA URGENCIA UROLÓGICA EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA 136
PROLAPSO VESICAL A TRAVÉS DE URACO PERMEABLE: REPORTE DE CASO 264
PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE REDUCCIÓN NEUMÁTICA EN INVAGINACIÓN INTESTINAL: RESULTADOS CLÍNICOS Y COSTO-EFECTIVIDAD EN UN ENTORNO DE RECURSOS LIMITADOS 43
PSEUDOANEURISMA DE LA ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL: A PROPOSITO DE UN CASOCLINICO EN EDAD PEDIATRICA 24
PSEUDOANEURISMA INFECCIOSO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR TRATADO MEDIANTE BYPASS AUTÓLOGO EN UN ADOLESCENTE. 25
QUEILOPLASTIA COMISURAL EN MACROSTOMIA UNILATERAL: REPORTE DE CASO 302
QUISTE DE DUPLICACIÓN INTESTINAL PERFORADO: UNA CAUSA INFRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO PEDIÁTRICO 249
QUISTE HIDATIDICO MUSCULAR, TODO UN DESAFÍO 48
QUISTE ONFALOMESENTERICO EN PACIENTE PEDIATRICO INTERNADO EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA 102
QUISTE RENAL GIGANTE: MANEJO QUIRURGICO EN PREESCOLAR 313
QUISTES DEL PRIMER ARCO BRANQUIAL EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS 172
RABDOMIOSARCOMA PARATESTICULAR EN LA EDAD PEDIÁTRICA: EL IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE UNA PATOLOGIA INFRECUENTE 310
RECONSTRUCCIÓN COLUMELAR TOTAL, PRODUCTO DE NECROSIS SECUNDARIA A SOPORTE VENTILATORIO EN PACIENTE PREMATURO: REPORTE DE CASO CLÍNICO 272
RECONSTRUCCIÓN DE QUEMADURA PROFUNDA PALMAR BILATERAL EN UN LACTANTE BASADA EN SUBUNIDADES ESTÉTICO-FUNCIONALES, RESTAURACIÓN DE PLIEGUES PALMARES E INJERTOS COMBINADOS: HACIA UN NUEVO CONCEPTO RECONSTRUCTIVO 215
RECONSTRUCCIÓN LARINGOTRAQUEAL CON INJERTO AUTÓLOGO DE CARTÍLAGO COSTAL EN ESTENOSIS SUBGLÓTICA CONGÉNITA GRADO III: PRIMER CASO REPORTADO EN BOLIVIA. 121
RECONSTRUCCION NASAL DIFERIDA POST MORDEDURA DE PERRO EN LA INFANCIA 267
RECURRENCIA TRAS REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA: COMPARACIÓN ENTRE LAS TÉCNICAS BURNIA Y JARETA 327
REFUERZO BRONQUIAL CON PARCHE DE PERICARDIO: INNOVACIÓN RECONSTRUCTIVA EN CIRUGÍA TORÁCICA PEDIÁTRICA 125
REHABILITACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS CONSTIPADOS SEVEROS: EXPERIENCIA PRELIMINAR. 277
REIMPLANTE POR REFLUJO VESICOURETERAL PRIMARIO EN MENORES DE 1 AÑO 288
REPARACIÓN PRIMARIA NEONATAL DEL ONFALOCELE GIGANTE MEDIANTE TERAPIA VAC Y TOXINA BOTULÍNICA: SERIE DE TRES CASOS 198
REPARO LAPAROSCÓPICO DE HERNIA DE MORGAGNI 44

REPORTE DE CASO: NECROSIS INTESTINAL DE ÍLEON TERMINAL Y COLON TOTAL POR ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE FULMINANTE EN UN NEONATO DE 2 DÍAS DE VIDA ... 258
RESECCIÓN DE QUISTE DE COLÉDOCO CON ROBOT DA VINCI Y HEPATODUODENOANASTOMOSIS. PRIMERA SERIE EN LATINOAMÉRICA 84
RESOLUCIÓN DE ATRESIA INTESTINAL COMPLEJA MEDIANTE ABORDAJE QUIRÚRGICO CIRCUMBILICAL TIPO BIANCHI SIN ASISTENCIA DE RETRACTOR ALEXIS: REPORTE DE CASO. 262
RESOLUCIÓN DE NEUMONÍA COMPLICADA REFRACTARIA A MANEJO MÉDICO CON DECORTICACIÓN Y APLICACIÓN DE FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS. REVISIÓN DE UN CASO 59
RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA DE LA FIMOSIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA. 134
RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE MEMBRANA DUODENAL INCOMPLETA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PACIENTE PREESCOLAR CON SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE UN CASO 49
RESULTADOS CLÍNICOS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE LAS MALFORMACIONES ANORRECTALES: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA 252
RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA APENDICOVESICOSTOMÍA DE MITROFANOFF ABIERTA, LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA EN NIÑOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA 293
RESULTADOS DE LA TRANSICIÓN DESDE TÉCNICAS CON COLGAJOS A PROCEDIMIENTOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS EN ENFERMEDAD PILONIDAL EN UN CENTRO TERCIARIO ENTRE 2018 Y 2026: RESULTADOS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA 274
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL EN NIÑOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA 69
RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICOURETERAL CON POLIDIMETILSILOXANO - 10 AÑOS DE EXPERIENCIA 148
SALVAMENTO EXITOSO DE UN COLON TRANSPUESTO TRAS 10 AÑOS DE ESTENOSIS: CUANDO LA PRESERVACIÓN AÚN ES POSIBLE 120
SANGRADO CENTINELA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FÍSTULA ARTERIOENTÉRICA TRAS HEPATICOYEYUNOSTOMÍA POR QUISTE DE COLÉDOCO: REPORTE DE CASO 47
SARCOMA DE EWING RENAL Y DEL URÉTER: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS EN LA FUNDACIÓN HOMI - CENTRO DE REFERENCIA EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA 96
SARCOMA SINOVIAL PULMONAR: NO TODO NÓDULO ES BENIGNO 171
SECUESTRO PULMONAR EXTRALOBAR SUPRA E INFRADIAFRAGMÁTICO: REPORTE DE UN CASO CON RESECCIÓN COMBINADA TORACOSCÓPICA Y LAPAROSCÓPICA 220
SEDOANALGESIA SEGURA EN URGENCIA PEDIÁTRICA: UNA HERRAMIENTA CLAVE PARA EL MANEJO DE LESIONES ACCIDENTALES 39
SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS EN PEDIATRÍA 211
SEGURIDAD DE LA GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCIARIO IBEROAMERICANO 182
SERIE DE CASOS CLÍNICOS DE TRAUMA ABDOMINAL 33
SERIE DE CUATRO CASOS DE MALFORMACIONES LINFÁTICAS INTRAABDOMINALES EN PEDIATRÍA: HETEROGENEIDAD CLÍNICA Y DESAFÍOS EN EL MANEJO 54

SÍNDROME BLUE RUBBER BLEB NEVUS E INVAGINACIÓN INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO 244
SÍNDROME DE BLUEBERRY MUFFIN COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA GRAVE: UN RETO DIAGNÓSTICO NEONATAL 197
SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS COMO CAUSA INUSUAL DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN UNA ADOLESCENTE SIN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO: REPORTE DE CASO 219
SITUS INVERSUS, MALROTACIÓN INTESTINAL Y MEMBRANA DUODENAL EN UN NEONATO: UNA TRÍADA INFRECUENTE 255
SOBREDIAGNÓSTICO Y PÉRDIDA DE OPORTUNIDAD TERAPÉUTICA EN EL TESTÍCULO NO DESCENDIDO CONGÉNITO: TRAZABILIDAD DEL FLUJO CLÍNICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. 146
TECNOLOGÍA LASER EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA 216
TENDENCIA TEMPORAL Y DISPARIDADES REGIONALES DE LA GASTROSQUISIS EN BRASIL (2020 A 2024): ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL 79
TERATOMA OROFARINGEO CONGENITO 265
TERATOMA SACROCOCCÍGEO: UN DESAFIO QUIRÚRGICO ANTE Y PÓS-NATAL 263
TERMOGRAFÍA INFRA-ROJA COMO APOYO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES VASCULARES EN PEDIATRÍA. 325
TIMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN UN PREESCOLAR CON TIMOMA Y MIASTENIA GRAVIS: UNA ESTRATEGIA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA PRESERVAR LOS PRINCIPIOS ONCOLÓGICOS 96
TIMECTOMÍA TORACOSCÓPICA BILATERAL EN MIASTENIA GRAVIS: ANÁLISIS DE 60 CASOS PEDIÁTRICOS A LO LARGO DE 15 AÑOS. 230
TORSIÓN DE QUISTE OVÁRICO CON AMPUTACIÓN PARCIAL DEL OVARIO EN PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO DE UNA PRESENTACIÓN INUSUAL 98
TORSIÓN VESICULAR, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO 46
TOXINA BOTULÍNICA COMO ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN GASTROSQUISIS NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO. 190
TOXINA BOTULÍNICA EN DEFECTO DE PARED ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. 188
TRATAMIENTO DE EMPIEMA PLEURAL PEDIÁTRICO CON DRENAJE PLEURAL Y FIBRINOLÍTICO INTRAPLEURAL: EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO TERCIARIO 231
TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA RECURRENTE Y ADQUIRIDA: 23 AÑOS DE EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA. 157
TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO FRENTE A CIRUGÍA ABIERTA EN EL SINUS PILONIDAL PEDIÁTRICO: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES. 246
TRAUMA DEL PABELLÓN AURICULAR EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA CLÍNICA Y ALGORITMO DE TRATAMIENTO. 164
TRAUMA PANCREÁTICO PEDIÁTRICO POR ACCIDENTE EN BICICLETA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE MANEJO TERAPÉUTICO. 89
TRAUMA PENETRANTE POR ARMA BLANCA EN ADOLESCENTES: SERIE DE CASOS Y DESAFÍOS QUIRÚRGICOS ANTE LA EXTENSIÓN DE LA EDAD PEDIÁTRICA 93

TRAUMATIC APPENDICITIS IN CHILDREN: CLINICAL AND SURGICAL FINDINGS FROM A THREE-CASE SERIES 25
TRAUMATISMO PANCREÁTICO EN PEDIATRÍA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA 35
TRICOBEZOAR GÁSTRICO PEDIÁTRICO: COMPARACIÓN ENTRE ABORDAJE VIDEOASISTIDO HÍBRIDO Y CIRUGÍA ABIERTA. HACIA CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA ESTRATEGIA QUIRÚRGICA 126
TRICOBEZOAR, CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCION INTESTINAL 117
TUMOR BENIGNO, CIRUGÍA COMPLEJA: 10 AÑOS DE MANEJO QUIRÚRGICO DEL GANGLIONEUROMA PEDIÁTRICO EN UN CENTRO 66
TUMOR DESMOIDE FACIAL PEDIÁTRICO EN REGIÓN CIGOMÁTICA: UNA PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL 166
TUMOR DESMOIDE GIGANTE ROTO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ANTECEDENTE DE TRAUMA ABDOMINAL CERRADO, REPORTE DE UN CASO. 175
TUMOR NEUROENDOCRINO PANCREÁTICO METASTÁSICO EN PEDIATRÍA: TRASPLANTE HEPÁTICO COMO ESTRATEGIA CURATIVA 51
TUMORES MALIGNOS DE MAMA EN PACIENTES INFANTOJUVENILES 168
UN CASO SIN CABEZA: INVAGINACIÓN INTESTINAL IDIOPÁTICA EN LA ADOLESCENCIA, REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. 31
UN DESAFÍO MULTISISTÉMICO: MANEJO INTEGRAL DE UN PACIENTE CON SÍNDROME DE PRUNE BELLY ASOCIADO A MALFORMACIÓN ANORRECTAL 315
UN GRAN RETO, UNA PEQUEÑA ENTRADA: ROMPIENDO LA BARRERA DEL PESO EN LA CIRUGÍA MINIMAMENTE INVASIVA PARA OBSTRUCCIÓN DUODENAL. REPORTE DE CASO 193
UNA VISIÓN DE LA TASA DE EGRESO HOSPITALARIO POR ESTENOSIS HIPERTROFICA CONGENITA DEL PILORO DURANTE EL PERIODO 2021 A 2024 EN CHILE 132
URETEROLITOTOMIA ENDOSCOPICA ASISTIDA POR ROBOT 319
USO DE CRIOANALGESIA COMO PARTE DEL PROTOCOLO RECUPERACIÓN ACELERADA (ERAS)DESPUÉS DE CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL PECTUS EXCAVATUM 239
USO DE IMPRESIÓN 3D DE LA OREJA SANA EN PACIENTES CON MICROTIA COMO MOLDE DE RECONSTRUCCIÓN CON CARTÍLAGO COSTAL TALLADO 266
USO DE LA TERMOGRAFÍA INFRARROJA EN LA EVALUACIÓN PRIMARIA DE TUMORES ÓSEOS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO. 206
USO DE PELNAC, NUEVA MATRIZ DÉRMICA, PARA COBERTURA CUTÁNEA EN HEK DE ANTEBRAZO 199
USO DE PINZA BIPOLAR EN CIRCUNCISIÓN PEDIÁTRICA: PATRONES DE PRÁCTICA ENTRE URÓLOGOS PEDIÁTRICOS 139
USO DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE NEFROBLASTOMA EN PACIENTES DE 0 A 12 AÑOS, EN EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMÍN BLOOM, ENTRE ENERO DE 2019 A DICIEMBRE DE 2024¨ 71
UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA VIDEOTORACOSCOPIA EN NIÑOS CON SOSPECHA DE PLEURESIA TUBERCULOSA 235

VARIANTES POCO FRECUENTES DE MALFORMACIONES ANORRECTALES: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA. 254
VERSATILIDAD DEL PEDÍCULO SUPEROMEDIAL EN REDUCCIÓN MAMARIA Y MASTOPEXIA 296
VIABILIDAD EN LA CONSERVACIÓN DEL ESÓFAGO NATIVO EN PACIENTES CON ATRESIA ESOFÁGICA TIPO I 114
VISIÓN CRÍTICA DE SEGURIDAD PARA COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA 44
VÓLVULO COLÓNICO EN PEDIATRÍA: MÁS ALLÁ DEL VÓLVULO SIGMOIDEO 280
VÓLVULO DE SIGMOIDES RECURRENTE EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO 251
VÓLVULO SIGMOIDES EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON MANEJO ENDOSCÓPICO: REPORTE DE UN CASO INFRECUENTE 111

Índice por Autor

Aceves Gutierrez, A. 176, 239
Aceves Gutiérrez, A. 59, 113
Aceves, A. 259
Achurra, P. 51
Acosta Real, J. 222
Acuña, C. 328
Acuña, F. 93
Acuña, R. 319
Acuña, S. 55
Águila, F. 319
Aguilar Martinez, T. 105
Aguilar Torres, F. 312
Ahmed, H. 143
Aires Dos Santos Junior, J. 79
Alarcón, M. 92, 202, 273, 304, 305, 306
Albornoz, C. 265
Alcoholado, I. 228
Aldunce Sanchez, P. 49
Aldunce, P. 55
Alejandra, G. 296
Alexandra, B. 103, 118
Alfaro Aguirre, M. 130, 141, 300
Almuna, C. 34, 42
Alonso, F. 55
Altamirano Montealvo, D. 29
Alvarez, A. 198
Álvarez, C. 54
Alvarez, L. 65, 168, 216, 223, 279
Álvarez, T. 52
Alves, A. 60
Amaya Zepeda, R. 206
Amaya, Z. 71
Ambriz González, G. 59, 90, 224, 239
Ammann Radic, R. 143
Ana, B. 118
Anagua Zuna, J. 253, 255
Anagua, J. 33, 154
Andrade Dias, Y. 69
Andrade, M. 182
Andrades, V. 34, 42, 274
Andueza, F. 297

Angel Godoy, M. 271
Angelini, G. 178
Angulo Sevillano, G. 185
Aragón López, S. 61
Araneda, D. 201
Araújo Pires, M. 107
Araujo, C. 130
Aravena, M. 108, 109
Arboleda, J. 308
Arce Fricke, C. 317
Arce, L. 62
Arellano Galindo, R. 244
Arenas-rojas, A. 73, 218, 234
Arguello, O. 277
Arguello-morales, O. 96, 98
Ariana, F. 103, 118
Arias Arellano, S. 187
Arias Avalos, R. 26, 117
Arredondo, C. 166, 232, 251
Arreola Gutiérrez, N. 167
Asprea, M. 331
Aste Bowen, D. 66
Astudillo, F. 108, 109
Asz Sigall, J. 28, 29
Atala Cabrera, C. 105
Atoine, A. 98
Augusto Carvalho Camanducaia, G. 25, 68
Ávilla, S. 47
Ayala, T. 40, 86, 136, 233, 256
Ayarzabal, V. 230, 326, 331
Aylwin, P. 52
Azocar Hitschfeld, D. 206
Bag, M. 41, 110, 112, 172, 183, 314
Ball, J. 62, 86, 319
Baquedano Droguett, P. 289
Barajas Medina, A. 37
Baraona, M. 40
Barbosa Portela, A. 70
Barra, J. 53
Barrenechea, M. 230
Barrera Castillo, C. 174
Barrera, C. 175
Barreto Sanchez, A. 117
Barros Limas, K. 69

Bastías, C. 319
Bastidas Anabalón, J. 271
Batalla, M. 94
Bautista, E. 159
Bayarri, M. 94, 152
Beas, V. 177
Beauchamp Carvajal, D. 245
Becker, B. 51
Bejarano, M. 76, 294
Bellani, P. 326
Bellia Munzon, G. 227, 236, 267
Bellia Munzón, G. 235
Bellia, G. 50, 268
Bello Rivera, N. 99, 100
Bello, A. 30, 98
Beltrán, N. 315
Beltran, P. 36, 86, 319
Beltrán, P. 40, 136, 233, 315, 317
Benavides-molina, C. 237
Benitez, L. 265
Bernal, L. 45
Bersani-amado, F. 47, 107
Berzunza Larios, R. 90, 224
Bezerra Negreiros, M. 69
Bickell, B. 179
Bignon, H. 83
Black, V. 72
Blackburn, S. 309
Blanco, S. 122
Boglione, M. 326, 331
Bolado, J. 331
Bolaños, J. 276
Bolontrade, M. 178
Bosich, M. 225
Bracchiglione, J. 278
Bragado, C. 196, 244
Briceño Muga, F. 42, 140, 274
Briceño, F. 34, 67, 88, 126, 220
Briones, N. 220
Broussain Kyling, V. 205
Broussain, V. 199, 266, 269, 284, 288, 295, 299, 303, 325
Brunet, R. 135
Brussain, V. 159
Bustos, C. 39

Bustos, N. 93
Cabezas, C. 38, 228, 261, 327
Cabrera Tovar, M. 96, 168, 222
Cabrera, M. 214
Caceres Gonzalez, R. 206
Cáceres González, S. 111
Cadario, M. 65, 331
Cadena, Y. 307
Caiza, K. 56
Calderon Alvarado, A. 113
Calderon, A. 122
Cali, D. 56
Calvente, N. 178
Camacho, G. 226
Camacho, J. 178, 330
Camhi Lowy, E. 66
Camhi, E. 40
Camila Mariana, A. 35
Campaña Herrera, S. 159
Campos Ocáriz, R. 25, 68, 77
Campos Varas, J. 38, 209, 231
Campos, M. 179, 180
Canahuate Bravo-iratchet, A. 211, 212
Canahuate, A. 126, 220, 274
Canestrari, M. 326
Canestrari, S. 230, 331
Cantú, J. 43
Capdevila, B. 329
Cardoso De Souza, L. 138, 147
Cardoso, A. 94, 152
Care, L. 251
Carpio, M. 188
Carrasco, R. 94, 152
Carreño Bahamondes, F. 100
Carrera, F. 34, 42, 126, 220, 274
Carvajal Flores, O. 130
Carvajal, C. 231
Carvajal, O. 189
Castaño, O. 143
Castellarnau, X. 329
Castillo Redlich, F. 99
Castillo, S. 143
Castillo, V. 48, 91
Castro Du Plessis, A. 321

Castro, R. 30
Catán Valenzuela, C. 57, 173
Catán, C. 41, 52, 110, 112, 172, 250, 322
Catoia Fonseca, B. 209
Cavazos Castro, A. 29
Cavazos Quintanilla, S. 59
Cázares, J. 43
Ceballos Cruz, A. 28, 125, 182
Celis Lagos, M. 141
Celis, M. 309
Celis, S. 291
Cerda, J. 215
Cerqueira, M. 270, 298
Cespedes Torres, J. 253
Chaudhri, E. 291, 292, 293, 307, 308
Chavarria Delgado, I. 247, 248
Chavarría Delgado, I. 283
Chávez Hernández, A. 113
Chávez, M. 214
Cherkashin, N. 179
Cifuentes, M. 322
Cisternas Lopez, V. 191, 206
Cisternas López, V. 310
Cisternas, V. 39, 201
Claro, A. 32
Claro, R. 194, 197
Claure, P. 162, 216, 303
Coba, R. 250
Coelho Kremer, H. 64, 129, 169
Colin, J. 43
Colinas Grilli, B. 310
Colinas Grilli, M. 158, 191, 206
Colmenares, T. 53
Conceição, V. 270, 298
Concha, C. 133
Concha, G. 188
Conti, T. 53
Contreras Tapia, V. 170
Contreras, C. 146
Contreras, F. 179
Contreras, P. 160
Contreras, S. 128
Cordonier, E. 38
Corral, E. 188

Correa, C. 159
Correa, R. 328
Correa, S. 243
Correia, G. 36, 40, 86, 233
Cortez Belloti Rodante, A. 47, 107
Costa Moura Velho, G. 78, 79, 80
Costa Silva, B. 131
Costa Spegiorin, P. 80
Cotignola, L. 168, 216, 223, 279
Cotta, E. 235
Coutinho, F. 166, 251
Covarrubias, M. 159, 162
Covarrubias, P. 163
Cristina Azevedo Miranda, L. 70
Cruz Alvarez, J. 155, 187, 240
Cubillos, C. 215
Cuellar López, F. 311
Cuminao Cea, J. 99
Da Mata Figueiredo, G. 131
Da Silva Almeida, G. 131
Da Silva Brito, D. 60, 138, 147
Da Silva Dantas, I. 70, 131
Da Silva Nascimento, J. 131
Dallegre, M. 35, 130
Dardanelli, C. 50, 200, 235, 267, 268
Dati, A. 265
Dávila, S. 89
Daza Merizalde, J. 155, 240
De Badiola, F. 178
De Carvalho Sousa, J. 79
De Castro Coelho, R. 64, 129, 169
De La Cuadra, J. 36
De La Torre, C. 232
De La Torre, M. 110, 112
De Lama Li, M. 302
De Mattos E Silva, E. 47, 107
De Oliveira Peternelli, M. 80
De Paula Sousa Lopes, T. 79
De Sousa Leal, F. 70
De Souza Moreira, J. 69
De Souza Rabelo, I. 69, 70, 79, 131
De Stefano, S. 200, 267, 268
De Vasconcelos Kanegae, G. 70
Del Valle, F. 314

Delgado, A. 67
Delgado, M. 210
Di Benedetto, V. 279
Diaz B, A. 24
Diaz M, C. 24
Díaz, F. 109
Diaztagle, C. 143
Diliz, H. 125
Domenech, A. 323
Domínguez Zúñiga, B. 254
Donizette Da Silva Santos, G. 47
Donoso Carrasco, C. 130
Donoso, C. 189
Donoso, V. 188
Dueñas Dasilva, J. 73, 221
Ebensperger, A. 57, 173, 322
Echeverria Sepulveda, M. 100
Echeverría Vargas, L. 96, 98
Echeverría, M. 315
Ellsworth Capo, K. 205
Ellsworth, K. 199, 266, 288, 295, 303, 325
Elmo, G. 74, 227, 236
Elton, A. 45, 89
Elton, M. 72
Encalada, R. 314
Escassi Gil, Á. 148, 149
Escassi, A. 150
Escassi, Á. 147
Escobar, J. 243
Escoda, D. 192
Espinosa, B. 263
Espinosa, F. 216
Espinosa, M. 162
Espinoza, B. 166, 251
Espinoza, M. 41, 110, 112, 172, 173, 183, 250
Esquivel Chávez, P. 114
Estebán, R. 147
Estrada Morales, D. 239
Eusse Soto, M. 101, 115, 290
Eusse, M. 263
Fadil, J. 308
Fajardo, H. 71
Falcon, N. 196, 244
Farah Do Rosário, J. 131

Farion, L. 47
Faundez, P. 72
Feijó Pinto, T. 47, 107
Fermin, L. 53
Fernanda, A. 296
Fernandes Jordao, E. 80
Fernandez, M. 123, 124, 154, 330
Fernández, M. 74
Ferran, A. 160, 194
Ferrán, A. 160
Ferreira Alves, G. 69, 70, 79, 131
Ferreira De Mendonça, G. 80
Ferrer-rosende, P. 278
Feuerhake, S. 75, 163, 228, 231, 242, 244
Figueroa Galdame, G. 130, 141
Figueroa Gutiérrez, L. 101, 115, 221, 290
Figueroa Ramirez, O. 158, 191
Figueroa, S. 291, 309
Finsterbusch, C. 134, 139, 319
Flechas Afanador, J. 96
Flores Hernandez, S. 120
Flores Hernández, S. 119, 125, 182, 186
Flores Lacalle, A. 99
Flores, A. 315
Flores, P. 65
Flores, S. 327
Florin, C. 164, 203, 204, 301
Forero, S. 226
Fourzans, G. 103
Franco Flórez, N. 290
Franco, G. 265
Frías, L. 157
Fuentes, T. 54, 92, 161, 164, 203, 204
Gaete, G. 159
Gaitán Martínez, J. 101, 221
Gajardo, P. 333
Galano, D. 32
Galindo, M. 85, 180, 277, 282
Gallardo Vidal, C. 303
Gallardo, C. 216
Gallardo, S. 162, 272
Gallegos Inquiltupa, R. 112
Gallino, E. 50
Gallo Bonilla, D. 27, 61

Gamboa, L. 146
Gana, R. 136, 315, 317
Garbers, J. 47, 107
Garcia Benitez, B. 244
García Benitez, B. 167
García Benítez, B. 224
García García, A. 43
Garcia Villegas, R. 96, 168, 222
García, A. 116, 192, 276
Garcia, B. 259
Garcia, C. 197
García, I. 220
Garcia, J. 301
Garcia, M. 50
García-aparicio, L. 323
Garnica, M. 227, 236
Garrido Flores, M. 170
Garrido, B. 215
Garrido, J. 23, 82
Garrido, L. 257
Garrido, M. 34, 42, 85, 146, 212, 274, 333
Garzon, L. 243
Gavilan, E. 128
Gehrung, A. 98, 229
Ges, H. 255
Gigena Heitsman, C. 83
Gigena, C. 225, 227, 236, 332
Gigli Browne, C. 51, 66
Giraldo Castaño, C. 219
Gisella, F. 118
Giuseppucci, C. 230, 331
Godoy, J. 67, 81, 88, 184
Gomez Espinola, D. 117
Gomez Espinosa, C. 239
Gomez Preciado, L. 90
Gómez, A. 92, 202, 273, 304, 305, 306, 307
Gomide Marquez, G. 80
Gong, Y. 215, 273
González García, G. 211, 212
González Gómez, J. 114
González Jeria, P. 158
González Mery, G. 46, 271
González Rodríguez, L. 311
Gonzalez, G. 42, 67, 88, 210

González, G. 34, 193, 208, 285
González, J. 44, 217
Gonzalez, L. 277
González, P. 93
Gonzalez, S. 226
Gonzalez., A. 206
Graf, N. 103
Gras, P. 216
Guarin, L. 127
Guerrero Figueroa, J. 194, 197
Guerrero Quesada, G. 22
Guerrero Villota, C. 218
Guevara, A. 84
Guevara, M. 38
Guiñez, J. 49
Gutiérrez Vera, M. 113, 176
Gutiérrez, P. 183
Guzmán, D. 309
H. Banna, M. 182
Hachim, A. 57, 112, 173, 183
Hahcim, A. 322
Heidke, B. 177
Helguero Santin, L. 302
Helguero, L. 144, 258
Henriquez Winser, F. 66
Henríquez, F. 51, 54, 161
Hernández Arroyo, A. 186
Hernández Estrada, J. 248
Hernández Hernadez, A. 239
Hernández Hernández, A. 90
Hernández Prieto, H. 27
Hernández Valencia, E. 37, 254, 311
Hernández Valencia, L. 219
Hernández, D. 193
Hernández, E. 45
Herrera Oroz, P. 153
Herrera, A. 41, 110, 112, 172, 173, 183, 250
Herrera, C. 179
Herrera, J. 50
Herrera, P. 30, 229, 282
Heusser, A. 133
Hidalgo Terán, D. 317
Hinojosa, P. 48, 91
Hohf Nova, M. 158, 191, 206, 310

Holguín, A. 181
Ibarra Rodríguez, M. 246
Iturriaga, P. 202, 273, 304, 305
Izquierdo Palomares, L. 63
Izquierdo, M. 76
Jackson, E. 291
Jaffal, Z. 26
Jaimes, P. 277
Jammet, I. 179
Jana, B. 34, 42, 274
Jaramillo Samaniego, J. 87, 106
Jaramillo-guerra, L. 237
Jauregui, L. 33, 121, 122, 123, 124, 154
Jerez, L. 304, 305, 306
Jiménez Rivera, M. 22, 245
Jiménez Sánchez, I. 263
Jiménez Uribe, A. 219
Jimenez, C. 291
Jimenez, I. 127
Jiménez, I. 45, 181, 257
Jimenez, M. 179
Jiménez, P. 84
Joaquín, C. 74
Jones Mardones, N. 286
Jones, N. 38, 75, 242, 261, 327
Jordan Balladares, R. 320
Jorquera, J. 314
Juan Ignacio, D. 103, 118
Klinowski, M. 136, 315, 317
Korman, L. 230
Krauel, L. 94, 152
Kremer, V. 64, 129, 169
Kulikoff, B. 40, 62, 233, 249
La Cruz, J. 277
Lagos J, C. 199, 299
Lagos J., C. 266, 288, 295
Lagos Jefferson, C. 205
Lagos, C. 159, 269, 303, 325
Lagos, J. 32
Landa Juárez, S. 312
Lariguet, I. 332
Lasso Betancor, C. 308
Lavado, I. 208
Leiva Ferrer, R. 142

Leiva, R. 48, 91, 260
Leon Frutos, F. 90
Leon Zamudio., J. 206
Leopold, E. 220
Letelier, N. 134, 139
Leticia, A. 103, 118
Licci, S. 98
Lillo, J. 25
Lira Gatica, J. 317
Lira, J. 134, 139
Llanos, L. 124
Lobo (ponente), A. 143
Lobos, P. 178, 330
Lopes Cordeiro, R. 79
Lopes Costa Nunes, B. 79
Lopes Miranda, M. 78, 79
López Díaz, N. 262
López Hernández, P. 222
López, A. 116, 256
López, C. 250
López, N. 333
Lopez, P. 291, 292, 293, 307, 308
López, P. 208
Lorenzoni Ferreira, A. 138, 147
Loureyro, M. 178
Lozada Castillo, J. 302
Lozano, C. 85
Luengas, P. 181
Luna Balderrama, E. 262, 312, 320
Luzia, T. 50
Mac Millan, N. 322
Macchiavello, R. 200, 267
Macciavello, R. 268
Machado Dos Santos, V. 69
Mackern Videla, M. 330
Madariaga Ulloa, A. 28, 29, 186
Magaña, M. 25, 45, 72, 89, 143, 177
Magela Batalha Falcão, E. 138, 147
Malatini, B. 255
Maldonado Gutierrez, L. 130, 300
Maldonado López, L. 119
Manríquez, L. 140, 143, 177
Manzanares, A. 294
Marcelo Fabian, M. 35

Marcelo, U. 33
Maricic, M. 50, 200, 267, 268
Mársico Dalto, A. 182
Martín, M. 76, 94, 152
Martín, O. 323
Martínez Cano, J. 101, 115, 290
Martinez Hernández, G. 310
Martínez Muñoz, H. 221
Martínez Sepúlveda, J. 286
Martinez, J. 242
Massaguer, C. 76, 329
Matsumura, K. 206
Matta Cordero, B. 140
Maturana Valenzuela, F. 289
Maturana, F. 92, 164, 171, 204
Maurer, J. 48, 91
Maydana, A. 297
Maydana, M. 296
Mcnab, M. 166
Medina Flor, S. 26, 102, 117, 241
Medina, J. 174, 257
Mejía Córdova, P. 255
Meléndez, L. 44, 217
Mella Muñoz, I. 191
Mellado Sepulveda, A. 49
Mellado, A. 55
Melo Hernández, C. 73, 218, 234
Mendoza, D. 175
Mercado Martínez, I. 114
Mercado, P. 265
Merino, S. 258
Mershon, J. 292
Meza, A. 126, 220, 274
Mier Jimenez, J. 56, 58, 281
Millan, C. 83, 225, 227, 236, 332
Miranda, P. 108, 109
Mogollón, G. 181
Moldes, J. 291, 292, 293, 307, 308
Molina Lavandero, C. 191
Molina Ramirez, I. 96, 98
Molina, I. 277
Molina, V. 231
Monasterolo, P. 265
Moncada Vidal, K. 211, 212, 317

Monsalve, L. 178
Montalvan, F. 144, 258
Montaño, D. 53
Montecino, T. 295
Montecinos, T. 199, 266, 269, 288, 299, 325
Montedonico, S. 85
Montedónico, S. 278
Monteiro Rodrigues, J. 138, 147
Montenegro, S. 143
Montero, I. 161
Montes, F. 193, 285
Mora Fritis, C. 38, 75, 209, 231
Mora Lobo, C. 38
Morais Alves, A. 80
Morales Juvera, E. 312
Morales Ruiz, I. 28
Morales Sepúlveda, G. 132
Morales, A. 255
Morales, C. 190
Morales, K. 41, 110, 112, 172, 183, 250, 284
Morales, M. 180, 277, 282
Moratilla, L. 232
Moreira Lima, L. 69
Moreno Abad, A. 72
Moreno Valencia, C. 239
Moreno, A. 89, 212, 333
Moreno, D. 277
Moreno, L. 263
Moreno, M. 314
Morfin, A. 196
Moustafa Bezerra Ghanem, P. 64, 129, 169
Moya Ambriz, H. 90, 239
Muñiz Muro, D. 167, 224, 244
Muñiz, D. 259
Muñoz Avalos, L. 102, 117
Muñoz Forero, L. 219
Muñoz P, M. 288, 299
Muñoz P., M. 266, 295, 325
Muñoz Pérez, M. 205
Muñoz Villanueva, R. 214
Muñoz, C. 171
Muñoz, M. 159, 199, 269, 303
Muñoz, N. 36, 40, 136, 233, 256, 317
Muñoz, R. 215, 273

Muñoz, S. 126, 220, 274
Muñoz, T. 146
Muñoz, V. 272
Murcia Pascual, F. 246
Murillo Zavala, E. 167
Muse, M. 157
Nally Rodríguez, M. 153
Nally, M. 98
Narvaez, C. 201
Navacchia, D. 200
Navarrete, A. 52
Navarrete, L. 278
Navarro, M. 140
Negrete, M. 188
Neira Terraza, C. 211, 212
Nepomuceno Sampaio, A. 60
Nicolas, G. 118
Nicolas, Z. 103, 118
Nieto, J. 181
Nome, C. 308, 315
Obery, D. 307
Ocáriz Bazzano, F. 25, 68, 77
Ochoa Salazar, O. 59, 90, 239
Ohana Marinho Rosa, N. 80
Ojeda, A. 321
Olivares Eustaquio, A. 55, 87
Oliveira Lima Fernandes, M. 80
Oliver García, E. 262
Olivos Pérez, M. 286
Olivos, M. 163, 196
Oraa, L. 108
Ordosgoitia-álvarez, V. 237
Orjuela Rodríguez, C. 96
Orjuela, C. 307
Ortega, C. 198
Ortega, L. 76, 94, 152, 294, 323, 329
Ortiz, C. 189
Ortiz, J. 127
Ortiz, R. 230, 326, 331
Osorio, C. 98
Osorio, J. 43
Osses, J. 49
Ostolaza, A. 67, 88, 126, 210
Ovalle Rodríguez, A. 153

Ovalle, A. 229
Padilla Peñaloza, M. 168
Padilla, S. 274
Páez Duarte, A. 102
Paez, J. 208
Paez-cortes, J. 291, 292, 293, 307, 308
Palacios Rodríguez, P. 119, 120, 238, 247, 248, 283
Palacios, C. 212
Palamara Mora, R. 286
Palamara, R. 196, 242, 244
Palazón, P. 329
Pamplona Menescal De Souza, V. 138, 147
Parada Garrido, A. 132
Pardo, I. 166
Paredes Esteban, R. 63, 148, 149, 246
Paredes, F. 34, 42, 274
Paredes, R. 23, 82, 150
Parente Hernández, A. 148, 149
Parente, A. 23, 82, 147, 150
Paris, C. 210
Parri, F. 294
Pastor, P. 98
Patino Gonzalez, C. 280
Patiño Gonzalez, C. 130
Patiño, C. 157
Pattillo Silva, J. 66
Pattillo, J. 51, 54, 161, 171, 192
Paula, B. 103
Paulina, D. 284
Paulos Parot, M. 199, 205, 266, 284, 288, 295
Paulos, A. 162, 269
Paulos, M. 159, 299, 303, 325
Pedraza Peña, A. 114
Pedrero, M. 126
Pegorim Miller Cavicchini, B. 80
Pelaez, A. 188
Peña, P. 30
Penagos, D. 127
Peñaranda Salazar, G. 106, 255
Penaranda, A. 33
Peñaranda, A. 33, 124, 154
Peralta Monardes, J. 132
Perdomo, A. 55
Pérez Correa, C. 262, 312, 320

Perez Espinosa, C. 168, 230, 331
Pérez Fernández, P. 170, 212
Pérez Tirado, A. 237
Perez, A. 210
Peréz, C. 36, 86
Pérez, C. 40, 81, 136, 233, 249, 256, 315, 317
Pérez, I. 81
Pérez, P. 85, 333
Perez-bertolez, S. 308
Petit-breuilh, V. 160
Pilar, I. 296
Pimenta, O. 182
Pincheira, V. 126
Pineda Andrade, J. 222
Pinilla Hermosilla, C. 99, 100
Pinilla Saavedra, C. 137, 313, 317
Pinilla, C. 92, 315
Pinto, C. 235
Pinto, G. 50, 200, 267, 268
Poblete, M. 40, 233, 315, 319
Podesta, M. 265
Poggi, P. 278
Polak, A. 48, 91, 142, 260
Ponce, H. 212
Porras, M. 252
Portilho Gomes Brito, J. 60, 79, 138, 147
Portilho Gomes, N. 60, 69, 70, 79, 131, 138, 147
Prado, C. 144, 258
Prieto, L. 174, 175, 252
Prodan, S. 83, 225, 227, 236, 332
Puentes, C. 67
Puentes, M. 88, 126
Pullin, Y. 296, 297
Punte, T. 319
Quadros, J. 270, 298
Queupan, L. 38
Quijada, O. 53
Quintero Canasto, E. 96
Quispe, J. 33, 122, 154
Quitral, M. 140, 143
Rada, E. 127
Ralph, C. 208
Ramirez Calazans, A. 148
Ramirez Farías, S. 99

Ramírez Garnica, M. 37
Ramirez Hurtado, M. 115
Ramírez Hurtado, M. 101
Ramírez Rios, V. 167
Ramírez, C. 193, 285
Ramírez-amorós, C. 232
Ramos Mantilla, A. 286
Ramos Palacios, A. 112
Ramos, A. 327
Raul, V. 118
Rebollar Castillo, A. 28, 119, 120, 125, 186, 238, 247, 283
Rebolledo, P. 51
Recabal, X. 134, 139, 319
Redondo Pertuz, E. 230
Reed, F. 134, 139, 308, 319, 325, 328
Reque Orihuela, C. 106, 185
Reusmann, A. 230
Reyes, N. 32
Reyes, O. 89
Reyes, S. 199
Riba, M. 294
Ribeiro Dos Santos, D. 138, 147
Rico Franco, S. 297
Rider Legisos, J. 142
Rider, J. 48, 91, 260
Ríos, A. 134, 139, 319
Ripoll, R. 294, 329
Riquelme, B. 48
Rivera Pereira, B. 312
Rivera, M. 72
Rivera, V. 45
Rizzardini, C. 210
Rocha De Lima Souza, E. 138, 147
Rodrigues, C. 270, 298
Rodriguez Barrios, F. 132
Rodriguez Gutierrez, M. 90
Rodríguez Herrera, J. 317
Rodriguez, L. 226
Rodriguez, M. 259
Roggero, A. 50, 200, 235, 267, 268
Rojas, D. 216, 303
Rojas, F. 172, 250, 284, 322
Rojas, G. 156
Rojas, J. 53

Rojas, M. 41, 52, 92, 250, 322
Rojas, R. 154
Roldan García, N. 142
Roldan, N. 48, 91
Roldán, N. 260
Romero Manteola, E. 130, 157
Romero Rauschenbach, M. 105
Romero, D. 172
Romero, E. 128
Romero, L. 255
Romero, O. 263
Rose, A. 65
Rossetto, A. 128
Rubilar Araya, R. 286
Ruffa, F. 50
Ruiz Alvarez, M. 219
Ruiz Álvarez, M. 96
Ruiz Medina, M. 63, 149, 150, 246
Ruiz Moreau, L. 132
Ruiz, J. 307
Ruiz, M. 23, 82, 147, 226, 277
Ruiz, P. 23, 267, 268
Saavedra Varas, P. 46, 271
Saavedra, J. 25, 45, 89, 143, 177
Saavedra, M. 231
Saavedra, V. 188
Sabarots, J. 35, 280
Saez Binelli, J. 66
Sáez, J. 51, 54, 161, 171, 192
Salamanca, E. 243
Salas, G. 326
Salazar, P. 116, 192, 276
Samnakay, N. 307
Samuel, R. 296
San Martin, C. 216, 303
San Martín, C. 163
Sánchez Elgueta, C. 211, 212
Sanchez Molina, P. 153
Sanchez Romero, J. 26
Sánchez, C. 34, 42, 135
Sánchez, P. 229
Sancho Hernández, R. 238
Sande, L. 47, 107
Santana Cardenas, C. 167

Santana Cárdenas, C. 176
Santos Jasso, K. 283
Santos Marín, M. 180
Santos, A. 144, 258
Santos, L. 270, 298
Santos, M. 179, 282
Saura, L. 329
Savransky, A. 230
Sbragia, L. 182
Scarella Chamy, A. 212
Schaerer, P. 206
Scheuermann Parra, T. 100
Scheuermann, T. 304, 305, 306
Schmidt, L. 330
Schulin-zeuthen, C. 208
Seba, J. 277
Segura Solis, E. 125
Semperetegui, D. 33
Sempertegui Villarrubia, D. 106, 253, 255
Sempertegui, D. 124, 154
Sempertegui, M. 123
Sepúlveda Cuevas, J. 142
Sepulveda, J. 48, 91, 135
Sepúlveda, J. 260
Sepúlveda, X. 291, 309
Serna Lorza, J. 98
Serrano, L. 249
Sferco, C. 35, 280
Sierralta Born, M. 137, 211, 212, 313, 317
Siffredi, J. 279
Silva Borges, F. 131
Silva Campos, A. 78, 79
Silva Do Nascimento, J. 70, 79
Silva Rodrigues De Jesus, F. 69
Silva, A. 53
Silva, F. 259
Silva, M. 304, 305, 306
Silvia, B. 103
Sobrado Chamberlain, J. 245
Solano Gámez, A. 47, 107
Sorrentino Unda, G. 272
Sorrentino, G. 36, 40, 86, 136, 233, 315, 317, 319
Sosa Montiel, A. 241
Sosa, A. 188

Sosa, R. 116
Soto Chaquir, M. 290
Soto, M. 263
Soto, N. 45
Sotomayor, L. 174
Soumastre, C. 256
Souza Brito, V. 25, 68, 77
Steuer, C. 32
Stremel Andrade, M. 64, 129, 169
Suárez Anco, H. 55, 185
Suarez, L. 279
Szklarz, M. 321
Tabares, X. 196
Tabei, S. 292
Taboada Kurten, E. 132
Taboada, E. 51
Tachella, S. 227, 236
Tapada, M. 270, 298
Tapia Reyes, N. 300
Tapia, M. 188
Tarazona, S. 143
Tarrado, X. 76
Tavares Amaral, J. 60
Tello, F. 228
Tinajero Escobar, G. 187
Tinoco Guzmán, N. 27
Tinoco Gúzman, N. 61
Tinoco, J. 175
Tinoco, N. 45, 257
Toledo Angeles, C. 206
Torres Contreras, L. 182
Torres De Anda, E. 59, 90, 113, 239
Torres Paredes, C. 142
Torres, A. 108, 109, 156
Torres, C. 48, 85, 91, 135, 260
Torres, J. 261
Torres, L. 252
Toselli, L. 235, 268
Troncoso Solar, B. 137, 317
Trujillo Vidal, J. 221
Udaquiola, J. 225, 330, 332
Ugarte Coronel, C. 106, 253, 255
Ugarte, C. 33, 154
Ugazzi Betancourth, M. 155, 240

Ulibarri Hernández, E. 125
Urbina, G. 216, 303
Urquiza Suarez, Y. 197
Urquiza Suárez, Y. 194
Urquizo, M. 74, 178, 330
Ústaris-santos, C. 237
Valdivieso, J. 166, 251
Valenzuela, M. 261
Valeria, R. 103
Valeria, V. 118
Valero Flores, A. 59
Valero Halaby, J. 219
Valero Mamani, R. 121
Valero, J. 226, 277
Valero, M. 212
Valero, R. 154
Valladares, C. 156
Vallejo, M. 226
Vallejos, H. 333
Vanderheyden, L. 184, 190
Varela, J. 62
Varela, M. 180, 277, 282
Varela, P. 220
Vargas Cruz, V. 148, 149
Vargas Salas, M. 22
Vargas, J. 166, 251
Vargas, V. 82, 147, 150
Vásquez Gutierrez, E. 206
Vásquez, P. 52, 57, 250
Vázquez Hernández, K. 125
Vázquez Pérez, D. 312
Vázquez Rueda, F. 63
Vázquez, F. 23
Veas Diaz, M. 191, 206
Veas Díaz, M. 158, 310
Veas, M. 39, 201
Velandia, D. 85
Velarde, J. 25, 89, 177
Velayos, M. 232
Velazquez Vidaurri, A. 244
Velázquez Vidaurri, A. 90, 167, 224, 239
Velazquez, A. 259
Véliz Rojas, A. 46, 271
Venegas Poblete, C. 141

Venegas, C. 189
Veyl, N. 220
Vidal De Oliveira, A. 60
Vielma Sotelo, J. 222
Viera Aleman, X. 87
Viera Alemán, X. 55
Vilchez, L. 188
Villagra, J. 45
Villagrán, C. 304, 305, 306
Villamizar Beltrán, P. 73
Villamizar, J. 143
Villegas Galilea, S. 214, 215
Villegas, S. 273
Villena, S. 328
Viscarra, J. 184, 190
Viso, M. 65
Vivas Colmenares, G. 58, 281
Volpe, F. 182
Vuletin Solis, F. 66
Vuletin, F. 51, 54, 92, 161, 171, 192
Wajner, C. 184, 190
Weibel, A. 42
Weibel, Á. 34
Weibel, G. 81, 126
Weil, A. 265
Williams, G. 331
Ximenes, R. 78, 79
Yáñez Valdés, J. 214
Yañez, J. 215, 273
Yáñez, V. 30
Yanine, J. 38, 75, 228
Yankovic, F. 134, 139, 208, 319
Yanqui Saltos, M. 187
Zabala, J. 242
Zambrano Chacón, C. 317
Zamora Marín, C. 140
Zamorano, D. 166, 251
Zavala, G. 98
Zeballos Castro, M. 106
Zeballos, G. 154
Zechini, V. 249
Zelaya Contreras, L. 23, 63, 82, 147, 148, 149
Zelaya, L. 150
Zertuche Coindreau, J. 167

Ziadeh, H. 293
Zuluaga Carmona, M. 101, 115
Zuñiga, L. 198
Zuquim Tangerino, J. 70
Zurita, J. 187