



# LIBRO DE RESÚMENES

## Contenido

MT-V1800) MEJORES TRABAJOS (VIERNES 18:00-18:30, PLENARIA).....	13
CG-O16) MEDICIÓN DEL ESPACIO RETRO-RECTAL COMO ORIENTADOR DE MASAS PRESACRAS EN NIÑOS.....	13
CG-O09) EPIDEMIOLOGIA QUIRURGICA EN ADOLESCENTES. DATOS PARA TOMAR DECISIONES.....	14
CG-O05) CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES OPERADOS DE PECTUS EXCAVATUM MEDIANTE TÉCNICA DE NUSS, EXPERIENCIA DE 20 AÑOS.....	14
CG-O06) BRECHA DE GÉNERO EN CONGRESOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA ¿SON POCO CONSIDERADAS LAS MUJERES AL MOMENTO DE PRESENTAR? .....	15
CP-O01) EVALUACIÓN DE LA OPORTUNIDAD PARA CIRUGÍA PRIMARIA PARA LOS PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA ASOCIADOS AL PROGRAMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD DE CHILE. ....	16
CG-J1145-1) CIRUGÍA GENERAL (JUEVES 11:45-12:15, SALÓN 1) .....	17
CG-O02) EXPERIENCIA EN LOBECTOMÍAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS PULMONARES (MCVAP) EN HOSPITAL PUERTO MONTT .....	17
CG-O03) EXPERIENCIA PEDIÁTRICA DE GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN .....	19
CG-O04) ¿ES IMPORTANTE EL LUGAR DONDE BUSCAS ATENCIÓN? UN ANÁLISIS DE LAS ORQUIECTOMÍAS POR TORSIÓN TESTICULAR EN DOS HOSPITALES DE REFERENCIA EN LA REGIÓN DEL BIOBÍO .....	20
CG-O07) SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR ¿ES UNA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA? SERIE DE 4 CASOS PEDIÁTRICOS.....	21
CG-O08) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO PARA QUISTE PILONIDAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS; PRIMEROS RESULTADOS DE UN NUEVO PROTOCOLO.....	22
CG-V1100-3) CIRUGÍA GENERAL (VIERNES 11:00-11:45, SALÓN 1) .....	23
CG-O10) UN MODELO SIMPLE, BARATO Y REALISTA PARA SIMULACIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL A DISTINTAS EDADES .....	23
CG-O11) RADIOGRAFÍA ESÓFAGO-ESTÓMAGO- DUODENO, ¿PRE-REQUISITO PARA UNA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO?.....	24
CG-O12) DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE MODELOS REPLICABLES, DE BAJO COSTO, EN IMPRESIÓN 3D PARA ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA. ....	25
CG-O13) ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, CARACTERIZACIÓN DURANTE ONCE AÑOS EN EL HCSBA .....	26

CG-O14) COLEDOCOLITIASIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO EN 18 AÑOS .....	27
CG-O15) CIRUGÍA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO): OUTCOMES EN ABORDAJE QUIRÚRGICO PRECOZ VERSUS TARDÍO.....	28
CG-O17) MEJORA DE CALIDAD EN EL MANEJO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE. PRELIMINAR .....	29
CG-O01) COMPASIÓN EN CIRUGÍA; BÚSQUEDA Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESLABÓN PERDIDO.....	30
CG-V1500-4) CIRUGÍA GENERAL (VIERNES 15:00-16:15, SALÓN 1) .....	31
CG-V01) RESECCIÓN TORACOSCÓPICA EXITOSA DE UN QUISTE BRONCOGÉNICO, REPORTE DE UN CASO .....	31
CG-V02) UTILIDAD DE LA ENDOSONOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DE ADENOPATÍAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO .....	32
CG-V03) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	32
CG-V04) OPTIMIZANDO LOS RECURSOS Y LA SEGURIDAD DE LA GASTROSTOMIA: INNOVADORA TÉCNICA.....	33
CG-V05) LA TRAVESÍA DEL DIAGNÓSTICO: DE LA SOSPECHA DE PÁNCREAS ANULAR A LA REALIDAD QUIRÚRGICA.....	34
CG-V06) COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DE TRES PUERTOS: UNA CIRUGÍA SIN CICATRICES .....	35
CG-V07) CIERRE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL SECUNDARIA A NEUMONÍA NECROTIZANTE.....	36
CG-V08) MEMBRANA DUODENAL: MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO .....	37
CG-O18) RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATOCARCINOMA EN PEDIATRÍA.....	38
CG-O19) PRESERVACIÓN ESPLÉNICA EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE LESIONES EN CUERPO Y COLA DE PÁNCREAS .....	39
CG-O20) CONSTIPACIÓN CRÓNICA, DOLICOMEGASIGMA Y VÓLVULO DE COLON SIGMOIDES, EXPERIENCIA EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO .....	40
CG-O21) MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO EN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON ALOINJERTO DE PIEL TOTAL CRIO PRESERVADA. CASO CLÍNICO.....	40
CG-O22) USO DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA EN EL MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO EN RECIEN NACIDOS, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL REGIONAL. ....	41
CG-O24) OPTIMIZANDO EL ABORDAJE QUIRÚRGICO ABDOMINAL EN NEONATOS Y LACTANTES: LA INCISIÓN CIRCUMBILICAL COMO ALTERNATIVA ESTANDARIZADA Y ESTÉTICAMENTE SUPERIOR. ....	42

CG-O25) MANEJO QUIRÚRGICO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS .....	43
CP-J1100-1) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (JUEVES 11:00-12:00, SALÓN 3) .....	44
CG-O23) TÉCNICA DE PNEUMOPERITONEO PROGRESIVO Y TOXINA BOTULÍNICA PARA CIERRE DE DEFECTOS CONGÉNITOS DE PARED ABDOMINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	44
CP-O02) SÍNDROME DE APNEA E HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES FISURADOS ¿EXISTE EMPEORAMIENTO POSTERIOR A FARINGOPLASTÍA?.....	45
CP-O03) SATISFACCIÓN DE PACIENTES FISURADOS OPERADOS DE RINOPLASTIA DEFINITIVA Y LIPOINYECCIÓN FACIAL .....	46
CP-O04) DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA MANDIBULAR EN SECUENCIA PIERRE ROBIN EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO.....	47
CP-O05) ¿LIPOMA EN NIÑOS?, MÁS ALLÁ DE LA PREMISA QUE NO EXISTEN.....	48
CP-O06) USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL DE DONANTE VIVO CRIOPRESERVADA EN PACIENTE GRAN QUEMADO PEDIATRICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RÍO .....	49
CP-O07) RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL CON TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES EN PACIENTE CON GASTROSQUISIS OPERADA, COMPLICADA CON DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE MALLA. REPORTE DE CASO CLÍNICO. ....	50
CP-O08) MANEJO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMAS CONGÉNITO NO INVOLUTIVO ..	51
CP-O09) TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA EN ENFERMEDAD PILONIDAL: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS.....	52
CP-J1430-2) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (JUEVES 14:30-15:00, SALÓN 3) .....	53
CP-O10) PREVALENCIA DE SAHOS EN PACIENTES CON FISURA PALATINA OPERADA...	53
CP-O11) VALORACIÓN ESTÉTICA DE UNA PROPUESTA QUIRÚRGICA DE RINOPLASTÍA INTERMEDIA EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA UNILATERAL.....	53
CP-O12) DESFORRAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR: HERRAMIENTAS QUIRÚRGICAS PARA SU MANEJO .....	54
CP-O13) REPARACIÓN PRIMARIA DEL NERVIO FACIAL BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA EN NIÑOS CON HERIDAS FACIALES.....	55
CP-O14) RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE EXTREMIDAD SEVERAMENTE LESIONADA. REPORTE DE CASO CLÍNICO. ....	57
CP-V0830-3) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (VIERNES 08:30-09:30, SALÓN 3).....	58
CP-O15) ANÁLISIS DE LA CK Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME COMPARTIMENTAL Y AMPUTACIÓN EN QUEMADURAS ELÉCTRICAS PEDIÁTRICAS.....	58

CP-O16) EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTES, EN LA CONFECCIÓN Y USO DE SOMATOPRÓTESIS EXTRATISULAR AURICULAR ADHESIVA, HOSPITAL PUERTO MONTT (HPM).....	58
CP-O17) INNOVACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE OREJAS ALADAS: MÉTODO PARA PREVENIR LA RECIDIVA.....	60
CP-O18) INTERVENCIÓN KINÉSICA CON ENFOQUE MAXILOFACIAL EN UN PACIENTE CON QUEMADURA GRAVE DE CARA.....	61
CP-O19) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN PACIENTE CON SECUELA DE QUEMADURAS. ....	61
CP-O20) MATRIZ DÉRMICA, EXCELENTE OPCIÓN DE COBERTURA SOBRE TENDÓN.....	62
CP-O21) MUCORMICOSIS CUTÁNEA DISEMINADA EN UNA PACIENTE GRAN QUEMADO DE SOBREVIDA EXCEPCIONAL: BITÁCORA DE UNA SOBREVIVIENTE, CASO CLÍNICO. ...	63
CP-O22) COLGAJO MIOMUCOSO DE ORBICULAR ORIS: UNA ALTERNATIVA EFICAZS... 64	64
CP-V1430-4) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (VIERNES 14:30-15:30, SALÓN 3).....	65
CP-O23) TALLER DE SIMULACIÓN DE MICROTIA DE BAJO COSTO Y SU ESCALA ESTRUCTURA DE EVALUACIÓN DE INCORPORACIÓN HABILIDADES (OSATS-MICROTIA) .....	65
CP-O24) HIPERTROFIA MAMARIA EN ADOLESCENTES.....	66
CP-O25) VIDEOTECA EN CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA PARA DOCENCIA .....	67
CP-O26) MANEJO DE PTERIGIUM COLLI (PC) CON TÉCNICA DE GARGAN MODIFICADA .....	67
CP-O27) TÉCNICA DE DOBLE INCISIÓN PARA MANEJO DE GINECOMASTIA SEVERA ....	68
CP-O28) RECONSTRUCCIÓN UMBILICAL EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS.....	69
UP-J1200-1) UROLOGÍA PEDIÁTRICA (JUEVES 12:00-13:00, SALÓN 2) .....	70
UP-O01) MODELO DE ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISRAFIA ESPINAL: MEJORANDO LA ADHERENCIA.....	70
UP-O02) ESTIMACIÓN DE LA CARGA LITIÁSICA EN NEFROLITIASIS MEDIANTE IMPRESIÓN 3D. APLICACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.....	71
UP-O03) FIMOSIS ASINTOMÁTICA:¿ EN QUÉ ESTAMOS EN CHILE? .....	72
UP-O04) RESULTADOS INICIALES DE CIRCUNCISIÓN MÁS ESCROTOPLASTIA; ¿REALMENTE ALARGA EL PENE?.....	73
UP-O05) PIELOPLASTÍA ASISTIDA POR ROBOT, REPORTE DE NUESTROS PRIMEROS 10 CASOS.....	74
UP-O06) EXPERIENCIA INICIAL EN VARICOCELECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL PÚBLICO. ....	75
UP-O07) BALANITIS XERÓTICA OBLITERANTE; ¿UNA CONDICIÓN EN AUMENTO?.....	76

UP-O08) EVOLUCIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE VARICOCELE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO. ....	77
UP-O09) EVOLUCIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS URODINÁMICOS DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA. ....	79
UP-V1530-4) UROLOGÍA PEDIÁTRICA (VIERNES 15:30-16:15, SALÓN 2) .....	80
UP-O10) CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES OPERADOS POR TESTICULO NO DESCENDIDO .....	80
UP-O11) HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES EN PEDIATRÍA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTINACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO Y MANEJO.....	81
UP-O12) RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE GLANDULOPLASTIA EN M V INVERTIDA PARA LA CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS DISTALES .....	82
UP-O13) EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE CHATGPT-4 A CONSULTAS UROLÓGICAS PEDIÁTRICAS: UN ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS RESPUESTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES, PADRES Y MÉDICOS.....	82
UP-O14) “MANEJO DE LA FIMOSIS CON TRIAMCINOLONA TÓPICA. 18 AÑOS DE EXPERIENCIA” .....	83
UP-O15) DOCKING EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA. QUÉ HEMOS APRENDIDO. ....	84
UP-O16) CISTITIS HEMORRÁGICA SEVERA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS, MANEJO CON EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIAS VESICALES. ....	85
UP-O17) EXPERIENCIA INICIAL DE USO DE INMUNOTERAPIA EN INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE EN NIÑAS: SERIE CLÍNICA.....	86
UP-J1730-2) UROLOGÍA PEDIÁTRICA (JUEVES 17:30-18:00, SALÓN 2) .....	87
UP-V1) PRIAPISMO ISQUÉMICO PROLONGADO DE CAUSA FARMACOLÓGICA REFRACTARIO A TRATAMIENTO.....	87
UP-V2) ADRENALECTOMÍA BILATERAL SINCRÓNICA LAPAROSCÓPICA POR FEOCROMOCITOMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	88
UP-V3) MALFORMACIÓN VENOSA URETRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	89
UP-V4) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN TUMOR TESTICULAR METASTÁSICO. ....	90
UP-V5) PULL TROUGH ASISTIDO POR ROBOT EN MALFORMACIÓN ANORRECTAL.....	91
SP1-J1030) SESIÓN DE PÓSTERS 1 (JUEVES 10:30-11:00) .....	92
CG-P01) ¿Y DÓNDE ESTÁ EL DIVERTÍCULO DE MECKEL? REPORTE DE UN CASO EN EL VALLE ACONCAGUA. ....	92
CG-P02) VESÍCULA SEPTADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: CUANDO LA PATOLOGÍA BILIAR SE SALE DE LA NORMA.....	92

CG-P03) QUISTE DUPLICACION INTESTINAL: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ENDOSCÓPICO. ....	93
CG-P04) COLECISTOSTOMÍA VIDEOASISTIDA CON PUENTE DE YEYUNO COMO ALTERNATIVA DE MANEJO DE PRURITO INTRATABLE EN PACIENTE CON COLELITIASIS FAMILIAR INTRAHEPÁTICA.....	94
CG-P05) GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA CON APOYO DE LAPAROSCOPIA, EN PACIENTE DE DIFÍCIL ACCESO .....	95
CG-P07) PERFORACIÓN GÁSTRICA COMO HALLAZGO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA.....	96
CG-P06) MASA HIPOGÁSTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	97
CG-P08) PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR UNA COMPLICACION INFRECUENTE TRAS INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO .....	98
CG-P09) PILEFLEBITIS, NECROSIS Y ABSCESOS HEPÁTICOS SECUNDARIO A SEPSIS ABDOMINAL POR APENDICITIS AGUDA PERFORADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. ....	99
CG-P10) PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FÍSTULAS ILEO-ILEALES POSTERIOR A INGESTA DE IMANES, REPORTE DE UN CASO.....	100
CG-P11) TORSIÓN ESPLÉNICA DE UN BAZO ERRANTE ACCESORIO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	100
CG-P12) ACALASIA ESOFÁGICA PEDIÁTRICA UNA ENTIDAD A CONSIDERAR.....	101
CG-P13) TRAUMA HEPÁTICO ASOCIADO A LESIÓN DE VENA CAVA INFERIOR: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA LESIÓN POTENCIALMENTE MORTAL .....	103
CG-P14) MANEJO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON CONTRASTE YODADO POR SONDA NASOGÁSTRICA EN PEDIATRÍA, EN RELACIÓN CON UN CASO.....	104
CP-P01) EVALUACIÓN DE TALLER DE SIMULACIÓN CON MODELO ANIMAL POR RESIDENTES DE CIRUGÍA.....	104
CP-P02) QUEMADURAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ OSORNO .....	105
CP-P03) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE QUEMADO ELÉCTRICO PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO EN UN CENTRO DE REFERENCIA.....	106
CP-P04) ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGIA DE QUEMADURAS EN PACIENTES DE SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL FÉLIX BULNES.....	107
CP-P05) DISPOSITIVO DE MODELADO NASAL: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN EL MANEJO DE LA CICATRIZ LABIAL EN PACIENTES CON FISURA LABIO PALATINA (FLAP) .....	108
CP-P06) COLGAJO EN ELÁSTICO DEL BERMELLON LABIAL .....	109
CP-P07) MANEJO DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO CON ALOINJERTO DE PIEL TOTAL CRIO PRESERVADA. CASO CLÍNICO .....	110

CP-P08) USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL MANEJO DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA SEVERA EN ADOLESCENTE .....	111
CG-P15) NEUMATOSIS EN PREMATURO ¿NEC? .....	112
CG-P16) AUSENCIA SEGMENTARIA DE LA MUSCULATURA INTESTINAL (SAIM): REPORTE DE CASO .....	113
CG-P17) SÍNDROME DE PETERS PLUS: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO .....	114
CG-P18) UNA CAUSA INESPERADA DE MASA CERVICAL EN UN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO .....	115
CG-P19) “UN GIRO INESPERADO: VÓLVULO INTESTINAL EN RECIÉN NACIDO POR DUPLICACIÓN INTESTINAL” .....	116
CG-P20) DUPLICACIÓN TOTAL DE COLON EN REGRESIÓN CAUDAL CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL.....	117
CG-P21) MANEJO PRE Y POSTNATAL DE UN HEPATOONFALOCELE CON TOXINA BOTULÍNICA A Y SILO DE ABELLO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO .....	117
SP2-J1615) SESIÓN DE PÓSTERS 2 (JUEVES 16:15-16:45) .....	118
CG-P42) NECROSIS ISQUÉMICA CECAL AISLADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	118
CG-P43) IMPLEMENTACIÓN DE UN TRATAMIENTO MÉDICO INDIVIDUALIZADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INCONTINENCIA FECAL DE DIFÍCIL MANEJO. ....	119
CG-P44) LIPOMA PERINEAL CONGÉNITO Y SU ASOCIACION CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE DOS CASOS .....	120
CG-P45) FACTORES ASOCIADOS A LA REINTERVENCIÓN EN EMPIEMA PLEURAL EN PACIENTES PEDIATRICOS EN UN HOSPITAL REGIONAL .....	121
CG-P46) PLEURONEUMONIA .....	122
CG-P47) PRESENTACIÓN ATÍPICA DE QUISTE TIROGLOSO .....	123
CG-P48) NODULO PREESTERNAL COMO MANIFESTACIÓN DE QUISTE BRONCOGÉNICO EXTRAPULMONAR.....	123
CG-P49) TRICOBEOZAR Y SIDROME DE RAPUNZEL EN PEDIATRIA. SERIE DE CASOS ..	124
CG-P50) TRICOBEOZAR Y EYUNO-ILEAL. REPORTE DE UN CASO.....	125
CG-P51) SINDROME DE RAPUNZEL, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	126
CG-P52) MANEJO CONSERVADOR EN EL TRAUMA PANCREÁTICO PEDIÁTRICO DE ALTO GRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO. ....	127
CG-P53) CASO DE TRICOBEOZAR RECIDIVADO: IMPORTANCIA DEL MANEJO INTEGRAL .....	127
CG-P54) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA (HDC) DE DIAGNÓSTICO TARDÍO: HALLAZGO EN ADOLESCENTE EN CONTEXTO CONSULTA EN SERVICIO DE URGENCIAS .....	128



CG-P55) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: DIAGNÓSTICO DESENCADENADO POR TRAUMA ABDOMINAL.....	129
CP-P09) EXÉRESIS DE NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO EN CANTO PALPEBRAL EXTERNO + RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LOCAL TIPO MUSTARDÉ.....	130
CP-P10) PILOMATRIXOMA ANETODÉRMICO, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MASA BENIGNA EN PACIENTE ADOLESCENTE.....	131
CP-P11) UNIFICANDO TÉCNICAS PARA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE OREJA GACHA .....	132
CP-P12) LA PROBLEMÁTICA DEL EXCESO CUTÁNEO EN GINECOMASTIA: TÉCNICA CIRCUMAREOLAR.....	133
CP-P13) MANEJO DE EXTRAVASACIÓN CON PROTOCOLO DE GAULT: REPORTE DE CASO.....	134
CP-P14) QUEMADURA ELÉCTRICA GRAVE, RECONSTRUCCIÓN CERVICAL COMPLEJA, CASO CLÍNICO.....	135
CP-P15) GRAN QUEMADO NEONATAL, DESAFÍOS ENFRENTADOS A PROPÓSITO DE UN CASO.....	136
CP-P16) MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE UN QUISTE DERMOIDE NASOETMOIDAL CON EXTENSIÓN INTRACRANEAL: REPORTE DE UN CASO.....	137
CG-P56) ATRESIA ESOFÁGICA ASOCIADA A AGENESIA PULMONAR. DESAFÍO TERAPÉUTICO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.....	138
CG-P57) ABORDAJE CERVICAL DE ATRESIA ESOFÁGICA CON FÍSTULA TIPO C, REPORTE DE CASO.....	139
CG-P58) ANESTESIA ESPINAL EN PREMATUROS EXTREMOS: ¿UNA ALTERNATIVA A CONSIDERAR? UNA SERIE DE CASOS EN HERNIORRAFÍA INGUINAL.....	140
CG-P59) SARCOMA EMBRIONARIO DEL HÍGADO, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HAMARTOMA HEPATICO.....	142
CG-P60) MANEJO CON IMANES DE ESTENOSIS ESOFÁGICA COMPLETA POSTQUIRÚRGICA EN ATRESIA ESOFÁGICA: REPORTE DE UN CASO.....	143
CG-P61) ENTEROPLASTÍA SERIAL TRANSVERSA EN NEONATO CON ONFALOCELE Y ATRESIA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO.....	143
CG-P62) PERFORACIÓN YEYUNAL SECUNDARIA A USO DE CINTURÓN DE SEGURIDAD EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SERIE DE 2 CASOS.....	144
SP3-V1030) SESIÓN DE PÓSTERS 3 (VIERNES 10:30-11:00).....	145
CG-P63) DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE BASADOS EN SIGNOS DE LESION INTESTINAL.....	145
CG-P64) PUNCION LAPAROSCOPICA DE QUISTE OVARICO GIGANTE NEONATAL, PRESENTACION DE CASO CLINICO.....	147

CG-P65) MANEJO QUIRÚRGICO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN UN CENTRO TERCARIO: EXPERIENCIA EN 10 AÑOS.....	147
CG-P66) PERFORACIÓN DE COLON TRANSVERSO EN PACIENTE CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA. REPORTE DE UN CASO.....	148
CG-P67) MIGRACIÓN ESCROTAL DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULOOPERITONEAL EN UN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA.....	149
CG-P68) RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN LINFÁTICA RETROPERITONEAL POR INCISIÓN PERIUMBILICAL EN UN RECIÉN NACIDO.....	150
CG-P69) MANEJO DE NEUMONÍA NECROTIZANTE CON LOBECTOMÍA EN NEONATO PREMATURO EXTREMO .....	151
CG-P70) DIEZ AÑOS DE ANÁLISIS DE RECLAMOS E INSATISFACCIÓN USUARIA EN PEDIATRÍA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN CHILE.....	152
CG-P71) IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN LA PRESENTACIÓN Y MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS .....	153
CG-P72) ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, REPORTE DE UN CASO. ....	154
CG-P73) EL INDICADOR DE CALIDAD “TASA DE REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO PROGRAMADA” ES MÁS REPRESENTATIVO QUE EL INDICADOR “TASA DE REHOSPITALIZACIÓN” PARA UNA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.....	155
CG-P74) HALLAZGOS INESPERADOS POR TRAUMA PENETRANTE FACIAL: REPORTE DE UN CASO .....	156
CG-P75) DIÁSTASIS DE RECTOS PERSISTENTE Y HERNIA EPIGÁSTRICA DE UBICACIÓN PARAMEDIANA EN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	157
CG-P76) IMPLEMENTACIÓN DE GUÍA LOCAL PARA PADRES, SOBRE CUIDADOS Y MANEJO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS USUARIOS DE GASTROSTOMÍA .....	158
CP-P17) COLGAJO DE FASCIA DE OCCIPITAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE MICROTIA	159
CP-P18) PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE CICATRICES QUELOIDES CON USO DE MITOMICINA C INSTILADA .....	159
CP-P19) NEUROFIBROMA PLEXIFORME, LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN PUNTA NASAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I. ....	160
CP-P20) USO DE SISTEMA DE CONTROL FECAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUEMADURA 53% DE SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA Y COMPROMISO PERINEAL GRAVE: REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	161
CP-P21) USO DE FIBRINA RICA EN PLAQUETAS (L-PRF) PARA COBERTURA FASCIOCUTÁNEA CERVICAL EN ADOLESCENTE CON FASCITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ODONTOGÉNICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	162

CP-P22) HEMANGIOMA CONGÉNITO EN CRECIMIENTO: EMBOLIZACIÓN Y PLASTIA PARA RESULTADOS ÓPTIMOS. ....	163
CP-P23) INJERTO DE PIEL PROCURADA EN HERIDA COMPLEJA DE MANO EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO. ....	164
CP-P24) USO DE VAC E INJERTO DERMO-EPIDÉRMICO SOBRE ZONA EVISCERADA POR FASCEITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL CON DÉFICIT DE APONEUROSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO. ....	165
UP-P01) EVOLUCIÓN DE QUISTES PARAPIÉLICOS EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS.....	166
UP-P02) PROLAPSO GENITAL NEONATAL: UN CASO...POCOS CASOS .....	167
UP-P03) TUMOR DE WILMS ASOCIADO A DESORDEN WT-1: REPORTE DE UN CASO. ....	168
UP-P04) BOTÓN DE VESICOSTOMÍA PARA CATETERISMO URINARIO INTERMITENTE: UNA ALTERNATIVA ANTE ESCENARIOS ADVERSOS .....	168
UP-P05) DIVERTÍCULO DE HUTCH BILATERAL, REPORTE DE CASO .....	170
SP4-V1615) SESIÓN DE PÓSTERS 4 (VIERNES 16:15-16:45) .....	170
CG-P77) EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE MALFORMACIONES TORÁCICAS PEDIÁTRICAS EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT .....	170
CG-P78) DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ONICOCRIPTOSIS .....	171
CG-P79) PERFORACIÓN YEYUNAL EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO: ROL DE LAPAROSCOPIA EXPLORADORA. ....	172
CG-P80) DESDE TIMO ECTÓPICO HASTA LIPOBLASTOMA: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE MASAS CERVICALES EN PEDIATRÍA .....	173
CG-P81) UTILIZACIÓN DE CATÉTER RESERVORIO SUBCUTÁNEO COMO MANEJO PARA PSEUDOQUISTE ABDOMINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO .....	174
CG-P82) HIBERNOMA LIPOMA-LIKE: REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	175
CG-P83) TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO CON ESCLEROTERAPIA EN RÁNULA CERVICAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO .....	176
CG-P84) EXPERIENCIA DEL DRENAJE PERCUTÁNEO GUIADO POR IMÁGENES COMO ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE QUISTES HIDATÍDICOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO. ....	176
CG-P85) DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PÁNCREAS ECTÓPICO EN INTESTINO MEDIO.....	177
CG-P86) ESPLENOPEXIA LAPAROSCÓPICA PARA EL MANEJO DE BAZO ERRANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. ....	178

CG-P87) TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO TRAQUEAL SUBGLÓTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO. ....	179
CG-P88) RESULTADOS DE LA ANASTOMOSIS HEPATODUODENAL VS. HEPATOYEYUNAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON QUISTE DE COLÉDOCO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS.....	180
CG-P89) SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN LESIONES OVÁRICAS BENIGNAS PEDIÁTRICAS.....	180
CG-P90) ATRESIA DE VÍAS BILIARES ASOCIADA A CITOMEGALOVIRUS, REPORTE DE UN CASO .....	181
CP-P25) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GRAN MALFORMACIÓN VASCULAR LINFÁTICA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA. ....	182
CP-P26) ANOMALÍAS VASCULARES DEL BAZO ¿QUE SABEMOS DE ELLAS?: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	183
CP-P27) ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE CON FISURA LABIO PALATINA PARTICIPE DEL OPERATIVO DE LA FUNDACIÓN GANTZ EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT DR. EDUARDO SCHÜTZ SCHROEDER.....	184
CP-P28) MANEJO ORTÉSICO POST CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA AURICULAR EN MICROTIA.....	185
CP-P29) EXPERIENCIA LOCAL INICIAL EN CASOS DE PACIENTES CON MICROTIA, EN BASE A LA REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN (AAR) DE CIRUGÍAS PREVIAS. HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, TEMUCO .....	186
CP-P30) CASO CLÍNICO: LIPOBLASTOMA EN EXTREMIDAD INFERIOR DE PACIENTE PEDIÁTRICO, DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO .....	187
CP-P31) MANEJO DE SECUELA ESTÉTICA DE HEMANGIOMA INFANTIL FACIAL EN PACIENTE ADOLESCENTE CON ABORDAJE QUIRÚRGICO Y LÁSER .....	188
CP-P32) COLGAJO BUCCINADOR PARA FÍSTULAS PALATINA Y DEHISCENCIAS DE PALADAR BLANDO.....	189
UP-P06) DUPLICACIÓN URETRAL EN Y EN NIÑA CON HIPERPLASIA SUPRA RENAL CONGÉNITA: UN HALLAZGO INFRECLENTE .....	190
UP-P07) URINOMA FETAL: DIAGNOSTICO POSTNATAL A PROPOSITO DE UN CASO... ..	191
UP-P08) LIPOSUCCIÓN SUPRAPÚBICA COMO TRATAMIENTO COADYUDANTE EN PACIENTES CON PENE SUMIDO. ....	192
UP-P09) ¿ES FACTIBLE REALIZAR CIRUGIA INTRA-RENAL RETROGRADA SIN RADIOSCOPIA? PRESENTACION DE UN CASO CLINICO .....	193
UP-P10) INTERVENCIÓN LAPAROSCÓPICA EN AGENESIA RENAL: CASO CLÍNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.....	194
SP5-V1550) SESIÓN DE PÓSTERS CIRUGÍA GENERAL (VIERNES 15:50-16:10).....	194

CG-P22) NEUMONÍA NECROTIZANTE PEDIÁTRICA: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OPORTUNA. ....	195
CG-P23) ESTUDIO CLÍNICO PRELIMINAR DE UN DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA PARA FACILITAR EL USO DE SONDAS FOLEY EN GASTROSTOMÍAS PEDIÁTRICAS, EN ENTORNOS CON RECURSOS LIMITADOS.....	196
CG-P24) RECONSTRUCCIÓN DE PARED COSTAL CON MATERIAL ABSORBIBLE TRAS RESECCIÓN EXTENSA POR SARCOMA DE EWING EN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	197
CG-P25) PLANIFICACIÓN 3D DE RESECCIÓN TORACOSCÓPICA DE TUMOR MEDIASTÍNICO GERMINAL: UNA HERRAMIENTA INVALUABLE.....	197
CG-P26) HIDATIDOSIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. REPORTE DE 2 CASOS.....	199
CG-P27) EXPERIENCIA EN CIERRE SUTURELESS DE GASTROSQUISIS: UNA SERIE DE CASOS.....	200
CG-P28) VÓLVULO DE COLON TRANSVERSO. REPORTE DE UN CASO.....	200
CG-P29) OBSTRUCCIÓN COLÓNICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO SECUNDARIO A BRIDA CONGÉNITA ÚNICA. REPORTE DE UN CASO.....	201
CG-P30) APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.....	202
CG-P31) VÓLVULO SIGMOIDES EN ADOLESCENTES: REPORTE DE CASO CLÍNICO .....	203
CG-P32) INVAGINACIÓN INTESTINAL CRÓNICA SECUNDARIA A SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS. REPORTE DE CASO.....	204
CG-P33) ENFISEMA SUBCUTANEO MASIVO SECUNDARIO A BAROTRAUMA EN PACIENTE PEDIATRICO: REVISIONDE LITERATURA A RAIZ DE UN CASO.....	205
CG-P34) HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO ENTRE 2019-2024.....	205
CG-P35) HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, UNA NUEVA REALIDAD. ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA ESTE FENÓMENO?.....	206
CG-P36) TRAUMA POR ARMA DE FUEGO, REALIDAD LOCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITAL PADRE HURTADO .....	207
CG-P37) MANEJO LAPAROSCÓPICO DE HIDATIDOSIS ABDOMINAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO, 2012- 2024.....	208
CG-P38) CONFIANZA QUIRÚRGICA AL TÉRMINO DE LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA: ¿REALIZAR MÁS ES MEJOR? .....	209
CG-P39) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL BAJA EN NEONATO, ¿ES INFRECIENTE LA ATRESIA DE COLON?.....	210
CG-P40) CURSO CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA CIRUJANOS DE PAÍSES DE BAJOS Y MEDIOS INGRESOS ECONÓMICOS. SEGUIMIENTO A DOS AÑOS. ....	211

CG-P41) MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES PANCREÁTICOS EN NIÑOS. ANAÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS .....	212
Índice por Título .....	214
Índice por Autor .....	224

## MT-V1800) MEJORES TRABAJOS (VIERNES 18:00-18:30, PLENARIA)

### CG-O16) MEDICIÓN DEL ESPACIO RETRO-RECTAL COMO ORIENTADOR DE MASAS PRESACRAS EN NIÑOS

Ceballos, V.(1); Bustos, N.(2);

(1): Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

**Introducción:** Las masas presacras (MPS) son infrecuentes, con una incidencia de 1/40000 habitantes. En niños pueden asociarse a malformaciones anorrectales (MAR) o presentarse con síntomas como constipación. La resonancia magnética es el examen de elección, pero muchos pacientes fueron estudiados con imágenes contrastadas de colon previo a sospechar la MPS. Nuestro objetivo fue analizar la asociación entre el espacio retro-rectal medido en estudios contrastados y el diagnóstico de MPS en pacientes menores de 1 año.

**Materiales y métodos:** Estudio de corte transversal de pacientes con examen contrastado de colon entre 2015 y 2024 en el Hospital Regional de Temuco. Se incluyeron todos los niños menores de 1 año, se excluyeron aquéllos con ileostomía, sin registros o imagen no evaluable. Mediante muestreo simple se calculó un n de 70. Se midió el espacio retro-rectal en una proyección lateral entre la última vértebra sacra visible y el margen posterior del recto contrastado. Se utilizó t test para analizar las variables continuas y chi2 para las categóricas. Se realizó un análisis multivariado considerando edad, sexo, síntoma o indicación. Los datos fueron registrados en Excel y analizados en Stata 16.0. Se utilizó valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes para el análisis, la media de edad fue de 4,5 +/- 4 meses, con predominio masculino en un 57%. Se identificaron 3 pacientes con diagnóstico posterior de MPS. No hubo diferencias en la edad, el tamaño del recto ni la sintomatología. En promedio, el espacio retro-rectal de los niños menores de 1 año con MPS fue 25 mm mayor que los niños sin MPS con  $p < 0,00$  [IC 95% 23 – 26].

**Conclusiones:** Un aumento del espacio retro-rectal sobre los 25 mm orienta a la presencia de MPS en niños menores de 1 año, independiente de la sintomatología o la indicación del estudio contrastado.

## CG-O09) EPIDEMIOLOGIA QUIRURGICA EN ADOLESCENTES. DATOS PARA TOMAR DECISIONES

Aguilar, T.(1); Muñoz, L.(2); Mora, C.(2); Vigneaux, L.(2); Alfaro, M.(2); Garrido, C.(2); Trinchieri, C.(3); Sepulveda, C.(3); Zaninovic, I.(4); Pradenas, B.(3);

(1): clínica davila, santiago, Chile (2): Clinica Davila, santiago, chile (3): Universidad de los Andes, santiago, chile (4): Universida de los andes, santiago, chile

**Introducción:** El Ministerio de Salud extenderá la edad pediátrica hasta 18 años, según el ordinario C2 N°640 del 26/02/2024. Debido a la falta de estudios epidemiológicos en este grupo etario, el equipo de Clínica Dávila revisó la epidemiología de sus adolescentes.

**Objetivo:** comparar la incidencia, manejo y complicaciones quirúrgicas en adolescentes de 10 a 14 años (G1) versus 15 a 19 años (G2).

**Tipo de estudio:** cohorte retrospectiva: adolescentes operados en Clínica Dávila entre enero 2021 y diciembre 2023, con diagnósticos más frecuentes: apendicitis aguda, fimosis, hernias, litiasis vesicular y quiste pilonidal. Se excluyeron: operados en otros centros y registros incompletos. Variables incluyeron edad, sexo, IMC, morbilidades, imágenes, diagnóstico, técnica quirúrgica, complicaciones, y seguimiento. El análisis estadístico fue descriptivo-comparativo con un nivel de significancia del 5% ( $p < 0.05$ ), utilizando la prueba de chi-cuadrado.

**Resultados:** Total 2690 adolescentes, 46% presentaron patologías comunes en ambos grupos. La edad más frecuente es de 10 años y el 67% son hombres. G1 presenta menos sobrepeso y menor morbilidad en comparación con G2 ( $p < 0.05$ ). El uso de tomografía abdominal es significativamente mayor en G2 que en G1 (73% vs 14%) para diagnóstico de apendicitis ( $p < 0.05$ ). En G2, las patologías vesiculares son más complicadas (26% vs 14%), requiriendo colangiografía intraoperatoria o Rendezvous ( $p < 0.05$ ). En ambos grupos, el manejo es mínimamente invasivo, aunque G2 no registra técnicas videoasistidas (0% vs 16%). Las complicaciones globales son del 4%, siendo mayores en G2 (3% vs 1%). El seguimiento es óptimo en ambos grupos ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** Este estudio es relevante en el contexto actual de cambios en las edades de atención pediátrica. Dentro de nuestra institución, podemos contribuir al uso racional de la tomografía abdominal, la implementación de técnicas video asistidas. Sin embargo, nuestras brechas se concentran en la necesidad de adquirir más conocimiento sobre la instrumentalización de la vía biliar

## CG-O05) CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES OPERADOS DE PECTUS EXCAVATUM MEDIANTE TÉCNICA DE NUSS, EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

Ibanez Messina, C.(1); Velarde, J.(1); Elton, M.(1); Magaña, M.(2); Riva, N.(3);

(1): Cirujano Pediatra Hospital Dr. Gustavo Fricke, U. de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2):

Becado Cirugía Pediátrica, U. de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (3): Interna Cirugía  
Pediátrica, U. de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

**INTRODUCCION:** El Pectus Excavatum (PE) es la malformación de pared torácica más frecuente, afectando la autoestima y calidad de vida de quienes la padecen. La técnica de Nuss es la más difundida para tratar esta condición, dado su carácter mínimamente invasivo y buenos resultados estéticos, sin embargo, existen escasos reportes sobre la calidad de vida y satisfacción postoperatoria.

**OBJETIVO:** Reportar nuestra experiencia en pacientes con PE operados mediante la técnica de Nuss en nuestro hospital durante 20 años, evaluar su satisfacción postoperatoria y calidad de vida.

**MATERIALES Y METODO:** Estudio de cohorte única retrospectivo, con muestreo no probabilístico, que incluyó a todos los pacientes operados de PE entre los años 2004 a 2024. Se excluyeron aquellos pacientes que no fue posible contactar. Se entrevistó a padres o pacientes, aplicando el cuestionario de satisfacción postquirúrgica Krasopoulos. Las variables evaluadas fueron: capacidad física, impacto en la vida social, autoestima y satisfacción postoperatoria. El análisis se realizó mediante medidas de resumen, media y desviación estándar, además de medidas de frecuencia para datos categóricos. Para variables cuantitativas usamos T de Student y para datos categóricos, test de Stuart-Maxwell.

**RESULTADOS:** Obtuvimos una muestra de 91 pacientes, 80% sexo masculino (73) y 20% femenino (18). El 86% describió mejoría en su capacidad física. El 53% refirió molestias importantes en su vida social antes de la cirugía, mientras que el 6% después de la cirugía ( $p < 0,001$ ). Hubo un aumento significativo de la autoestima de 5,3 puntos preoperatorio a 8,9 puntos postoperatorios ( $p < 0,001$ ). El 98% manifestó estar satisfecho o muy satisfecho con la operación.

**CONCLUSION:** En nuestra experiencia de 20 años realizando la técnica de Nuss para corregir el PE, observamos un efecto positivo tanto en la esfera física como biopsicosocial, reflejado en una mejora significativa del autoestima y satisfacción postoperatoria. Estos resultados son concordantes con la literatura.

## **CG-O06) BRECHA DE GÉNERO EN CONGRESOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA ¿SON POCO CONSIDERADAS LAS MUJERES AL MOMENTO DE PRESENTAR?**

Sorrentino, G.(1); Yankovic, F.(2);

(1): Research Fellow Urología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (2): Uróloga Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago De Chile, Chile., Santiago, Chile

### **Introducción**

La brecha de género en medicina existe en términos de representación, reconocimiento



y oportunidades. El objetivo del siguiente trabajo es caracterizar el nivel de representatividad de las mujeres en los congresos de cirugía pediátrica a nivel latinoamericano en los últimos 5 años.

### **Material y método**

Estudio descriptivo. Se desglosaron los programas científicos entre 2019-2024 de los congresos de cirugía pediátrica de la Sociedad Chilena (SChCP), Iberoamericano y Cirugía Pediátrica del Cono Sur de América. Se consideró el género del expositor en conferencias plenarias, mesas redondas y paneles de expertos. Además se categorizaron las temáticas, dividiéndolas en 3 grupos: clínica, quirúrgica y docencia. Se excluyeron los congresos en los que los programas no entregaban información del género de los participantes. Los datos se compararon con el registro 2024 de los residentes de cirugía pediátrica en Chile y las socias de la SChCP. Los datos se caracterizaron mediante un análisis estadístico descriptivo.

### **Resultados**

Se registraron 7 congresos con 716 intervenciones analizables. La representación general femenina fue 32.5%. De las conferencias plenarias realizadas, expusieron en 19.6%. En mesas redondas y paneles de expertos fue un 33.1%. Su mayor participación ha sido como moderadoras con un 39.4%. Respecto a las temáticas de las presentaciones, en las conferencias plenarias sobre clínica representan el 26.3% de los expositores; técnica quirúrgica 20.8% y ninguna exposición sobre docencia. En el año 2024 el porcentaje de mujeres socias de la SChCP es 55% y las residentes representan 73% de los especialistas en formación. Estas cifras contrastan con la representatividad en congresos que alcanza sólo un tercio.

### **Conclusión**

La representación femenina en los congresos de cirugía pediátrica está por debajo de lo esperado acorde al número de cirujanas pediátricas en ejercicio y formación. Es deseable que esta brecha disminuya en el corto plazo.

## **CP-001) EVALUACIÓN DE LA OPORTUNIDAD PARA CIRUGÍA PRIMARIA PARA LOS PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA ASOCIADOS AL PROGRAMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD DE CHILE.**

Paulos Parot, M.(1); Lagos, C.(1); Ellsworth, K.(1); Broussain, V.(1); Muñoz, M.(1);  
(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción: Los momentos del cierre del labio y del paladar en pacientes con fisura labiopalatina están garantizados. Objetivo: Evaluar la edad en que se están operando los pacientes bajo cuidados del programa en el Hospital de Niños Dr. Roberto del Río y las causas de retraso en la cirugía.

Metodología: Se evalúa la fecha de la cirugía el registro clínico de los pacientes atendidos desde el 2007 hasta 2017. Se excluyen las fisuras submucosas, fallecidos y operados en otras instituciones. Se estudian variables asociadas a retraso de la atención (> 18 meses de edad) como niveles socioeconómicos, sexo, edad de la madre, edad del padre, año de nacimiento, vivir cerca y síndrome u otras malformaciones. Se realiza regresión logística múltiples para la asociación e interacción en Stata 11.

Resultados: De los 100 pacientes en los que se realizó rinoqueiloplastia en el periodo, la mediana de la edad de la cirugía es 5,5 meses (p25 = 4 meses y p75 = 7 meses), pero 28 fueron operados entre los 7 y 16 meses. Tres pacientes no se han operado del paladar por tener una enfermedad grave. De los 217 pacientes la mediana de edad al momento de la cirugía del paladar es de 1 año 3 meses. Se identificaron 59 pacientes atrasados (> 18 meses de edad) (27%) y 36 pacientes muy atrasados (14%) (> 2 años de edad). El principal factor para estar atrasado es el nivel socioeconómico (aumentando hasta 5 veces el riesgo IC 95% 1,5 a 18,7). En los muy atrasado los factores de riesgo son el nivel socioeconómico y comorbilidades.

Conclusión: El cumplimiento del programa de fisura labiopalatina ha permitido entregar cirugía de cierre de labio y paladar en forma oportuna. Debemos estar atentos en los pacientes de bajos recursos para derivarlos a la asistente social.

## **CG-J1145-1) CIRUGÍA GENERAL (JUEVES 11:45-12:15, SALÓN 1)**

### **CG-002) EXPERIENCIA EN LOBECTOMÍAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS PULMONARES (MCVAP) EN HOSPITAL PUERTO MONTT**

Ojeda, A.(1); Tagle, J.(1); Del Río, J.(1); Medina, C.(2); Aldunate, M.(3);

(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile (2): Universidad San Sebastián sede Patagonia, Puerto Montt, Chile (3): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

#### **INTRODUCCIÓN**

La MCVAP es una malformación infrecuente del período prenatal o primera infancia debido a alteración del desarrollo pulmonar y reemplazo de las estructuras normales por quistes susceptibles de complicaciones respiratorias.

En Hospital de Puerto Montt se programa resolución electiva de tres pacientes con apoyo de cirujano experto invitado

En Chile, existe poca información de cirugías de MCVAP en hospitales regionales generales por lo que se presenta la serie.

## OBJETIVO

Exponer experiencia en cirugías de MCVAP en hospital general y estimular el desarrollo de cirugía compleja torácica en regiones.

## MATERIAL Y MÉTODO

Cohorte retrospectiva de pacientes con MCVAP tratados entre 2022 y 2024. Análisis del perfil de pacientes, complicaciones, evolución postoperatoria y estadía hospitalaria.

## RESULTADOS

En el periodo se intervienen 4 pacientes con MCVAP, tres con cirugía electiva programada y uno de urgencia por insuficiencia respiratoria neonatal. Todos con diagnóstico prenatal con promedio de 29 semanas gestación (rango:18-34). El promedio de edad para la cirugía fue 18 meses (rango 2 días a 4 años). Un paciente presentaba compromiso de 2 lóbulos y un paciente presentaba además Pectus Excavatum severo. En todos se realizó toracotomía abierta. El 75% requirió manejo postoperatorio de UTIP con un promedio de 31 horas y un paciente prematuro requirió manejo UCIN prolongado. Dos pacientes presentaron atelectasia y derrame pleural. No hubo reintervenciones ni fallecidos. Las biopsias reportaron MCVAP tipo I (25%) y MCVAP tipo II (75%). Actualmente todos en seguimiento con buena evolución.

## CONCLUSIONES

En Chile se desconoce la experiencia de intervención quirúrgica de MCVAP en centros regionales. El Hospital Puerto Montt es un hospital general de alta complejidad capaz de ofrecer esta prestación. El apoyo inicial experto es fundamental para desarrollar cirugías torácicas complejas en hospitales regionales asegurando óptimos resultados y evitando traslado a centros de especialidad pediátrica.

## CG-O03) EXPERIENCIA PEDIÁTRICA DE GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Figueroa Galdame, G.(1); Leiva Ferrer, R.(1); Navarrete García, C.(2); Pardo Valdés, L.(3);  
(1): Residente cirugía pediátrica Universidad de Chile - Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Cirujano Jefe de Cirugía Endoscópica del Instituto Chileno Japonés del HCSBA, Santiago, Chile (3): Cirujana Pediátrica. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago. Departamento de Pediatría y Cirugía infantil Campus Centro Universidad de Chile, Santiago, Chile

### Introducción

La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) ha demostrado ventajas frente a otras técnicas que buscan proporcionar nutrición enteral. Aunque es considerado un procedimiento relativamente seguro, la edad y peso pueden contraindicar relativamente su uso, principalmente por el riesgo de diversas complicaciones, clasificadas en mayores y menores.

El objetivo es mostrar la serie de casos de pacientes intervenidos con esta técnica en nuestro centro y su evolución postoperatoria.

### Materiales y métodos

Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó los pacientes pediátricos a quienes se realizó una GEP en el HCSBA desde el 2023 hasta la actualidad. Se revisaron las historias clínicas obteniendo variables como edad, diagnóstico, sexo, peso, tiempo de realimentación y complicaciones postoperatorias.

### Resultados

Durante el periodo de estudio, se intervinieron 14 pacientes con esta técnica, por trastornos de la deglución, desnutrición severa y enfermedades neurodegenerativas progresivas. El rango etario fue desde 5 meses hasta los 17 años, con un peso entre 5 y 37 kg, siendo el 57% del sexo femenino. La realimentación a través de la gastrostomía fue a las 4 horas posterior a la cirugía.

Dentro del seguimiento cuatro pacientes (28,5%) presentaron una complicación menor (granuloma), sin complicaciones mayores.

## Conclusiones

La GEP en nuestro centro se ha presentado como una alternativa segura y menos invasiva a las gastrostomías. Es importante la elección adecuada de los pacientes, con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones. En nuestra experiencia no hemos presentado grandes complicaciones y actualmente, el peso como contraindicación es cada vez menor, describiéndose en la literatura algunos estudios pacientes de hasta 2,3 kg en manos expertas y en nuestro caso tenemos dos pacientes de 5 kg de los cuales ninguno presentó complicaciones.

## CG-004) ¿ES IMPORTANTE EL LUGAR DONDE BUSCAS ATENCIÓN? UN ANÁLISIS DE LAS ORQUIECTOMÍAS POR TORSIÓN TESTICULAR EN DOS HOSPITALES DE REFERENCIA EN LA REGIÓN DEL BIOBÍO

Cisternas, V.(1); Alvarado, L.(2); Veas, M.(1); Bastías, C.(3); Dubó, S.(4); Pasten, A.(5);

(1): Residente de cirugía pediátrica, Universidad de Concepción – Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile (2): Estudiante de Enfermería, Universidad de Concepción, Concepción, Chile (3): Cirujana Pediátrica, Hospital Las Higueras de Talcahuano, Talcahuano, Chile (4): Jefe de la Dirección de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile (5): Cirujano Pediátrico, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Concepción, Chile

### Introducción:

La torsión testicular (TT) es una patología prevalente en adolescentes, y un desenlace exitoso depende del tiempo entre el inicio de los síntomas y la cirugía. La red asistencial de la Región del Biobío se compone de centros públicos y privados, algunos bastantes lejanos, y que no resuelven patología quirúrgica pediátrica. El objetivo de este trabajo es determinar si los pacientes derivados desde la red de menor complejidad tienen mayor probabilidad de perder el teste, en comparación con quienes consultan directamente en los hospitales de referencia.

### Material y método:

Estudio transversal retrospectivo realizado en los hospitales Guillermo Grant Benavente de Concepción e Higueras de Talcahuano, desde enero 2018 a enero 2024, que incluyó a menores de 15 años operados por diagnóstico preoperatorio de TT. Se hizo un análisis estadístico descriptivo.

### Resultados:

Se incluyeron 144 pacientes (edad promedio 13,2 años). 102 pacientes (71%) fueron derivados, y 42 (29%) consultaron en uno de los dos hospitales. 44 pacientes (31%) fueron orquiectomizados, 36 de ellos (82%) derivados, no siendo significativa la diferencia entre grupos ( $p=0,064$ ). La duración de los síntomas fue mayor, aunque no significativa en el grupo derivado (7 vs 5 horas,  $p=0,092$ ). Sin embargo, la duración de los síntomas en pacientes orquiectomizados fue significativamente mayor (48 vs 5 horas,  $p<0,001$ ). En el grupo de derivados, 7 pacientes orquiectomizados consultaron más de una vez, versus 6 pacientes no orquiectomizados ( $p=0,16$ ). La mayoría de las derivaciones provienen desde la APS (50%) y de hospitales de menor complejidad (45%). La proporción de orquiectomías según lugar de derivación no fue significativa ( $p=0,47$ ).

Conclusión:

La configuración de la red asistencial de la región explica que la mayoría de los pacientes sean derivados a los centros de mayor complejidad, pero no redundan en una mayor pérdida de testes por TT, a diferencia del tiempo de evolución.

## **CG-007) SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR ¿ES UNA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA? SERIE DE 4 CASOS PEDIÁTRICOS**

Ball, J.(1); Ortiz, J.(1); Novoa, K.(1); Montecinos, T.(1); Ayala, T.(1); Poblete, M.(1); Correia, G.(1); Godoy, J.(2);  
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de Wilkie o de la arteria mesentérica superior es causado por una obstrucción de la tercera porción duodenal por el ángulo entre la arteria mesentérica superior (AMS) y aorta (Ao). Ocurre por pérdida de la almohadilla grasa entre la Ao y la AMS, disminuyendo la distancia y ángulo entre estos, siendo diagnóstico menor de 25º y menor de 8-10 mm. El manejo puede ser tanto conservador como quirúrgico, dependiendo de la gravedad y respuesta al tratamiento inicial. El objetivo de este estudio es revisar nuestra experiencia clínica en una serie de pacientes con esta patología.

### **METODOLOGÍA**

Se realiza estudio observacional descriptivo. Se incluyeron pacientes con este diagnóstico manejados en Hospital Padre Hurtado y Clínica Alemana. Datos fueron revisados retrospectivamente para evaluar el tipo de manejo.

## RESULTADOS

Primero tres casos con manejo conservador. Dos masculinos de 15 años y una femenina de 13 años, consultan por dolor abdominal, vómitos, signología obstructiva y pérdida aguda de peso. Se confirma diagnóstico con tomografía computarizada. Se decide manejo conservador, los primeros dos pacientes inician nutrición enteral con sonda nasoyeyunal, la tercera paciente nutrición parenteral. Todos logran incremento de peso y tolerancia enteral completa. Cuarto caso, masculino 12 años con parálisis cerebral, con manejo médico inicial frustrado; por lo que se somete a manejo quirúrgico realizando una duodeno-yeyuno anastomosis, sin incidentes y con evolución favorable.

## CONCLUSIÓN

La primera línea de tratamiento es conservadora, donde el soporte nutricional tiene éxito en un 85%. La principal indicación quirúrgica es el fracaso del manejo médico, el objetivo es realizar una cirugía derivativa al sitio de obstrucción, siendo la duodeno-yeyuno anastomosis una de las alternativas empleadas. Al ser una patología de baja incidencia es necesaria la presentación de casos como aporte a la literatura.

## CG-008) TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO PARA QUISTE PILONIDAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS; PRIMEROS RESULTADOS DE UN NUEVO PROTOCOLO.

Lopez Teran, A.(1); Muñoz Diaz, V.(2); Beltrán Rodriguez, P.(3); Bombin, A.(4);

(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (3): Hospital Padre Hurtado, Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile (4): Univeridad Autónoma de Temuco, Temuco, Chile

### Introducción

En los últimos años ha habido un aumento del uso de la técnica mínimamente invasiva para tratar los quistes pilonidales en pediatría (PEPSiT), reportando excelentes resultados, destacando menor tiempo de hospitalización y cicatrización, precoz reincorporación a las actividades diarias y menores recidivas respecto a las técnicas abiertas, entre 4.5 a 12% según la serie. El objetivo del presente estudio es reportar nuestra estadística, obtenida en pacientes pediátricos <18 años en el servicio de cirugía pediátrica del Hospital Padre Hurtado (HPH) con diagnóstico de Quiste pilonidal.

### Metodología

Se realiza un estudio de Cohorte prospectivo, comparando la técnica Karidakis vs. PEPSiT en todos los pacientes atendidos en el servicio de cirugía pediátrica HPH con diagnóstico de quiste pilonidal entre abril 2023 y julio 2024. Se excluyen pacientes operados con infección intercurrente y pacientes con datos incompletos en su registro clínico. Los objetivos principales son: relación entre la técnica y recidiva de la enfermedad, tiempo de cicatrización (Tc) y tiempo de reincorporación (Tr). Se analizan variables categóricas por medio de Test Cohen Kappa y Mann-Whitney para análisis de correlación.

## Resultados

Se incluyen 25 pacientes, divididos en 2 grupos: PEPSiT (8), Karidakis vs (17) entre 13 y 17 años, el Tc fue de 11.5 días vs 22.4 días ( $p < 0.003$ ); el Tr 10.8 Vs 11.8 ( $p = 0.573$ ) respectivamente, la tasa de recidiva fue de 0% para PEPSiT y 5.8% para Karidakis. ( $p = 0.063$ ).

## Conclusiones

Aunque el tiempo de reintegración a las actividades diarias es similar en ambos grupos, observamos una importante superioridad de la técnica PEPSiT sobre el Karidakis respecto al tiempo de cicatrización y recidiva. El uso de antibióticos postquirúrgico dependió de los hallazgos intraoperatorios o la decisión clínica de cada cirujano. El objetivo de los autores es seguir innovando y analizando a profundidad la técnica PEPSiT respecto a la depilación laser pre y postquirúrgica.

## **CG-V1100-3) CIRUGÍA GENERAL (VIERNES 11:00-11:45, SALÓN 1)**

### **CG-O10) UN MODELO SIMPLE, BARATO Y REALISTA PARA SIMULACIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL A DISTINTAS EDADES**

Martinez, A.(1); Elton, A.(2); Montedonico, S.(1); Acevedo, S.(1);

(1): Hospital Carlos van buren, valparaiso, Chile (2): Hospital Dr Gustavo Fricke, viña del mar, chile



**Introducción.** La simulación permite el desarrollo y perfeccionamiento de habilidades procedimentales quirúrgicas, entre ellas la resección y anastomosis intestinal. El objetivo de este trabajo es desarrollar un modelo sintético de intestino que sea realista, de bajo costo, reutilizable, que cuente con tamaños pediátricos y que esté validado para la práctica de anastomosis intestinales

**Metodología.** En un trabajo desarrollado durante 4 años, colaborativo entre la Escuela de Diseño, Escuela de Medicina y Escuela de Ingeniería de la Universidad de Valparaíso, se diseñó un proceso novedoso de fabricación con vaciado de silicona en 2 etapas, para lo cual, se desarrollaron moldes, logrando confeccionar un conjunto de modelos de silicona de caucho que incluye: recién nacido pre-término, lactante, escolar y adolescente/adulto a escalas reales. Estos fueron evaluados por expertos a través de cuestionario de escala de Likert de 4 puntos, con respecto a sus características visuales, táctiles, su calidad a la realización de sutura, y su aplicabilidad como herramienta de simulación en formación.

**Resultados.** Se elaboraron satisfactoriamente los 4 modelos propuestos a un coste de 37,46 USD incluyendo base de fijación. Estos fueron evaluados positivamente en todas las áreas encuestadas representando mejoras sustanciales en comparación a lo observado actualmente, presentando doble capa, sensación de fijación a través de mesenterio lo que incrementa su fidelidad en la experiencia. Obteniendo resultados de la escala de Likert para la evaluación visual entre 2,44 a 3,89; en su evaluación táctil entre 2,11 a 2,78; en prueba de sutura entre 2,45 a 3,12 y en la aplicabilidad del modelo entre 2,89 a 3,78.

**Conclusión.** Se logró el desarrollo y validación de modelos, como herramientas de alta fidelidad, para simulación de anastomosis intestinal a distintas edades que resultaron realistas, más económicos a los existentes en el mercado y reutilizables.

## **CG-O11) RADIOGRAFÍA ESÓFAGO-ESTÓMAGO- DUODENO, ¿PRE-REQUISITO PARA UNA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO?**

Moreno, F.(1); Castro, D.(2); Barbera, A.(2); Aguirre, S.(2); Castro, N.(2); Bravo, P.(3);

(1): Hospital Dr. Franco Ravera Zunino (Regional Rancagua), Rancagua, Chile (2): Universidad Diego Portales, Santiago, Chile (3): Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción**

La realización de gastrostomía con cirugía antirreflujo es frecuente. Históricamente se ha solicitado una radiografía esófago- estómago- duodeno (EED) para definir anatomía y

buscar otras alteraciones que podrían cambiar la cirugía. Estudios postulan que podría omitirse. Nuestro objetivo es evaluar si es frecuente que la radiografía EED tenga alteraciones que cambien el plan quirúrgico inicial de una cirugía antirreflujo.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo evaluando protocolos quirúrgicos y radiografías EED de pacientes operados de gastrostomía y cirugía antirreflujo. Los criterios de inclusión fueron: paciente pediátrico, haber sido sometido a cirugía de Nissen entre 2018 - 2024 en nuestro hospital, tener protocolo, contar con radiografía EED. Como criterio de exclusión se consideró: no tener radiografía EED previa a la cirugía.

Las variables consideradas fueron presencia de reflujo gastroesofágico, malrotación intestinal y hernia hiatal tanto en el protocolo como en el informe de la radiografía.

## Resultados

Del total de 23 pacientes pediátricos a los cuales se les realizó cirugía antirreflujo entre los años 2018 - 2024, solo 13 cumplieron los criterios.

Se encontraron hallazgos en 2 radiografías EED; una hernia hiatal y una hernia hiatal más malrotación. Al comparar los informes con los protocolos quirúrgicos, los hallazgos fueron coincidentes. En el resto de los pacientes no se reportaron otros hallazgos en el informe radiológico ni en protocolo quirúrgico.

1 paciente tenía síndrome emético recurrente que orientaba a buscar patología adicional, lo que coincidió con su radiografía y hallazgo intraoperatorio.

## Conclusión

Los hallazgos en el examen diferentes a los esperados no fueron la regla, lo que no justificaría usar este recurso en todos los pacientes. Dado su costo, baja disponibilidad y radiación, se propone su realización cuando exista clínica que oriente otra patología que pueda cambiar la cirugía.

## **CG-O12) DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE MODELOS REPLICABLES, DE BAJO COSTO, EN IMPRESIÓN 3D PARA ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA.**

Puentes Rivera, M.(1); Nematzadeh, N.(2); Shamsaddin, B.(2); Baz, C.(2); Sims, T.(2); Toussaint, N.(2); Lobe, T.(2);

(1): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): University of Illinois at Chicago, Chicago, United States

## Introducción

Existe una amplia evidencia científica que respalda la importancia del entrenamiento continuo en cirugía, destacando la necesidad de simuladores avanzados para aprender o mejorar habilidades quirúrgicas y garantizar la seguridad del paciente. Se presenta el desarrollo de un simulador de toracoscopia neonatal, creado mediante impresión 3D. El modelo, que simula algunos pasos de una atresia esofágica toracoscópica, fue evaluado en un estudio piloto por cirujanos experimentados y sin experiencia.

## **Materiales y Métodos**

Basado en una resonancia de un niño de 4 kg, se diseñó una caja torácica utilizando software 3D, llamado NeoBox. Se utilizó PLA y PETG para la impresión de la caja, y la cobertura usando material siliconado Smooth On mezclado con telas. Se utilizan los modelos durante un curso de entrenamiento diseñado para cirujanos pediátricos con mínima o sin experiencia en cirugía laparoscópica previas, como complemento a modelos animales.

## **Resultados**

Entre enero 2022 y Agosto 2024, se utilizó el modelo torácico para entrenamiento de un grupo de 15 cirujanos. La mayoría refieren que pudieron manipular, cortar y suturar el tejido con diferente dificultad según la expertiz de cada uno. El 100% de los cirujanos encuestados refiere que el entrenamiento con NeoBox fue útil durante el curso, lo consideraron un modelo una solución válida para entrenamiento en cirugía neonatal y lo implementan en su hospital. Todos los materiales utilizados estaban disponibles en los países de origen de nuestros cirujanos, a bajo costo.

## **Conclusión**

El simulador NeoBox demostró ser una herramienta valiosa para el entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva neonatal. Su aceptación entre cirujanos sin experiencia previa subraya su utilidad en el desarrollo de habilidades quirúrgicas. Aún falta obtener mayor número de resultados para poder sacar mayores conclusiones, pero hoy es una alternativa accesible y de alta calidad para la formación quirúrgica continua.

## **CG-O13) ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, CARACTERIZACIÓN DURANTE ONCE AÑOS EN EL HCSBA**

Poblete Fierro, M.(1); Leiva Silva, M.(2); Díaz Caamaño, M.(2); Donoso Carrasco, C.(2); García Mora, M.(2); López Sáez, M.(2);

(1): Hospital las Higueras, Talcahuano, Concepción, Chile (2): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

**Introducción.** La enterocolitis necrotizante (ECN) es la patología digestiva adquirida más frecuente en el período neonatal y es la principal causa de muerte por patología gastrointestinal en prematuros. Afecta al 3-5% de los recién nacidos bajo peso (< 2500gr),

con incidencia hasta un 10-15% de los pacientes con muy bajo peso al nacer ( MBPN < 1500 gr). De todos los pacientes con diagnóstico de ECN, un 25%-30% tendrá indicación quirúrgica, alcanzando el 50% en el grupo MBPN. A pesar de los avances actuales, la mortalidad fluctúa entre un 20-60%. El objetivo de este estudio fue caracterizar la población con esta patología en Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA)

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó todos los pacientes con ECN confirmada (> IIA en la Clasificación de Bell) desde Enero del 2010 hasta Enero del 2021 en la neonatología del HCSBA

**Resultados.** 92 pacientes presentaron ECN durante el período mencionado, correspondiendo al 9.4% de todos los pacientes hospitalizados. De los factores asociados más frecuentes fueron la preeclampsia, restricción crecimiento intrauterino Doppler alterado, bajo peso al nacer y la prematurez. De los postnatales, fue la reanimación neonatal, el uso de ventilación mecánica invasiva y la presencia de ductus arterioso persistente con repercusión hemodinámica. 50 pacientes requirieron cirugía, a la mayoría se les resecaron los segmentos comprometidos y ostomía de descarga, la afectación más frecuente fue íleon terminal y colon ascendente, la mortalidad global del grupo fue de un 33%.

**Conclusiones:** Pese a los avances de la neonatología, la ECN continúa siendo un flagelo por la alta morbimortalidad que genera. Nuestra estadística se condice con lo descrito en la literatura tanto en factores de riesgo, como en frecuencia de resolución quirúrgica y mortalidad. Es importante mejorar el estudio de esta patología y así optimizar los resultados en los neonatos.

## CG-O14) COLEDOLITIASIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO EN 18 AÑOS

Catán, C.(1); López, C.(1); Rojas, M.(1); Vásquez, P.(1); Morales, K.(2); Bag, M.(2); Sanhueza, A.(2); Rivera, B.(2); Ebensperger, A.(2);

(1): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** La coledocolitiasis es una complicación frecuente de colelitiasis, con diferentes manejos, poca literatura nacional, y un aumento de frecuencia en pediatría, especialmente en nuestro centro, con atención hasta 18 años. El objetivo de este trabajo es describir casos de coledocolitiasis y su manejo en nuestro centro.

**Materiales y metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en base a una serie de casos. Se revisaron fichas clínicas desde enero 2006 hasta junio 2024, incluyendo pacientes operados de colelitiasis con sospecha de coledocolitiasis, definida como: presencia de patrón colestásico, dilatación de vía biliar y/o pancreatitis. Se registraron datos personales, clínica, exámenes de laboratorio e imagenológicos, cirugía realizada, días de hospitalización y complicaciones. Se hizo un análisis descriptivo de los datos.

Resultados: 59/316 pacientes con coledocolitiasis presentaron sospecha de coledocolitiasis en este periodo. La edad promedio fue 13.3 años (11 meses-18 años). La presentación clínica fue dolor abdominal (58/59), ictericia (27/59), coluria (13/59) y acolia (2/59). De estos pacientes, 55/59 presentaron patrón colestásico, 39/59 dilatación de vía biliar y 25/59 pancreatitis. Se realizó una colecistectomía laparoscópica (colelap) con colangiografía intraoperatoria (CIO) en 47 pacientes, negativa en 34 con presumible paso de cálculo a duodeno, y positiva en 13, sometidos a “rendez vous” en 2 casos, exploración transcística de vía biliar en 10 y trans-coledociana en 1. En 8 casos, se realizó colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) previo a colelap. Colelap en 4 pacientes, sin realización de CIO por cístico fino intraoperatorio. El promedio de hospitalización fue 7.1 días. Se registraron 2 complicaciones: coledocolitiasis residual (grupo CPRE preoperatoria) y pancreatitis posterior a exploración transcística de vía biliar.

Conclusión: En nuestra experiencia, todas las alternativas de manejo para coledocolitiasis son viables en niños, siendo la exploración de vía biliar una alternativa con buenos resultados.

## CG-O15) CIRUGÍA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO): OUTCOMES EN ABORDAJE QUIRÚRGICO PRECOZ VERSUS TARDÍO.

Vuletin, F.(1); Muñoz, C.(2); Moreno, M.(2); Olivares, C.(2); Pattillo, J.(1); Zavala, A.(1); Sáez, J.(1);

(1): Sección de Cirugía Pediátrica, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, Santiago, Chile (2): Residente Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile., Santiago, Chile

**Introducción:** El momento de resolución quirúrgica en un paciente con hernia diafragmática congénita (HDC) que requiere soporte extracorpóreo (ECMO) es controversial. Algunos autores sugieren que la cirugía precoz podría mejorar supervivencia y reducir la duración del soporte.

**Objetivo:** Comparar los resultados de cirugía temprana frente a cirugía tardía en un centro terciario.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional analítico. Revisión retrospectiva de ficha institucional de neonatos en ECMO con diagnóstico de HDC entre 2014-2023. Se extrajeron datos demográficos, intraoperatorios, duración de ECMO y de ventilación mecánica invasiva (VMI), incidencia de complicaciones hemorrágicas y mortalidad. Se excluyeron aquellos con datos insuficientes, obteniendo una muestra de 72 casos. Se dividió la cohorte en dos grupos: A “cirugía durante primeras 48 horas desde conexión a ECMO” y B “plan quirúrgico tardío, posterior a decanulación”. Los resultados fueron comparados mediante test de fisher, considerando valor  $P < 0.05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Las características de ambos grupos fueron similares en cuanto a género, peso y edad gestacional. La mayoría presentó defecto izquierdo (70%), amplio C/D (73,6%), con

hígado ascendido. Todos se repararon por laparotomía y 70% con malla. El grupo A (N=20) se operó en promedio a los 2,4 días de vida y el grupo B (N=52) a los 20 días. No hubo diferencias en duración del ECMO (14 vs 13 días p=0.68) ni en incidencia de complicaciones hemorrágicas (40,0% vs 40,4% p=1.0). El grupo A tuvo menor duración de requerimiento de VMI (39 vs 50 días p=0.57), y menor mortalidad (40% vs 52% p=0.45), aunque sin significancia estadística.

**Conclusión:** Aún no se ha definido el momento óptimo para resolver una HDC en un paciente conectado a ECMO. La experiencia en nuestro centro sugiere que la cirugía precoz no presenta más complicaciones hemorrágicas y que podría asociarse a menor mortalidad y menor duración de VMI.

## **CG-O17) MEJORA DE CALIDAD EN EL MANEJO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE. PRELIMINAR**

Zanotti - Cavazzoni, A.(1); Mendieta, C.(1); Dias Lugo, C.(1);

(1): CENTRO MEDICO LA COSTA, Asunción, Paraguay

MEJORA de calidad en el manejo de Enterocolitis Necrotizante. Preliminar.

**INTRODUCCIÓN:** La morbimortalidad elevada de la Enterocolitis Necrotizante (E.C.N.) se debe a la falta de estrategia de manejo. Protocolo de “Mejora de Calidad” basado en evidencias, podría reducir la severidad de la E.C.N. y evitar el estadio quirúrgico, de elevada mortalidad.

**MATERIAL Y METODO:** Análisis retrospectivo sobre efectividad de un Protocolo de “Mejora de Calidad” en el manejo de E.C.N.; Se estudiaron e incluyeron los neonatos (RN) ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (U.C.I.N.), desde Enero de 2020 a Diciembre 2023, con falla respiratoria (FR), identificando necesidad de ventilación mecánica (VM). Se calculó la incidencia de E.C.N., diagnosticada según parámetros de lesión intestinal y finalmente la incidencia de casos quirúrgicos de E.C.N. Protocolo de tres pilares: Monitorear síntomas y signos de lesión intestinal; Descomprimir el tracto digestivo; y Tratar de acuerdo a los requerimientos.

**RESULTADOS:** 496 RN fueron ingresados; 374 (75,4%) requirieron VM. De estos, 31 (8,2%) desarrollaron E.C.N. con diferentes grados de severidad. Solo 2 (6,4%) requirieron intervención quirúrgica. No encontramos mortalidad relacionada a E.C.N.

**DISCUSION:** Es primordial identificar a los neonatos “en riesgo” de E.C.N., con FR, como los que requieren VM. La Monitorización diaria, en busca de síntomas y signos de lesión intestinal permiten establecer el diagnóstico precoz de E.C.N.

Descompresión del tracto digestivo, impide la progresión de aire al intestino, evitando la dilatación de asas, mejorando la perfusión de la pared intestinal. El Tratamiento acorde a la enfermedad, empieza, ante la sospecha de E.C.N. cuando se desarrollan síntomas de cuadro

séptico. CONCLUIMOS, que los datos prelimiarios presentados son muy prometedores. Solamente 2 casos, necesitaron cirugia y luego por más de tres años, no hubo casos quirúrgicos, ni muerte relacionada con E.C.N. en nuestra serie.

Estudios prospectivos, multicéntricos, son necesarios para Validar estos resultados.

## **CG-001) COMPASIÓN EN CIRUGÍA; BÚSQUEDA Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESLABÓN PERDIDO.**

Moldes, J.(1); Ziadeh, H.(1); Chew, L.(1); Stremmler, M.(2); Llobenes, L.(3); Lopez, P.(1); (1): Rainbow Babies & Children Hospital, Cleveland, Estados Unidos (2): Aquietar. Mindfulness y Compasión, Buenos Aires, Argentina (3): Motivación Compasiva, Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La compasión se define como la sensibilidad hacia el sufrimiento propio y de los demás, junto con el compromiso de aliviarlo y prevenirlo. En medicina y psicología, se ha demostrado que cultivar la compasión disminuye el estrés y burnout en profesionales. Para los pacientes, el cuidado de médicos compasivos se asocia con mayor satisfacción, confianza, menor ansiedad, recuperación acelerada y mejores resultados. Sin embargo, la compasión en cirugía aún no ha sido explorada. Ante esto, realizamos una revisión bibliográfica sistemática para iniciar una línea investigativa en Cirugía con Compasión.

**Material y Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica sistemática sobre la influencia del entrenamiento en compasión en cirujanos y residentes quirúrgicos. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Embase, Cochrane y Google Academic, usando los términos: (compassion OR self-compassion OR compassion focused training) y (Surgeons OR surgical physician OR surgery). Los datos fueron analizados con la ayuda de dos expertas.

**Resultados:** Sorprendentemente, no se encontraron artículos sobre los efectos del entrenamiento compasivo en equipos quirúrgicos. Sin embargo, en otras áreas de la salud y especialidades médicas, se encontró literatura que muestra los beneficios de dicho entrenamiento tanto para profesionales como para pacientes.

**Conclusión:** Este estudio revela la ausencia de investigaciones sobre el entrenamiento y evaluación de la compasión en equipos quirúrgicos, a pesar de que niveles más altos de (auto)compasión en médicos y otros profesionales de la salud mejoran los resultados profesionales y personales. Esto incluye mejor atención al paciente, mayor confianza, mejor comunicación y rendimiento del equipo, mayor compromiso laboral, reducción del agotamiento emocional y mayor satisfacción con la vida. Dada la falta de estudios sobre compasión en cirugía, proponemos realizar investigaciones que cultiven la compasión en entornos quirúrgicos, evaluando sus efectos tanto en profesionales como en pacientes.

## CG-V1500-4) CIRUGÍA GENERAL (VIERNES 15:00-16:15, SALÓN 1)

### CG-V01) RESECCIÓN TORACOSCÓPICA EXITOSA DE UN QUISTE BRONCOGÉNICO, REPORTE DE UN CASO

Ortiz, J.(1); Sepúlveda, C.(2); Sepúlveda, J.(3);

(1): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (2): Universidad Austral, Valdivia, Chile (3): Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, Chile

#### INTRODUCCIÓN

Los quistes broncogénicos son malformaciones congénitas poco frecuentes que resultan del desarrollo anormal del segmento ventral del intestino anterior generalmente entre tercera y séptima semana de desarrollo embrionario. Estos quistes generalmente no tienen conexión con la vía aérea. Su localización depende del momento en el que se produce el desarrollo anormal y suelen ubicarse en el mediastino, siendo las regiones subcarinal, paratraqueal y parahiliar las más frecuentes. En muchos casos son asintomáticos y se descubren incidentalmente en una radiografía de tórax. Sin embargo, cuando son grandes, pueden causar obstrucción bronquial, llevando a atrapamiento aéreo, dificultad respiratoria o infección recurrente. Como en este caso, su resección por vía toracoscópica resulta en un excelente postoperatorio.

#### CASO CLÍNICO

Lactante 1 año 11 meses, en control y tratamiento por asma bronquial. Durante controles radiográficos se advierte imagen redondeada en mediastino derecho. Se solicita tomografía de tórax donde se describe imagen quística de paredes finas de 2.4 cm que contacta el cayado de la vena ácigos, sugerente de quiste broncogénico extraparenquimatoso. Se planifica una resección toracoscópica. Con el paciente en decúbito latero-prono izquierdo, se accede con 3 puertos de trabajo: línea axilar media 3 mm para óptica, axilar anterior para trocar de 5mm y mano derecha, 3mm en línea axilar posterior para mano izquierda. Resección con gancho previa sección de la vena ácigos. No se instala drenaje pleural. Buena evolución postoperatoria, sin neumotórax residual. En condiciones de alta médica al tercer día. Biopsia compatible con quiste broncogénico.

#### CONCLUSIÓN

La exéresis quirúrgica es el tratamiento recomendado tanto para quistes broncogénicos sintomáticos como asintomáticos en niños. La resección completa es crucial para prevenir recurrencias y complicaciones potenciales. La mínima invasión es cada vez más utilizada en estos casos, ofreciendo todos los beneficios ya conocidos de la técnica.



## CG-V02) UTILIDAD DE LA ENDOSONOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DE ADENOPATÍAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Olivares Parra, C.(1); Álvarez, D.(2); Veyl, N.(2); Ortega, J.(2);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de la Florida, Santiago, Chile

**Introducción:** La endosonografía es una técnica de apoyo diagnóstico y terapéutico para algunas patologías de la pared del tubo gastrointestinal y sus alrededores. Entre sus usos están el estudio de lesiones subepiteliales, drenaje de colecciones, toma de muestras; entre otras. A continuación, se presenta un caso clínico en el cual el uso de la endosonografía permitió el estudio de una adenopatía de origen desconocido y difícil acceso, el que de otro modo habría requerido una cirugía.

**Objetivo:** Mostrar una de las aplicaciones de esta técnica a partir de un caso clínico, evidenciando sus capacidades y beneficios y así estimular su uso dentro de nuestro medio.

**Material y método:** Adolescente de 16 años, de sexo femenino, que consulta en urgencias por cuadro de fiebre prolongada asociado a dolor abdominal. Tras el estudio inicial, las principales sospechas diagnósticas eran síndrome linfoproliferativo versus tuberculosis, por lo que se solicitó biopsia de ganglio para estudio histológico. La muestra de ganglio periférico axilar tomada quirúrgicamente fue no concluyente por corresponder eminentemente a tejido necrótico. En este escenario, se plantea la opción endosonográfica como una alternativa ambulatoria, rápida, mínimamente invasiva y con posibilidad de visualizar en tiempo real las características de la adenopatía permitiendo tomar la muestra de un ganglio sin signos de necrosis. El procedimiento se realiza sin incidentes, permitiendo el estudio de las muestras en la misma institución. El diagnóstico final correspondió a una infección por *Mycobacterium tuberculosis*, permitiendo entregar el tratamiento adecuado a la paciente.

**Conclusión:** La endosonografía es una herramienta diagnóstica y terapéutica con usos variados, permitiendo un abordaje mínimamente invasivo y con baja tasa de complicaciones para muchas de las patologías con las que nos enfrentamos diariamente. Es pertinente que como cirujanos pediatras nos familiaricemos con esta herramienta para poder incluirla dentro de nuestras opciones tanto diagnósticas como terapéuticas.

## CG-V03) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Magaña, M.(1);

(1): Hospital Dr Gustavo Fricke, CONCÓN, Chile

INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita (HDC) es un defecto anatómico diafragmático de etiología desconocida, que se relaciona con morbilidad importante. El defecto posterolateral izquierdo es el más frecuente (90%), seguido del lado derecho (10%) y bilateral (1%). Su principal manifestación es la dificultad respiratoria severa en el periodo neonatal, sin embargo, algunos pacientes se presentan oligosintomáticos, dificultando el diagnóstico y tratamiento oportuno. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de hernia diafragmática congénita derecha, que presentó diagnóstico tardío y requirió manejo quirúrgico con cierre de defecto con malla por toracoscopia.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 9 años nacionalidad Venezolana, con antecedente de asma con mala respuesta a inhaloterapia y hospitalización en su país de origen a los 2 años por neumonía derecha complicada con empiema y absceso hepático ipsilateral, manejado con drenaje pleural y abdominal en Unidad de Cuidados Intensivos, con larga estadía. Ya en Chile se hospitalizó a los 8 años por cuadro de neumonía bacteriana izquierda no complicada, con radiografía que pesquiza hernia diafragmática derecha. Tomografía de tórax mostró ascenso de lóbulo derecho y caudado hepáticos, vesícula biliar, epiplón y colon. Se realizó abordaje toracoscópico por los antecedentes previos y la lateralidad de la hernia. Se identificó defecto de 8 por 10 cm posterolateral derecho con proceso adherencial severo. Se reparó con malla quirúrgica de PROCEED®. Posteriormente, la paciente evolucionó de manera favorable, actualmente con mejoría sintomática respiratoria.

#### CONCLUSIÓN

La HDC es una condición infrecuente, siendo inusual la presentación tardía. Esto representa un desafío diagnóstico y terapéutico, especialmente si la manifestación clínica es oligosintomática. El caso plantea la importancia de la sospecha diagnóstica, la confirmación imagenológica y su oportuno tratamiento para ofrecer un manejo adecuado y evitar complicaciones severas. El abordaje mínimamente invasivo representa una excelente oportunidad terapéutica.

#### **CG-V04) OPTIMIZANDO LOS RECURSOS Y LA SEGURIDAD DE LA GASTROSTOMIA: INNOVADORA TÉCNICA**

Saitua, F.(1); Tagle, J.(1); Medina, C.(2);

(1): Hospital de Puerto Montt, Clínica Puerto Varas, Puerto Varas, Chile (2): Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

Introducción: existen varias técnicas para realizar una gastrostomía. La gastrostomía endoscópica percutánea se ha posicionado como la más frecuente en niños. La técnica Pull es la más utilizada sin embargo, requiere una segunda hospitalización y anestesia general para el recambio de sonda o botón. El objetivo de este trabajo es mostrar una innovadora y

simple técnica que permite de forma económica y segura la instalación de una sonda con balón en la primera intervención no requiriendo recambio bajo anestesia general.

Material y método; Se muestra la técnica de gastrostomía endoscópica utilizando el kit habitual de gastrostomía Pull para la instalación de una sonda de gastronomía con balón. Esta técnica consiste en los mismos pasos de una gastrostomía endoscópica percutánea pero al momento de exteriorizar por la pared abdominal anterior la pieza cónica se inserta en esta una sonda de gastrostomía con balón. Se tracciona retrógradamente la pieza cónica desde la boca permitiendo que esta sonda quede en el lumen gástrico. Finalmente se infla el balón y retira retrógradamente la pieza cónica.

Resultados: nuestra serie de 10 pacientes tuvimos un tiempo promedio de 13 minutos por procedimiento, bajo anestesia general, con un rango de peso entre los 3 y 45 kilos, No tuvimos complicaciones intraoperatorias ni perioperatorias. En el control de los tres meses realizamos en la consulta el cambio a botón de gastrostomía sin dificultad.

Conclusión: esta técnica de gastrostomía descrita en el año 2015 por el doctor Arturo kirberg mostró ser simple y útil permitiendo la instalación de una sonda de gastrostomía con balón en la primera intervención evitando la necesidad del recambio bajo anestesia general. Con esto se produce una reducción de costos de aproximadamente U\$1000 por paciente. recomendamos su uso ampliamente atendiendo a los detalles descritos en este video. Homenaje póstumo a Dr. Arturo kirberg

## **CG-V05) LA TRAVESÍA DEL DIAGNÓSTICO: DE LA SOSPECHA DE PÁNCREAS ANULAR A LA REALIDAD QUIRÚRGICA.**

Arriagada Rosales, C.(1); Morales Grandón, B.(1); Aguayo Alarcón, M.(1); Vergara Heller, K.(1); Luna Clavet, C.(2);

(1): Universidad San Sebastián, Concepción, Chile (2): Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

### **INTRODUCCIÓN:**

El páncreas anular es una anomalía congénita rara donde un anillo de tejido pancreático rodea la porción descendente del duodeno. Esta condición, resultante de una rotación incompleta de la yema pancreática ventral, suele ser asintomática. Sin embargo, puede causar obstrucción intestinal que requiere manejo urgente.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Lactante femenina de 1 año y 5 meses consultó por vómitos explosivos, le dieron alta con manejo sintomático. Al día siguiente, regresó por persistencia de síntomas, intolerancia oral

y fiebre. Tercera consulta, febril, taquicárdica, irritable y sin deposiciones por dos días. La ecotomografía informó dilatación gástrica y de la primera porción del duodeno, y líquido libre intraabdominal. Se colocó sonda nasogástrica para descompresión. La radiografía abdominal mostró ausencia de aire a distal. Debido al aumento de residuo por sonda y persistir síntomas, se realizó scanner de abdomen y pelvis, mostrando distensión gástrica y de la primera porción duodenal. Tránsito gastrointestinal reveló estenosis en la segunda porción del duodeno y una endoscopia digestiva alta evidenció una obstrucción extrínseca del intestino delgado. Estos hallazgos sugirieron páncreas anular, se planificó una duodeno-anastomosis en diamante. Sin embargo, durante la laparotomía, se descartó páncreas anular, encontrándose una obstrucción duodenal extrínseca causada por bandas peritoneales, que fueron liberadas durante la cirugía. No se observaron signos de malrotación ni hallazgos relevantes tras las enterotomías exploratorias.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:

Este caso resalta la importancia de una evaluación diagnóstica exhaustiva y mantener una alta sospecha clínica, incluso cuando los estudios iniciales sugieren un diagnóstico específico. La cirugía mostró que los diagnósticos preliminares pueden fallar, resaltando la necesidad de considerar diagnósticos diferenciales. La obstrucción duodenal fue por bandas peritoneales, que, aunque rara, pueden provocar una obstrucción significativa. Su liberación resolvió los síntomas, evitando intervenciones innecesarias. La monitorización continua es esencial para ajustar el diagnóstico según los hallazgos clínicos y quirúrgicos.

## CG-V06) COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DE TRES PUERTOS: UNA CIRUGÍA SIN CICATRICES

Torres Gueren, A.(1);

(1): Hospital San Juan de Dios, La Serena, La Serena, Chile

### Introducción:

La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento estándar para las enfermedades de la vesícula biliar en niños. Este estudio presenta una técnica modificada utilizando tres puertos, con ubicaciones alteradas para que las cicatrices queden ocultas bajo la ropa interior. El **objetivo** fue evaluar la viabilidad, seguridad y resultados clínicos de esta técnica comparada con la tradicional de cuatro puertos.

### Material

y

### Método:

Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes pediátricos que se sometieron a colecistectomía laparoscópica con la técnica modificada de tres puertos entre agosto de 2021 y septiembre de 2023. Se evaluaron los datos demográficos, tiempos operatorios, complicaciones postoperatorias y resultados cosméticos. Estos parámetros se compararon con controles históricos de la técnica de cuatro puertos.

**Resultados:**

Se incluyeron 54 pacientes en total, de los cuales 13 fueron operados con la técnica de tres puertos. La edad promedio fue de 12 años (7-15 años). No se observaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Los tiempos operatorios fueron comparables a la técnica tradicional de cuatro puertos. Los resultados cosméticos fueron satisfactorios, con cicatrices ocultas bajo la ropa interior. Ningún paciente reportó insatisfacción durante el seguimiento.

**Conclusión:**

La colecistectomía laparoscópica con tres puertos y ubicaciones modificadas es segura y efectiva para tratar patología biliar en niños. Ofrece ventajas cosméticas al ocultar las cicatrices sin comprometer la eficiencia operativa. La ausencia de complicaciones y los buenos resultados cosméticos sugieren que estudios adicionales con más pacientes son necesarios para confirmar estos hallazgos y explorar los beneficios de esta técnica modificada en cirugías pediátricas.

**CG-V07) CIERRE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA BRONCOPEURAL SECUNDARIA A NEUMONÍA NECROTIZANTE**

Herrera, P.(1); Zavala, G.(1); Ovalle, A.(1); Avara, S.(1);  
(1): Hospital Exequiel González Cortés, San Miguel, Chile

**Introducción:**

Las fístulas broncopleurales (FBP) son una complicación cuya frecuencia ha aumentado en las últimas décadas. Se presenta un caso de tratamiento endoscópico en un paciente de difícil manejo.

**Caso****clínico:**

Paciente de 5 años, previamente sano, quien cursó con pleuroneumonía necrotizante en lobo superior derecho, requirió 2 VATS durante el curso de su cuadro. Evoluciona con fístula broncopleural, se maneja con drenaje pleural por 21 días sin lograr cierre espontáneo de esta. Se intenta abordaje por toracotomía abierta, parénquima pulmonar muy cicatricial en lobo superior derecho. Se realiza sutura en sitio de fuga, sin embargo esta persiste posterior a cirugía. Se decide intento de cierre endoscópico el que se realiza el día 98 de evolución, con broncoscopia flexible, oclusión de bronquio con Fogarty N°4 para identificar sitio de fuga, se infiltra submucosa con mezcla de Glubran®? con Lipiodol®? por catéter endoscópico CarrLocke®?. Evoluciona con reducción de fuga aérea sin lograr cierre total, por lo que se decide repetir procedimiento a las 2 semanas, logrando cierre total de fístula. Paciente evoluciona favorablemente, se retira drenaje pleural al 2do día post op. A los 6 meses paciente asintomático, sin limitación en su capacidad funcional, sin nuevos eventos respiratorios.

**Conclusiones:** Las fístulas broncopleurales representan un desafío para el equipo médico. El abordaje endoscópico en nuestro caso resultó ser una alternativa menos invasiva, segura y

costoefectiva, que demuestra el potencial de este tipo de abordajes para mejorar los resultados clínicos en pacientes que enfrentan desafíos similares.

## **CG-V08) MEMBRANA DUODENAL: MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO**

Navarrete, L.(1); Reyes, O.(2); Elton, A.(2);

(1): Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile (2): Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

### Introducción:

La membrana duodenal congénita es una malformación que causa una obstrucción parcial o completa del lumen duodenal. Es consecuencia de una falla en el proceso de recanalización duodenal provocando una membrana intraluminal con obstrucción variable. Clínicamente se manifiesta por vómitos postprandiales que pueden ser biliosos o no, distensión abdominal y retraso del crecimiento, estos síntomas varían según el grado de obstrucción. Tradicionalmente el tratamiento ha sido quirúrgico sin embargo el manejo endoscópico ha surgido como una alternativa menos invasiva y efectiva. En este reporte se describe el tratamiento exitoso de un caso en un paciente pediátrico mediante una intervención vía endoscópica.

### Materiales y Métodos:

Paciente masculino de 2 años que presenta historia de vómitos postprandiales tardíos desde el nacimiento con buen incremento ponderal. En el estudio de imágenes, una radiografía contrastada mostró una dilatación significativa de la segunda porción del duodeno, evidenciando una obstrucción duodenal parcial por una posible membrana duodenal congénita. Se realizó una endoscopia digestiva alta evidenciando un bulbo duodenal dilatado con una membrana laxa y un ostium puntiforme. Se procedió a la apertura de la membrana con un asa de papilotomía logrando el paso del endoscopio a la tercera porción del duodeno sin dificultad.

### Resultados:

El paciente tuvo una evolución favorable, sin dolor abdominal y con tolerancia oral completa a las 6 horas post procedimiento, egresando al día siguiente. En control tres meses después, el paciente tenía tolerancia oral completa a todo tipo de alimentos y la radiografía de control mostró una adecuada progresión del medio de contraste distal al duodeno.

### Conclusiones:

Las técnicas mínimamente invasivas como el manejo endoscópico se han convertido en una opción segura y efectiva para el tratamiento de membrana duodenal congénita, disminuyendo los costos en salud y la morbilidad asociada, al evitar intervenciones quirúrgicas más invasivas.

## CG-O18) RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATOCARCINOMA EN PEDIATRÍA

Gonzalez, G.(1); Ostolaza, A.(1); Ramirez, Y.(1);  
(1): HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, SANTIAGO, CHILE

### INTRODUCCION

El carcinoma hepatocelular (CHC) es un tumor raro en niños, a menudo asociado con trastornos hepáticos hereditarios. El papel del trasplante de hígado (TH) en su tratamiento aún está en debate. El objetivo fue reportar los casos de pacientes con el diagnóstico de HCC que fueron trasplantados en nuestro hospital, su seguimiento, recurrencia y morbilidad.

### OBJETIVOS Y MÉTODOS

Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes pediátricos con HCC trasplantados en el Hospital Luis Calvo Mackenna entre los años 2006 al 2024. Se excluyeron los pacientes con otra histología tumoral. Se recolectaron datos demográficos, intra y post operatorios.

### RESULTADOS

Desde 2006, se trasplantaron 32 pacientes con tumores hepáticos, incluidos 9 HCC y 2 sarcomas hepáticos. Se analizaron los pacientes con HCC, con una mediana de edad 68 meses, 66% de sexo masculino. Las enfermedades hereditarias asociadas fueron tirosinemia (4/9), atresia de vías biliares (3/9), colestasis intrahepática familiar progresiva (1/9) y shunt porto cava congénito (1/9) . El 75% de los pacientes recibió un hígado completo de donante fallecido y el 25%, segmento II y III de donante vivo. Un paciente presentó como complicación trombosis portal por lo que 2 años después del trasplante se realizó una derivación meso-portal. No se reportaron casos de recurrencia ni pérdida del injerto en el tiempo de seguimiento con una mediana de 3 años. A la fecha todos los pacientes se encuentran vivos.

### CONCLUSIONES

Este análisis retrospectivo resalta la eficacia y seguridad del TH como tratamiento para el HCC pediátrico. A pesar de las complicaciones, la ausencia de pérdida del injerto o recurrencias, es alentadora; destacando el TH como un tratamiento potencialmente

curativo. Este estudio aboga por más investigaciones y respalda el perfeccionamiento continuo de los protocolos de TH para optimizar los resultados para los pacientes pediátricos con HCC.

## CG-O19) PRESERVACIÓN ESPLÉNICA EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE LESIONES EN CUERPO Y COLA DE PÁNCREAS

Ostolaza, A.(1); Ramirez, Y.(1); Gonzalez, G.(1);  
(1): HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, SANTIAGO, CHILE

### Introducción

El abordaje mínimamente invasivo (MI) de las lesiones pancreáticas de cuerpo y/o cola de páncreas se ha estandarizado con el paso del tiempo, no obstante la preservación esplénica es aún controversial. El objetivo fue reportar la experiencia de este abordaje de los últimos 10 años.

### Metodología

Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes pediátricos operados por lesiones pancreáticas de cuerpo y/o cola en el hospital Luis Calvo Mackenna entre los años 2010 a 2023. Se excluyeron aquellos pacientes con lesiones de cabeza y localizaciones secundarias. Se recuperaron resultados intra y postoperatorios.

### Resultados

Se operaron 22 pacientes, se excluyeron 9 pacientes sometidos a tumorectomía y 5 a pancreatoduodenectomía, se analizaron 8 pacientes con pancreatectomía parcial MI con preservación esplénica, 6 con tumor pseudopapilar de páncreas, 1 con insulinoma y 1 con nesidioblastosis. Mediana de edad 11 años en (3 meses a 16 años), 7 pacientes de sexo femenino. Mediana de tiempo operatorio 251 minutos. Tamaño de la lesión rango 3 cm a 9.3 cm. Ningún paciente requirió transfusión. No hubo complicaciones intraoperatorias. Mediana de tiempo hospitalario fue 7.5 días (rango 5 a 23 días). Hubo 2 complicaciones Clavien-Dindo, grado II y III, un caso de colección residual que requirió manejo médico y un caso de fístula biliar resuelto quirúrgicamente por vía MI. Se verificó en imágenes, vascularización esplénica normal en los 8 casos, en control imagenológico 2 semanas postoperatorias. No se reportaron recidivas ni casos de mortalidad en el tiempo de seguimiento, rango de 1 a 48 meses, con una mediana de 8.5 meses.

### Conclusiones



La preservación esplénica en el abordaje MI de las lesiones pancreáticas en niños puede ser una opción posible y segura, sin aumentar el riesgo de recurrencias independiente de la histología.

## CG-O20) CONSTIPACIÓN CRÓNICA, DOLICOMEGASIGMA Y VÓLVULO DE COLON SIGMOIDES, EXPERIENCIA EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO

Ceballos, V.(1); Bustos, N.(2);

(1): Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

**Introducción:** El aumento de la longitud y el diámetro del colon sigmoides es una condición poco frecuente en la población pediátrica, se asocia principalmente a constipación crónica (CC) y se considera un factor de riesgo para vólvulo de colon sigmoides (VCS). Nuestro objetivo es describir los pacientes con dolicomegasigma y su asociación a VCS en pacientes menores de 17 años atendidos en nuestro centro.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de tipo corte transversal de pacientes evaluados con enema contrastado entre los años 2015 y 2024 en el Hospital Regional de Temuco. Se incluyeron pacientes entre 1 a 17 años y se excluyeron niños con ostomías, sin registro clínico o que las imágenes no fueran evaluables. Se realizó un muestreo simple para 200 estudios, determinando un número de 66. Se consideraron las variables edad, sexo, síntomas y diagnóstico final. Los datos se tabularon en planilla Excel y se analizaron en Stata 16.0. Las variables categóricas se analizaron con chi<sup>2</sup> y las variables continuas con t test. Se utilizó un valor  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Se analizaron un total de 63 pacientes estudiados con enema contrastado por diferentes síntomas. Se identificaron 5 pacientes con VCS, con una media de edad de 13.3 +/- 2 años, siendo en promedio 5.2 años mayores que los niños estudiados por CC, con  $p=0.0027$ . No hubo diferencias en el sexo ni en la sintomatología. El 100% de los niños con VCS tenía el antecedente de constipación sin un manejo médico óptimo.

**Conclusiones:** Los niños con VCS tienen antecedente de CC no tratada de forma adecuada, el diagnóstico precoz del dolicomegasigma podría ser un hallazgo útil para aumentar el control y el manejo de esta condición previo al desarrollo de esta complicación.

## CG-O21) MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO EN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON ALOINJERTO DE PIEL TOTAL CRIO PRESERVADA. CASO CLÍNICO

Ibaceta, D.(1); Fonseca, M.(2); Cañete, A.(2);

(1): Hospital Regional de Iquique, Iquique, Chile (2): Banco de piel y tejidos de Tarapaca, Iquique, Chile

**Introducción:** El abdomen abierto, definido como la separación intencionada de las capas cutáneas y músculo fascial de la pared abdominal y el cierre abdominal temporal, son alternativas terapéuticas principalmente utilizadas en catástrofes abdominales tanto traumáticas como no traumáticas como: sepsis intra abdominal, intestino de viabilidad dudosa, grandes hematomas retroperitoneales, edema visceral marcado y cualquier condición que genere un síndrome compartimental abdominal. Si bien es cierto esta técnica ha disminuido la mortalidad en estas situaciones, ha creado un nuevo problema clínico en aquellos pacientes en los cuales es imposible el cierre primario de la pared abdominal. El objetivo de la presente comunicación es describir el uso de aloinjertos de piel total criopreservados (APTC) como alternativa de manejo del cierre del abdomen abierto.

**Caso Clínico:** Recién nacido prematuro de 30 semanas de gestación, con un peso de 1.170 gramos, con necesidad de ventilación mecánica por enfermedad de membrana hialina, que desarrolló una enterocolitis necrotizante a los 47 días de vida. Tras varias cirugías abdominales, incluyendo una ileostomía, el paciente presenta una eventración e infección de herida operatoria, manejándose como abdomen abierto con Bolsa de Bogotá debido a la imposibilidad de cierre primario. Se realiza cobertura con APTC, el cual evoluciona con la formación de una escara necrótica, la cual es manejada con curación avanzada permitiendo el cierre cutáneo definitivo a los 30 días y la continencia de la pared abdominal.

## Conclusión

Los aloinjertos de piel total criopreservados (APTC), son una nueva alternativa para el manejo de abdómenes abiertos sin posibilidad de cierre primario, proporcionando en el corto plazo la cobertura cutánea del defecto y un control local y en el mediano plazo el desarrollo de una neo dermis que permite la continencia funcional de la pared abdominal.

## CG-O22) USO DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA EN EL MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO EN RECIEN NACIDOS, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Colmenares, T.(1); Conti, T.(1); Retamales, F.(1); Silva, A.(1);  
(1): Hospital Regional de Iquique, Iquique, Chile

**INTRODUCCION.** La terapia de presión negativa se ha descrito de manera extensa en adultos, sin embargo, son pocos los estudios publicados en recién nacidos. El objetivo del estudio es presentar los resultados a corto plazo de la terapia de presión negativa (TPN) en recién nacidos manejados con abdomen abierto por distintas causas.

**MATERIALES Y METODOS.** Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo en un grupo de recién nacidos en quienes se utilizó TPN para manejo del abdomen abierto entre el año 2016 y el 2023 en el Hospital Regional de Iquique. Se analizaron las variables demográficas, los diagnósticos que indicaron la terapia, el tiempo de uso, recambios, sus complicaciones y la mortalidad.

RESULTADOS. Se utilizó TPN en 9 pacientes en el período mencionado. La edad gestacional promedio osciló entre las 25 y 36 semanas (media de 31 semanas), predominó el sexo masculino con un 77,7%. El promedio de peso al momento de instalación del TPN fue de 1500 gramos (rango 800 a 2400 gramos). 55,5% de los pacientes tenían enterocolitis necrotizante, 33% atresias intestinal y 22% gastrosquisis. El motivo de instalación del TPN fue vigilancia de resección y anastomosis primaria para 4 pacientes y control de daños en 5 paciente. En promedio la frecuencia de recambio del TPN osciló entre 3 y 5 días, siendo mayor para los pacientes con gastrosquisis. El número de recambios fue de 0 a 3. La presión usada fue de -50 mmHg. A todos se les realizó un abordaje por línea media supra e infraumbilical y se manejaron bajo ventilación mecánica. No hubo complicaciones asociadas al uso de TPN ni mortalidad.

CONCLUSIONES. En nuestra experiencia, este método ha demostrado ser seguro y efectivo en el manejo del abdomen abierto en neonatos.

## **CG-O24) OPTIMIZANDO EL ABORDAJE QUIRÚRGICO ABDOMINAL EN NEONATOS Y LACTANTES: LA INCISIÓN CIRCUMBILICAL COMO ALTERNATIVA ESTANDARIZADA Y ESTÉTICAMENTE SUPERIOR.**

Alvarez Izaguirre, J.(1); Mendoza Plata, A.(1); Galindo Rocha, F.(1);  
(1): Hospital para el niño IMIEM, Toluca, México

### **Introducción y objetivos:**

Estudios han informado que en la cirugía neonatal la incisión circumbilical proporciona resultados estéticos superiores en comparación con la incisión transversa y laparoscópicas.

El objetivo de este trabajo es examinar los resultados estéticos de esta incisión patologías quirúrgicas abdominales del neonato y lactante.

### **Material y métodos:**

Este es un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes que sometieron a una incisión circumbilical para una laparotomía exploradora en el periodo del 2023- 2024. Se registraron edad gestacional, edad cronológica, patología quirúrgica, duración de la cirugía, días de estancia hospitalaria, complicaciones post quirúrgicas con un total de 36 pacientes.

### **Resultados:**

El diagnóstico incluyó atresia duodenal (4), atresia intestinal (4), enterocolitis necrosante (3), malrotación intestinal (1), estenosis intestinal (3), Hirschsprung (1), estenosis hipertrófica de píloro (17), hernia mesentérica (1), invaginación intestinal (2).

El tiempo operatorio promedio fue de 95 minutos. La media de edad gestacional fue de 35 semanas de gestación y la media de edad a la operación fue a los 4 días.

La duración promedio de estancia hospitalaria fue de 14 días. Se registraron complicaciones post quirúrgicas de las cuales 5 relacionados con infección de herida y 3 pacientes con hernia postincisional. No se reportaron muertes.

El resultado estético fue satisfactorio.

### **Conclusiones:**

Esta técnica es segura para una amplia gama de procedimientos abdominales en recién nacidos y lactantes

Nuestra experiencia con este abordaje nos lleva a recomendarlo en todo tipo de patología abdominal del recién nacido y lactante, dejando atrás la incisión “estándar” y ofreciendo a nuestros pacientes una cirugía con una cicatriz mínima a la vista.

El abordaje abierto circumbilical es una alternativa a la cirugía laparoscópica con mejores resultados estéticos y requiere menor tiempo de entrenamiento para su dominio. No requiere equipo adicional ni habilidades particulares.

## **CG-O25) MANEJO QUIRÚRGICO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS**

Moreno, M.(1); Muñoz, C.(1); Gehrung, A.(2); Becker, B.(3); Saez, J.(4); Vuletin, F.(4); Pattillo, J.(4);

(1): Residente Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Interna de Medicina, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Interna de Medicina, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Santiago, Chile (4): Sección de Cirugía Pediátrica, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: La enterocolitis necrotizante (ECN) sigue siendo una de las patologías más graves en el período neonatal, con alta mortalidad. Este estudio tiene como objetivo

comunicar la experiencia en el manejo quirúrgico de pacientes neonatales con ECN, caracterizando el tipo de cirugía realizada y sus complicaciones.

**Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo de revisión de registros clínicos de recién nacidos diagnosticados con ECN entre 2012 y 2022 que incluyó una muestra de 173 pacientes. Se identificaron los casos de manejo quirúrgico y se recolectaron datos demográficos, intraoperatorios (técnica quirúrgica), complicaciones (recurrencia, necrosis totalis, dehiscencia de ostomía, infección de herida operatoria, intestino corto, hemoperitoneo y shock séptico) y mortalidad.

**Resultados:** De los 173 pacientes diagnosticados con ECN, 46 pacientes (26,5%) requirieron manejo quirúrgico. El 73,8% de ellos eran prematuros extremos con un peso promedio de 1553 gr., sin diferencias significativas en el sexo. El 45,2% presentaba una cardiopatía asociada. La mediana de presentación fue a los 20,1 días de vida. Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron: 81% resección con ostomía (81,8% ileostomía y 18,2% colostomía), 12,5% resección con anastomosis primaria, 6% solo drenaje y 3% clip and drop. El 75,8% de los pacientes presentó alguna complicación postoperatoria, siendo las más frecuentes recurrencia con perforación intestinal (24,2%), shock séptico (15,2%) y dehiscencia de ostomía (9,1%). La mortalidad total del manejo quirúrgico fue del 43,4% y según técnica utilizada: 20% en anastomosis primaria versus 42,4% en ostomía.

**Conclusión:** La ECN es una patología grave en el recién nacido. Nuestros resultados coinciden con la literatura, con alta mortalidad en prematuros y aquellos con bajo peso al nacer, y una incidencia de complicaciones quirúrgicas similar a lo descrito. La mayoría de los pacientes recibieron algún tipo de derivación.

## **CP-J1100-1) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (JUEVES 11:00-12:00, SALÓN 3)**

### **CG-O23) TÉCNICA DE PNEUMOPERITONEO PROGRESIVO Y TOXINA BOTULÍNICA PARA CIERRE DE DEFECTOS CONGÉNITOS DE PARED ABDOMINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.**

Lagos, C.(1); Suarez, V.(2); Villegas, S.(3); Rivera, J.(4); Paulos, A.(4); Muñoz, M.(4); Broussain, V.(4); Ellsworth, K.(4);

(1): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile (2): Hospital Gustavo Fricke, , (3): Hospital Exequiel González Cortes, , (4): Hospital Roberto del Rio, ,

**Introducción:** La aplicación de toxina botulínica (TB) con neumoperitoneo progresivo (NP) se describe en adultos como adyuvantes para el cierre de defectos de pared abdominal. Existe poca evidencia en niños de la dosis y técnica a utilizar. El objetivo de este trabajo es presentar la técnica de uso de NP combinado con TB preoperatoria para el cierre de defectos de pared abdominal.

**Método:** Cohorte prospectiva, entre diciembre 2023 y junio 2024 de pacientes portadores de defectos de pared congénito con o sin intentos de cierre primario o secuelas . Se realizó instalación de catéter intraperitoneal, con técnica abierta en fosa iliaca, comprobación de posición con rayos y medio de contraste. Asociado se realiza inyección intramuscular de toxina botulínica en la pared abdominal eco guiada con dosis de 3 a 5 unidades por kilo de peso en plano transverso abdominal y rectos en 10 puntos. Se programa insuflación progresiva según tolerancia clínica hasta lograr el máximo de volumen tolerado, 3 semanas previo al cierre. Se registran complicaciones, tolerancia máxima diaria insuflada y se define como éxito el cierre de la pared.

**Resultados:** 3 pacientes. 2 onfalocele, 1 gastrosquisis Dos lactantes, un preescolar.

Se logró el cierre en los 3 pacientes, con técnica de separación de componentes. NP con aumentos de 10 a 20 ml día. Un paciente presentó infección del catéter al día 12 de instalado. No hubo síndrome compartimental ni se requirió el retiro del aire. Un paciente presentó necrosis parcial de colgajo cutáneo al mes postoperado.

**Discusión:** No hay protocolos publicados en niños de esta técnica (dosis de toxina e insuflación), por lo que este trabajo sienta un precedente de cómo realizarlo.

**Conclusión:** El uso combinado de TB y NP niños es una herramienta segura y efectiva para el cierre de pared abdominal en defectos congénitos.

## CP-002) SÍNDROME DE APNEA E HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES FISURADOS ¿EXISTE EMPEORAMIENTO POSTERIOR A FARINGOPLASTÍA?

Ellsworth, K.(1); Lagos, C.(1); Broussain, V.(1); Paulos, A.(1); Muñoz, M.(1);  
(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

### Introducción:

Los pacientes con fisura de paladar presentan mayor incidencia de síndrome de apnea e hipoapnea obstructivas del sueño (SAHOS) que la población general, aunque aún no está bien estudiada esta prevalencia. La preocupación por el SAHOS pediátrico ha aumentado dadas las consecuencias cardiovasculares, metabólicas y neurocognitivas que genera si no es tratado. No existe evidencia publicada sobre el posible empeoramiento del SAHOS posterior a faringoplastia, los estudios disponibles excluyen a los pacientes con SAHOS previo a cirugía, por lo que este estudio busca objetivar si existe aumento del SAHOS en pacientes fisurados operados de faringoplastía.

## Material y método:

Estudio prospectivo entre los años 2019 y 2024 Hospital Roberto del Río, criterio de inclusión ser portador de fisura de paladar (aislada o no), con indicación de faringoplastía. Se realizó polisomnografía (PSG) previo a cirugía, como técnica de faringoplastía: colgajo faríngeo de base superior y se realizó PSG de control mínimo 1 año posterior a cirugía.

## Resultados:

Se operaron 57 pacientes de faringoplastía entre 2019 y 2024 con técnica de colgajo faríngeo de base superior. Un 75.4% se realizó PSG previo a cirugía pero solo 7 pacientes se realizaron PSG posterior a la cirugía por poca disponibilidad del examen en nuestro hospital.

100% de los pacientes presentaron SAHOS preoperatorio, 29% leve, 57% moderado y 14% severo y el 71% empeoró.

Como hallazgo secundario destaca que más del 90% de los pacientes no presentó desaturación durante la PSG incluso con SAHOS severo y que el parámetro clínico que más se correlaciona con el índice de apneas obstructivas fue la roncopatía.

**Conclusión:** Es importante pesquisar SAHOS en pacientes con fisura de paladar tanto previo como posterior a faringoplastía dado a la alta prevalencia y al empeoramiento postquirúrgico demostrado. La saturimetría tiene muy mala sensibilidad para pesquisar SAHOS a diferencia de la roncopatía.

## CP-003) SATISFACCIÓN DE PACIENTES FISURADOS OPERADOS DE RINOPLASTIA DEFINITIVA Y LIPOINYECCIÓN FACIAL

Lagos, C.(1); Muñoz, M.(2); Paulos, A.(2); Broussain, V.(2); Ellsworth, K.(2);

(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Hospital Roberto del Río, ,

**Introducción:** La rinoplastia definitiva (RD) es la última cirugía que se realizan los pacientes fisurados. La combinación con lipoinyección facial (LF) ha sido descrita y optimiza los resultados estéticos en cuanto a una mejoría global en el aspecto facial.

El objetivo de este trabajo es presentar la opinión de los pacientes con respecto a la cirugía combinada.

**Método:** Estudio retrospectivo de pacientes operados por el autor en un periodo de 4 años (2020-2024).

Se realiza una encuesta de satisfacción con respecto a la apariencia pre y postoperatoria, su recuperación postoperatoria, comparación con otras cirugías y nueva intervención.

Puntuación de 1 a 5 desde muy feliz (5) a muy infeliz (1) y muy fácil (5) a muy difícil (1). Además una glosa libre.

**Resultados:** 20 pacientes fueron operados de RD y LF grasos en zona malar, punta nasal, labial y triángulo nasal. No hubo complicaciones quirúrgicas. Con respecto a la pregunta 1: un 50% se sentía muy infeliz e infeliz. La pregunta 2 un 95% se sentía muy feliz o feliz. Con respecto a la recuperación 65% opinó entre fácil y muy fácil. Con respecto a la pregunta 4: comparación de la LF con otras cirugías un 60% contestó que fue mucho más fácil o fácil. La pregunta 5 (se haría nuevamente una intervención) un 85% respondió sí.

**Discusión:** Este trabajo puede ser la base para nuevos estudios en donde se correlacione con evaluaciones por parte de cirujanos o para aplicarlo en pacientes que esperan su cirugía definitiva.

**Conclusión:** La cirugía combinada de RD Y LF tiene altos índices de satisfacción entre los pacientes, mejora la percepción de la apariencia, con recuperación percibida como fácil y con tasa alta de nueva intervención.

## **CP-004) DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA MANDIBULAR EN SECUENCIA PIERRE ROBIN EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO**

Lagos, C.(1); Muñoz, M.(1); Broussain, V.(1); Paulos, A.(1); Ellsworth, K.(1);  
(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** La secuencia de Pierre Robin (SPR) se caracteriza por una micrognatia que genera glosoptosis y un grado variable de obstrucción de vía aérea superior, asociándose entre 80-90% a fisura palatina (en distintos grados), siendo característica la fisura en herradura. La SPR puede encontrarse en forma aislada, como parte de un síndrome o asociado a otras anomalías no sindrómicas (SPR Plus). El objetivo del trabajo es evaluar y caracterizar la población de pacientes que requirieron distracción osteogénica mandibular.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes con SPR que requirieron distracción osteogénica mandibular entre los años 2014 y 2023.

**Resultados:** Se intervinieron 11 pacientes. El 55% corresponden a SPR Plus, 27% SPR sindrómicos y 18% SPR no sindrómicos. El 82% se asoció a Fisura palatina (46% en herradura y 36% de paladar blando) y solo 18% sin fisura palatina. El 100% presentó trastornos respiratorios como apneas o desaturación. Todos fueron evaluados por Otorrinolaringología con nasofibroscofia como parte del estudio inicial. El 45% se estudió con Polisomnografía preoperatoria (el resto de los casos la conducta quirúrgica se basó en la clínica + Saturometría alterada). La edad promedio al momento de la cirugía fue de 2 meses 20 días (rango 8 días a 7 meses 20 días). En promedio se realizó 20mm de distracción (rango 16-28mm). 3 pacientes presentaron complicaciones (2 infecciones locales y 1 desplazamiento de distractor que



requirió reposicionamiento quirúrgico). La edad promedio al cierre de paladar fue de 22 meses (rango 18 meses-25 meses) y cursaron postoperatorio habitual.

**Conclusiones:** El manejo de la SPR requiere equipos multidisciplinarios sensibilizados y entrenados en su detección precoz y manejo. En nuestra serie la mayoría de los pacientes presentaban otras comorbilidades asociadas. El síntoma prevalente fue la alteración respiratoria. La SPR no generó complicaciones quirúrgicas ni post operatorias en el cierre de paladar.

## CP-005) ¿LIPOMA EN NIÑOS?, MÁS ALLÁ DE LA PREMISA QUE NO EXISTEN

Paulos, M.(1); Muñoz, M.(1); Lagos, C.(1); Ellsworth, K.(1); Broussain, V.(1);  
(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** a diferencia de los adultos los lipomas en los niños son poco frecuente y el diagnóstico tienen una connotación distinta. Este trabajo quiere describir los diagnósticos y evolución de los pacientes con diagnósticos de lesiones de origen lipomatosos en niños menores de 15 años en los últimos 12 años atendidos en un hospital pediátrico (2012-2023).

**Metodología:** se identifica caso índice a través de resultado de anatomía patología buscando la palabra clave lipoma, lipomatosis, lipoblastoma, angioliipoma, hibernoma. En la ficha clínica se busca sexo, edad, diagnóstico sindromático, localización, múltiples o aislados, recidiva postcirugía. Se excluyen los lipomas asociados a hernias de pared abdominal, ginecomastias, mamas supernumerarias, lesiones lipomatosis en relación con disrafia. Se define proceso lipomatoso no simple a los tumores asociados a síndrome, múltiples o con recidiva.

**Resultados:** Se identificaron 42 casos (3,5 tumores lipomatosos al año). Promedio de edad es de 7 años. 17 pacientes presentan 10 años o más y 25 casos en niños de 9 años o menos. 19 casos corresponden a lipomas sin otras características histológicas en distintas localizaciones, 8 lipoblastomas con o sin degeneración mixoide, 2 fibrolipomas, 3 angioliipomas, 5 lipoblastomatosis difusas, 1 nevus lipomatoso, 4 hamartoma con componente lipomatosis y vascular. 71,4% corresponden a tumores lipomatosos no simples, de estos 60% corresponden a síndrome identificados (40% del total). El tratamiento en todos los casos fue el manejo de lesión local, pero existieron recidiva en un 16.7%.

**Conclusiones:** los tumores lipomatosos en niños y adolescentes representan distintas etiologías, siendo el lipoma maduro y los lipoblastomas los más frecuentes. Se asocian con

alguna frecuencia a recidiva, por lo que nuestra recomendación es manejo quirúrgico local no mutilante según factibilidad técnica, dado las características benignas de las lesiones a esta edad. Se aconseja evaluación por genética dado que el 40% se asocia a síndromes identificables.

## **CP-006) USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL DE DONANTE VIVO CRIOPRESERVADA EN PACIENTE GRAN QUEMADO PEDIATRICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RÍO**

San Martín Canales, C.(1); Covarrubias, P.(1); Canahuate, A.(2); Becker, B.(3);

(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Interna Universidad Mayor, Santiago, Chile

Introducción:

El uso de piel total de donante vivo es una práctica relativamente reciente y que predomina en el ámbito de la Cirugía Adulto, siendo en 2020 la primera vez que se realizó en paciente adulto, con resultados satisfactorios.

Objetivo:

Dar a conocer nuestra experiencia, a propósito de un caso clínico en paciente pediátrico. Detallar la técnica quirúrgica (Tips). Evaluar resultados obtenidos.

Material y Métodos:

Estudio observacional descriptivo: Se presenta caso clínico de paciente de sexo femenino, de 14 años, gran quemada por fuego (70% SCQ) e injuria inhalatoria grave, hospitalizada en febrero de 2024. Describimos nuestra experiencia en el uso, por primera vez, de piel de donante vivo facilitado por del Banco de Piel del Complejo Asistencial San José (Área Norte), como cobertura transitoria de sus quemaduras. Se presenta registro descriptivo escrito y fotográfico de la técnica y evolución de las lesiones.

Resultados:

Pese al desenlace final de la paciente, pudimos observar excelente prendimiento de la piel donante (100%), sin desarrollo de infecciones locales, rechazo tardío de la piel y presentando condiciones favorables para recibir el autoinjerto dermo-epidérmico definitivo, con mejoría en el espesor y vascularización del sustrato dérmico. Así también como estabilización hemodinámica de la paciente.

Conclusión:

El uso de piel total criopreservada en banco de tejidos, obtenida de donante vivo producto de cirugías de contorno corporal, es una excelente alternativa y aliado como cobertura transitoria, cuando se trata de quemaduras extensas con escasas zonas dadoras. Presenta acción rápida, efectiva y demostrable sobre el sustrato dérmico. Existe una curva de aprendizaje de preparación de la piel de donante.

## **CP-007) RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL CON TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES EN PACIENTE CON GASTROSQUISIS OPERADA, COMPLICADA CON DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE MALLA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

Villegas Galilea, S.(1); Lagos Jefferson, C.(2); Santos Marín, M.(3); Leoz Fraile, E.(3); Nalegach Romero, M.(3); Corral, G.(3);

(1): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile (3): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Introducción: La reconstrucción de la gastrosquisis depende del tamaño del defecto abdominal y el volumen del contenido herniado. Las técnicas de reparación más comunes incluyen el cierre primario y el cierre por etapas utilizando un Silo, con o sin el uso de mallas.

En casos severos con grandes defectos, la reconstrucción abdominal representa un desafío quirúrgico. La Técnica de Separación de Componentes (TCS), desarrollada originalmente para la reconstrucción abdominal en adultos, fue adaptada para la reparación de defectos congénitos en niños, incorporando el uso de toxina butolínica pre-operatorio y neumoperitoneo progresivo como parte del manejo quirúrgico

Objetivo. Reportar el caso de paciente con gastrosquisis operada complicada con dehiscencia e infección de malla de Gore-Tex.

Material y Métodos: Paciente de 5 meses de edad con Gastrosquisis reparada a la semana de vida mediante colgajos fasciocutáneos y malla de Gore-Tex, que evolucionó con dehiscencia de herida, exposición e infección de malla protésica. Imagenología: Defecto de 6 cm de diámetro. Musculatura abdominal presente, menor tamaño a izquierda. Se planificó la reconstrucción abdominal con TSC.

Planificación quirúrgica por etapas:

Primera Etapa (3 semanas antes de cirugía): Preparación musculatura abdominal con toxina butolínica A e instalación de Catéter para Pneumoperitoneo progresivo para aumentar gradualmente la capacidad de la cavidad abdominal.

Segunda Etapa: Retiro de Malla de Gore-Tex, reconstrucción abdominal con TSC con malla Proceed Sublay.

Evolución: Entre primera y segunda etapa, paciente presentó infección de catéter de Pneumoperitoneo, lo que obligó a una cirugía intermedia, para retiro de Malla de Gore-tex, instalación de nuevo CVC y nueva infiltración con Toxina Botulínica.

Resultados: Reconstrucción abdominal funcional exitosa, sin complicaciones posoperatorias. Eco de control 6 meses postoperatorio: Ausencia de hernias en pared abdominal.

Discusión: La reconstrucción abdominal con TSC es una técnica segura y eficaz para cierre de defectos abdominales congénitos mayores a 5 cm.

## **CP-008) MANEJO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMAS CONGÉNITO NO INVOLUTIVO**

Paulos Parot, M.(1); Ellsworth, K.(1); Muñoz, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Hurtado, M.(2);

(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Residente Cirugía Plástica U Finis Terrae, ,

Introducción: el hemangioma congénito es un tumor de células endoteliales que está completamente formado en el momento del nacimiento, se caracterizan por ser negativos para el marcador de inmunohistoquímica Glut-1. El objetivo de este reporte es transmitir la experiencia quirúrgica con el manejo de 3 hemangiomas NICH.

Descripción de los casos:

Primer caso: hemangioma congénito no involutivo en la zona cervical posterior de 5.1 x 1.8 x 4.9 cm con forma de donut con zona central más deprimida. Ecografía muestra una lesión irrigada de alto flujo, sin vasos aferentes principales. Durante la resección de la lesión, la sección de este produce sangrado rápido y activo lo cual obliga a llegar a bordes sanos rápidamente. Después de definido el defecto se avanzan y rotan colgajos cervicales para cierre. Se deja drenaje en el lecho que se retiran al 3 día por bajo débito.

Segundo caso: hemangioma cervical posterior congénito no involutivo de 6 x 5 cm. Resección de la lesión hasta plano sano, se deja drenaje, el cual se retira a la 48 hrs.

Tercer caso: hemangioma de 2 x 1.5 cm retroauricular izquierdo de tipo congénito. Resección de la lesión hasta bordes sanos, se logra cierre con colgajos adyacentes. Evoluciona con hematoma contenido local que se reabsorbe durante las siguientes semanas. Biopsia compatible con hemangioma congénito NICH

Discusión: el hemangioma congénito no involutivo es un tumor vascular que no presenta degeneración fibro-adiposa como lo hace el hemangioma de la infancia. Hacer esta diferencia es importante porque los NICH tienen a sangrar en forma importante en el intraoperatorio al ser incididos y necesitan llegar a bordes sanos rápidamente. Se aconseja

planificar la resección rápida de la lesión hasta tejido sano, dejar un drenaje y dependiendo del tamaño pueden requerir planificación de cobertura cutánea.

## **CP-009) TECNICA MINIMAMENTE INVASIVA EN ENFERMEDAD PILONIDAL: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS**

Olivares Parra, C.(1); Rojas, D.(2); Gallardo, C.(2); Urbina, G.(2); Claire, P.(2); Espinosa, F.(2); (1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de la Florida, Santiago, Chile

### INTRODUCCIÓN

La enfermedad pilonidal es una patología crónica de resorte quirúrgico. Para su tratamiento se han descrito múltiples técnicas, en su mayoría implicando amplias escisiones de tejido que contiene el complejo pilonidal, con sofisticadas técnicas de colgajo para mantener la incisión alejada de la línea media o aplanar la hendidura natal. Estas cirugías requieren hospitalización prolongada, anestesia general, uso variable de dispositivos de aspiración continua, drenajes y antibióticos, asociándose a mayor morbilidad, recurrencia y resultado cosmético deficiente.

Nuestro objetivo es mostrar los resultados del uso de la técnica mínimamente invasiva con trépanos cutáneos para la resolución de la enfermedad pilonidal.

### MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva, a través del análisis de ficha clínica electrónica. Criterios de inclusión: pacientes menores de 18 años atendidos en el hospital con diagnóstico de enfermedad pilonidal desde julio 2021 a junio 2024. Criterios de exclusión: pacientes que no siguieron en control, que fueron operados en otro centro o que siguen en lista de espera para resolución quirúrgica.

### RESULTADOS

De un total de 44 pacientes, se excluyeron 19 (12 por no seguir controles, 1 operado en extrasistema y 6 siguen en espera de cirugía). 25 pacientes fueron operados en el periodo, 18 (72%) de ellos con técnica mínimamente invasiva, alta el mismo día. De estos, 11 (61%) fueron mujeres y 7 (39%) hombres. Dentro de las complicaciones evidenciadas tuvimos 1 recidiva (5,5%) y 1 granuloma (5,5%).

### CONCLUSIONES

La cirugía mínimamente invasiva, mediante uso de trépanos es un procedimiento ambulatorio simple, que se asocia a una recuperación rápida, resolución del problema en la mayoría de los casos, con un buen resultado estético y bajas tasas de complicación, reafirmando que es una forma segura para enfrentar primariamente a los pacientes con enfermedad pilonidal. Es necesario aumentar nuestra cohorte para lograr mayor fuerza de recomendación.

## **CP-J1430-2) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (JUEVES 14:30-15:00, SALÓN 3)**

### **CP-O10) PREVALENCIA DE SAHOS EN PACIENTES CON FISURA PALATINA OPERADA**

Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Paulos, A.(1); Ellsworth, K.(1); Muñoz, M.(1);  
(1): Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción: El síndrome apnea hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS) en la población pediátrica produce alteraciones cardíacas, neurocognitivas y conductuales, etc. La prevalencia aumenta en malformaciones craneofaciales. El objetivo de este trabajo es dar a conocer la prevalencia de SAHOS en pacientes operados de fisura de paladar.

Método: estudio de cohorte prospectivo. Se incluyen los pacientes operados de fisura del paladar (con o sin fisura de labio) con indicación de faringoplastia en el Hospital Roberto del Río durante el período 2016-2023. Se excluyen pacientes sindrómicos, con fisura submucosa y/o que presentan otras anomalías craneofaciales. Para objetivar el SAHOS se realiza Polisomnografía (PSG), y se define: índice apnea/hipoapnea (IAH): mayor de 2 (SAHOS grado leve); entre 5 a 10 (SAHOS grado moderado) y mayor de 10 (SAHOS grado severo).

Resultados: 27 pacientes operados de fisura de paladar, 92,6% presentaron PSG alterada. De éstos, 52% correspondieron a SAHOS leve; 40% fueron SAHOS moderado; y 8% SAHOS severo.

Discusión: de los pacientes analizados, cerca del 50% tuvieron SAHOS moderado a severo.

Conclusión: este trabajo muestra la gran prevalencia de SAHOS en pacientes fisurados no sindrómicos (ya que los pacientes sindrómicos pueden tener otras alteraciones tanto craneofaciales como no faciales). Dado las implicancias de SAHOS en pediatría, es importante considerar este antecedente para poder ofrecer un tratamiento adecuado de estos pacientes y debe ser analizado en futuros estudios.

### **CP-O11) VALORACIÓN ESTÉTICA DE UNA PROPUESTA QUIRÚRGICA DE RINOPLASTÍA INTERMEDIA EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA UNILATERAL**

Claire, P.(1); Suárez, V.(1); Muñoz, C.(2); Giugliano, C.(1); Parra, J.(3);

(1): Sección Cirugía Plástica infantil. Fundación Alfredo Gantz Mann, Hospital del niño con Fisura. Universidad de Chile., Santiago, Chile (2): Residente Cirugía Pediátrica. Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile Santiago, Chile, Santiago, Chile (3): Fonoaudióloga, Sección fotografía. Fundación Alfredo Gantz Mann, Hospital del niño con Fisura. Universidad de Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** La asimetría nasal residual en el niño fisurado tras la corrección primaria es frecuente. Se caracteriza por presentar un domo deprimido, zona alar descendida, base lateralizada y narinas asimétricas. Estos estigmas pueden tener un impacto psicosocial incluso en edades precoces, exponiendo mayores niveles de ansiedad, ira, depresión y deterioro de relaciones interpersonales. Bajo esa premisa, la rinoplastía intermedia en nuestro centro se realiza antes de la incorporación escolar. **Objetivo:** Describir nuestra propuesta quirúrgica y evaluar los resultados estéticos.

**Materiales y métodos:** Revisión retrospectiva de ficha institucional de pacientes con fisura labio-palatina unilateral sometidos a rinoplastía intermedia, entre 2016 y 2023. Se recogen datos demográficos, descripción de técnica quirúrgica y evolución postoperatoria. Se incluyen pacientes operados mediante abordaje por incisiones marginales de ambos vestíbulos nasales, según principios de Tajima y Dibbell, con resección de tejido fibroadiposo interdomal y zona alar no fisurada, plicatura de domo fisurado y pexia del mismo al septum e interdomos. Los resultados estéticos fueron evaluados por 6 observadores, cirujanos ajenos a esta revisión, mediante escala estandarizada de resultados objetivos de Strasser en fotografías pre y postoperatorias.

**Resultados:** Se obtiene serie de 33 casos, predominio género masculino, la mayoría no sindrómicos, operados en promedio a los 5,5 años (rango 3 a 11). Un 12,1% presentó complicación postoperatoria, dentro de ellas infección, hemorragia y estenosis del nostril, ninguna requirió reintervención. 87,8% utilizó conformador nasal postoperatorio, con duración promedio de 4,9 meses (rango 1 a 11). Un 72,7% obtuvo un resultado bueno, un 27,3% mediocre, y ninguno fue categorizado como excelente o pobre, destacando peores puntajes a mayor tiempo de seguimiento. El tiempo promedio de seguimiento fotográfico fue de 19,9 meses.

**Conclusión:** Esta cohorte mostró un resultado aceptable, sin generar morbilidad significativa con esta técnica, por lo que es importante considerarla dentro del manejo antes de la percepción de autoimagen.

## CP-O12) DESFORRAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR: HERRAMIENTAS QUIRÚRGICAS PARA SU MANEJO

Claire, P.(1); Espinosa, F.(2); Rojas, D.(1); Urbina, G.(3);

(1): Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, LAS CONDES, Chile (2): Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, LAS CONDES, Chile (3): Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, LAS CONDES, Chile

Introducción:

Las lesiones traumáticas en extremidades inferiores en niños no son frecuentes

El desforramiento constituye una lesión secundaria a la disrupción de la circulación sanguínea con o sin solución de continuidad de la piel.

Lograr una cobertura cutánea adecuada puede marcar el pronóstico funcional y estético de la extremidad.

Objetivo: Describir las alternativas quirúrgicas utilizadas para el manejo de lesiones traumáticas con déficit de cobertura en extremidades inferiores.

Método: Revisión de fichas clínicas de pacientes con lesiones de extremidad inferior tipo desforramiento ingresados al hospital la Florida en los últimos 5 años, analizar variables demográficas, técnicas de cobertura y resultados.

Resultados:

5 pacientes entre 6 y 17 años.

Desforramiento abierto de extremidad inferior (pierna y pie) 3 con fractura de tibia y peroné.

Se utiliza sistema de presión negativa en todos los pacientes, y en todos se utilizó combinación de técnicas; 2 pacientes recibieron cobertura con matriz dérmica más colgajos locales, 1 colgajos locales más injerto piel parcial, 2 pacientes con colgajo microquirúrgico e injertos de piel parcial.

El 100% de los pacientes recupera funcionalidad de extremidad, no hubo amputaciones.

Conclusión:

Existen distintas alternativas quirúrgicas en el tratamiento de lesiones tipo desforramiento, desde lo más conservador hasta los colgajos microquirúrgicos, es importante tener a la mano todas las herramientas necesarias en función de las necesidades del paciente.

**CP-O13) REPARACIÓN PRIMARIA DEL NERVIOS FACIAL BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA EN NIÑOS CON HERIDAS FACIALES.**



Claire, P.(1);

(1): Hospital La Florida, Clínica Alemana, Santiago, Chile

Introducción:

Existen muchas causas de parálisis del nervio facial en niños, entre ellas las causas traumáticas que constituyen entre un 3 y 24 %

Una de las ramas frecuentemente lesionada es la temporal que da como rama terminal la frontal, esto puede provocar ptosis de la ceja y la reducción del tono en el orbicular de los ojos puede crear un lagofthalmos en parte debido a la retracción del párpado.

La reparación directa de una rama del nervio facial ofrece la mayor esperanza de recuperación en este tipo de lesiones y la exploración temprana dentro de las 24 a 48 hrs minimiza el grado de retracción nerviosa después de la lesión y reduce la necesidad de injerto nervioso.

El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados de una serie de 4 casos con lesión traumática de la rama frontal terminal del nervio facial que se reparó en forma primaria.

Método:

Serie de 4 niños con heridas traumáticas en la región frontoparietal y ciliar con lesión del nervio facial, en los que se realiza reparación primaria bajo visión microscópica, utilizando sutura de nylon 9.0 y 10.0, además de un neuroestimulador.

En todos los casos la cirugía se realizó entre las 6 y 12 hrs de producida la lesión.

La coaptación nerviosa fue sin tensión y todos los pacientes recibieron terapia de rehabilitación facial desde las 2 semanas postoperatorias.

Resultados:

Edad con un rango entre 1 -12 años, 2 niñas y 2 niños.

Todos lograron recuperar su función al 100% y bajar el score House Brackmann de II a I, el tiempo de seguimiento fue de 4 a 15 meses.

Conclusión: La reparación primaria y temprana de lesiones del nervio facial bajo visión microscópica, ofrece el mejor pronóstico, logrando recuperar la funcionalidad en muchos casos al 100%.

## CP-O14) RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE EXTREMIDAD SEVERAMENTE LESIONADA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Villegas Galilea, S.(1); Soto Díaz, C.(2); Alzate Rodas, A.(2); Yáñez Valdés, J.(3);

(1): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hada Clinic, Santiago, Chile (3): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

Introducción: El trauma de extremidades inferiores en pediatría es una causa significativa de morbilidad y discapacidad a largo plazo. Aunque los niños tienen un mayor potencial de reparación y rehabilitación que los adultos, presentan desafíos únicos debido a su anatomía en desarrollo y la necesidad de preservar el crecimiento futuro. La reconstrucción de extremidades en estos pacientes no sólo busca restaurar la función y la apariencia, sino también minimizar las secuelas a largo plazo que puedan afectar su calidad de vida. En este contexto, la microcirugía ha emergido como una herramienta crucial, proporcionando opciones avanzadas para la reconstrucción de lesiones complejas.

Objetivo. Reportar el caso de paciente con extremidad inferior derecha severamente lesionado reconstruida con colgajo microquirúrgico.

Material y Métodos: Paciente de 9 años, que sufrió atropello por camión, resultando en trauma severo de ambas extremidades inferiores. Pierna derecha. Fractura expuesta IIIB de peroné, tibia y talo, con exposición ósea desde el tercio medio de pierna hasta la articulación de tobillo, extenso daño del aparato extensor de ortejos y pie, asociado a defecto de cobertura amplio de 15 x 7 cm desde la cara anterolateral de tercio medio pierna hasta el tercio proximal de pie.

Evaluación por traumatología. Manejo ortopédico.

Reconstrucción con Colgajo microquirúrgico anterolateral de muslo derecho, Anastomosis termino-terminal con muñón proximal de arteria tibial anterior y con vena safena interna, por imposibilidad de usar las venas tibiales.

Resultados: La reconstrucción fue exitosa. El paciente, tras rehabilitación intrahospitalaria fue dado de alta deambulando con apoyo. Actualmente deambula casi con normalidad, consigue dorsiflexión de pie y no ha requerido órtesis para tobillo.

Discusión: El Colgajo anterolateral de muslo es versátil y seguro para la reconstrucción de extremidades en pacientes pediátricos, siendo eficaz para la cobertura de defectos óseos significativos con compromiso articular, aportando irrigación y protección e la consolidación.

## CP-V0830-3) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (VIERNES 08:30-09:30, SALÓN 3)

### CP-O15) ANÁLISIS DE LA CK Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME COMPARTIMENTAL Y AMPUTACIÓN EN QUEMADURAS ELÉCTRICAS PEDIÁTRICAS

Villegas Galilea, S.(1); Yáñez Valdés, J.(2); Cabrera Arandia, M.(3); Rojo Vera, D.(2); Muñoz Villanueva, R.(2);

(1): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (3): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile

**Introducción:** Las quemaduras eléctricas, aunque poco frecuentes, son de alta relevancia debido a su potencial para causar complicaciones graves sistémicas y locales. Estas se asocian a lesión y necrosis tisular, particularmente muscular, lo que puede provocar complicaciones críticas como síndrome compartimental y necesidad de amputación. La creatinfosfokinasa (CK), una enzima liberada en respuesta al daño muscular, se utiliza para evaluar y manejar estas complicaciones.

**Objetivo:** Analizar los valores de CK total en pacientes pediátricos quemados por electricidad tratados en nuestro centro y su relación con la presencia de síndrome compartimental y amputación.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes pediátricos quemados eléctricos hospitalizados entre enero de 2017 y diciembre de 2023. Analizamos edad, sexo, voltaje, CK total, síndrome compartimental, amputación, estadía y sobrevida. Muestra no probabilística. Pruebas estadísticas: Chi cuadrado, Mann-Whitney y Spearman, con  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Estudiamos 65 pacientes (edad promedio: 5,6 años; 65% hombres; 95% bajo voltaje). Hubo un caso de síndrome compartimental (alto voltaje con CK 15.000) y dos amputaciones (bajo voltaje). Sobrevida: 100%. 34 pacientes presentaron CK alterada, sin relación estadística entre voltaje y CK (Mann-Whitney). No hubo relación significativa entre CK, síndrome compartimental o amputación (Chi cuadrado,  $p > 0,05$ ). Tampoco se halló relación entre CK estadía (Spearman,  $p > 0,01$ ).

**Conclusión:** Los niveles de CK no se asociaron con síndrome compartimental ni riesgo de amputación en quemaduras eléctricas, ni estadía, independientemente del voltaje. Se requiere contar con mayor número de pacientes quemados de alto voltaje para precisar el análisis.

### CP-O16) EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTES, EN LA CONFECCIÓN Y USO DE SOMATOPRÓTESIS EXTRATISULAR AURICULAR ADHESIVA, HOSPITAL PUERTO MONTT (HPM)

Schwaner, A.(1); Fuentes, M.(2); Salazar, H.(3);

(1): HOSPITAL PUERTO MONTT, PUERTO MONTT, CHILE (2): DERMOKINE, PUERTO VARAS, CHILE (3): HOSPITAL CALBUCO, CALBUCO, CHILE

## Introducción

El pabellón auricular es una importante unidad estética. Su alteración congénita o traumática tiene como principal resolución la cirugía reconstructiva.

Considerando que no todos los pacientes son candidatos a cirugía, por causas sistémicas o locales, o por rechazo a la cirugía, el uso de somatoprótesis auricular podría ser una alternativa a ofrecer.

Nuestro objetivo es conocer la percepción de cinco usuarios del HPM, de entre 9 a 18 años, que han vivido el proceso de confección y uso de somatoprótesis extratisular auricular retenida por medio adhesivo, entre diciembre 2023-agosto 2024.

**Material y método:** Investigación cualitativa, tipo de estudio descriptivo-interpretativo, método interpretativista, muestreo intencional.

La técnica de recolección de información se realizó a través de un grupo focal semiestructurado. El procesamiento de la información a través del análisis de discurso.

**Resultados:** Cinco pacientes entre 9 y 18 años con su progenitor, participaron del grupo focal. Se identifican e interpretan 5 ideas significantes durante el análisis: miedo a que mi piel se diferencie del color de la prótesis, miedo a perderla o dañarla, falla en su adhesión, miedo a las burlas y ganas de que esta alternativa de tratamiento sea conocida por otros pacientes.

**Conclusión:** La prótesis extratisular adhesiva auricular, representa una alternativa terapéutica, provisoria y removible, valorada por los usuarios. Sin embargo, las limitaciones técnicas asociadas a su uso, como el extravío, el daño o las alteraciones estéticas en el tiempo, junto con las limitaciones del adhesivo protésico; resultan ser barreras en su uso diario. Pese a lo anterior, observamos que los pacientes toleran estas barreras, entendiéndolas como parte de un proceso de adaptación a una prótesis provisoria y removible, que pueden o no, elegir usar. Además, todos recalcan la importancia de que los pacientes conozcan esta alternativa de tratamiento para ser considerada dentro de sus opciones.

## CP-O17) INNOVACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE OREJAS ALADAS: MÉTODO PARA PREVENIR LA RECIDIVA

Ball, J.(1); Giugliano, C.(2);

(1): Hospital Padre Hurtado - Clínica Alemana, Santiago, Chile (2): Clínica Alemana, Santiago, Chile

### INTRODUCCIÓN:

Las orejas aladas son una malformación auricular congénita en la que hay ausencia del antehélix. Está presente en un 5% de la población y tiene consecuencias significativas a nivel psicosocial. Existen múltiples técnicas quirúrgicas para su corrección pero ninguna ha demostrado ser útil para todos los casos. La más usada es la técnica de Mustardé para recrear el pliegue del antehélix. Para manejar la memoria del cartílago auricular se ha descrito también su desgaste o resecciones parciales de este. Esta cirugía tiene pocas complicaciones, entre ellas están el queloide, sangrado, extrusión del material de sutura y la recidiva. En este trabajo describiremos una modificación a esta técnica para reducir el riesgo de recidiva de esta patología y sus resultados.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo que incluye pacientes operados en la Clínica Alemana de Santiago, Chile entre los años 2017-2024. Las variables evaluadas fueron edad, sexo, resultado postoperatorio según escala de Strasser y complicaciones. Se describe la técnica quirúrgica utilizada en este grupo de pacientes que consiste en los principios de Mustardé pero que agrega incisiones en el cartílago entre la concha y el nuevo antehélix, controlando las fuerzas que se interponen sobre este y por ende la memoria cartilaginosa.

### RESULTADOS:

Se incluyó un total de 70 pacientes en el grupo, con resultados adecuados según la escala utilizada. En cuanto a las complicaciones, hubo 14 casos que incluían exposición de material de sutura, queloide, infección local y dehiscencia mínima, sin ninguna recidiva en el seguimiento a largo plazo.

### CONCLUSION:

La innovación a la técnica presentada ha dado buenos resultados logrando reducir la recidiva a cero y con muy baja tasa de complicaciones.

## CP-O18) INTERVENCIÓN KINÉSICA CON ENFOQUE MAXILOFACIAL EN UN PACIENTE CON QUEMADURA GRAVE DE CARA

Campaña, S.(1); Covarrubias, M.(1);

(1): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN :** Las quemaduras faciales pueden dejar secuelas estético funcionales importantes a quienes las padecen. El objetivo del presente trabajo es evidenciar cómo la intervención kinésica con enfoque maxilofacial, es relevante para minimizar disfunciones en la ATM y del patrón respiratorio en un paciente secuelado de quemadura grave en cara. El tratamiento kinésico clásico de secuela cicatrizal se trató desde periodo intrahospitalario con presoterapia y ejercicios dermokinéticos.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Reporte de caso. Paciente de género masculino 13 años de edad, se quema con fuego en agosto 2021 un 23%SC, Se injerta la totalidad del área quemada incluyendo nariz, mejillas, mentón y submandibular. Se intervino con rehabilitación kinésica integral y se evaluó con escala de Vancouver, EVA, Pie de metro y registro fotográfico durante el año 2021, 2022 y 2023.

**RESULTADOS:** A los dos meses post quemadura paciente presenta dolor EVA 4, descenso mandibular 25mm , activación presente pero escasa de orbicular de los labios y cigomáticos. 10 puntos en la escala de Vancouver. El descenso mandibular en abril de 2022 fue de 40mm ,la actividad muscular de cigomáticos y orbicular de los labios evidenciaban actividad más pronunciada. La puntuación de la escala de Vancouver fue 11/15 y EVA 0. En abril del año 2023 la puntuación en la escala de Vancouver fue de 6/15, el paciente logra descenso mandibular de 35mm, activación mayor en relación al registro fotográfico de orbicular de los labios y cigomáticos no evidenciando patrón de respirador oral y manteniendo una aceptable artrokinemática de ATM sin ruidos, resaltes o desviaciones durante el descenso mandibular.

**CONCLUSIONES:** Se concluye que la intervención kinésica con enfoque maxilofacial minimiza las disfunciones de ATM y del patrón respiratorio para este reporte.

## CP-O19) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN PACIENTE CON SECUELA DE QUEMADURAS.

Lagos, C.(1); Zapata, P.(2); Muñoz, M.(3); Iturriaga, P.(2); Gomez, A.(2); Bustos, N.(2); Castillo, F.(2);

(1): Hospital Roberto del Rio. Santiago, santiago, chile (2): Hospital Dr, Hernan Henriquez Aravena Temuco, , (3): Hospital Roberto del Rio, Santiago, ,

**Introducción:** Las secuelas de quemaduras provocan alteraciones estético-funcionales que afectan la imagen, autoestima e impacta en la calidad de vida. Para el manejo existen varias

técnicas quirúrgicas: expansores tisulares, colgajos regionales ,microquirúrgicos, etc. La elección de esta dependerá de la edad , tratamientos previos y objetivos propuestos.

El objetivo de este trabajo es presentar el manejo en un tiempo quirúrgico con implante/expansor y matriz dérmica para lograr simetrización mamaria.

**Método:** Reporte de caso. Paciente de 14 años con antecedentes de escaldadura al año de edad de 20 % de SCQ profunda en tronco anterior, brazo y muslos. Se maneja con aseos, escarectomías e injerto .Luego terapia compresiva y zetoplastias en bridas . Evoluciona con deformidad mamaria ,atrapamiento de tejido mamario , asimetría y acartonamiento de la cicatriz y rango de movimiento de extremidad superior alterado.

**Resultados:** Cirugía en un tiempo, resecando cicatriz mamaria en cuadrantes mediales liberando el tejido mamario. Creación de bolsillo subfacial mediante abordaje submamario e inserción de implante/ expansor infiltrado con 120 ml. El defecto cicatricial, es cubierto por matriz dérmica e injerto dermoepidérmico . Se instala sistema VAC continuo (100 mm Hg) por 7 días. Se realizan zetoplastias en axila derecha .

El tiempo operatorio fue 2 horas, sin incidentes .Durante controles se realiza insuflación de expansor hasta 200 ml. Seguimiento 6 meses sin complicaciones, con prendimiento de matriz/injerto completo , cicatrices activas no patológicas, simetría mamaria y alto grado de satisfacción de la paciente.

**Discusión:** La reconstrucción debe iniciarse en edad prepuberal para evitar comprometer el desarrollo mamario. Instaurada la deformidad, se debe plantear alternativas reconstructivas que permitan mantener la anatomía.

**Conclusión:** La reconstrucción mamaria con implante/expansor da solución al volumen mamario, la matriz dérmica da cobertura de mejor calidad a la cicatriz tratada, en un tiempo quirúrgico, baja morbilidad y altos índices de satisfacción.

## CP-O20) MATRIZ DÉRMICA, EXCELENTE OPCIÓN DE COBERTURA SOBRE TENDÓN

Poblete Fierro, M.(1); Sepúlveda Martínez, V.(1); Aliaga Jouannet, C.(1); Albornoz Rodríguez, C.(1); De La Puente Parra, D.(1); Araneda Gutiérrez, A.(1); Bastías Morán, C.(1); Urrutia Soto, H.(1);

(1): Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile

**Introducción.** Las matrices dérmicas aportan calidad en la piel mejorando coberturas cutáneas en quemados agudos como secuelas, traumatismos, nevos melanocíticos congénitos, entre otros. MATRIDERM® es un sustituto dérmico compuesto de colágeno y elastina de origen bovino que es injertado en la misma cirugía con un injerto dermoepidérmico (IDE). Mejora el aspecto y la flexibilidad de la piel permitiendo una adecuada funcionalidad, que es más evidente en zonas de articulaciones, mejorando rango de movimiento y evitando retracciones. A continuación, caso clínico de paciente masculino de 10 años tratado en Hospital las Higueras, Talcahuano.

**Caso clínico.** Paciente sufre atropello por vehículo hace 4 años con fractura de tibia distal derecha y defecto de cobertura en dorso de primer orjejo quedando expuesto tendón extensor largo. Se realizó cobertura con IDE en dorso del primer orjejo, mantuvo rehabilitación, pero evoluciona con cicatriz retráctil que genera inestabilidad en la marcha con caídas frecuentes al realizar deporte. En enero del 2024, se realiza resección de cicatriz liberando tendón extensor adherido el cual no presenta retracción, se cubre con MATRIDERM® e IDE. Presenta rehabilitación hasta la fecha con kinesioterapia motora y terapia ocupacional. Evoluciona con mejoría de la flexibilidad y rugosidad de la piel, además marcha estable sin caídas. Escala de Vancouver de 13 puntos en el preoperatorio y en el seguimiento postoperatorio de 7 puntos. Escala POSAS 2.0 observador preoperatorio 36/60 y postoperatorio 16/60 puntos, escala POSAS 2.0 autorreporte 68/70 puntos preoperatorio y 2/70 puntos postoperatorio.

**Conclusión.** Los defectos de cobertura siempre plantean un desafío respecto a la mejor cobertura tanto en el aspecto estético como funcional. Las matrices dérmicas mejoran el aspecto y funcionalidad de la región injertada, en este caso al injertar directamente sobre tendón permitió una adecuada rehabilitación y evolución mejorando la marcha del paciente y permitiendo una vida normal.

## CP-O21) MUCORMICOSIS CUTÁNEA DISEMINADA EN UNA PACIENTE GRAN QUEMADO DE SOBREVIDA EXCEPCIONAL: BITÁCORA DE UNA SOBREVIVIENTE, CASO CLÍNICO.

Villegas Galilea, S.(1); Yáñez Valdés, J.(2); Cabrera Arandia, M.(3); Turenne Reid, D.(2); Caballero Narvaez, B.(2); Muñoz Perez, M.(4); Villena Martinez, R.(2); Alvarez Hidalgo, C.(2); Yagnam Rojas, F.(2); Rojo Vera, D.(2);  
(1): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (3): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile (4): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** La Mucormicosis es una infección grave por hongos filamentosos asociada frecuentemente a inmunodeficiencia, pero también puede presentarse como infección cutánea en pacientes quemados extensos. La mortalidad reportada varía de 29% a 67% dependiendo de la extensión de la quemadura y la localización de la infección. La mortalidad



aumenta significativamente cuando la quemadura supera un 50% de superficie corporal quemada (SCQ) y/o existe infección en más de 2 localizaciones.

Objetivo. Reportar el caso de paciente quemada 53% SCQ con mucormicosis cutánea diseminada.

Material y Métodos: Paciente de 8 años. Quemadura por fuego 53% de SCQ, en tronco, glúteos, extremidades superiores e inferiores. Traslada desde el Sur del país, ingresó a nuestro centro con shock séptico a múltiples gérmenes multirresistentes. Pese a tratamiento antibiótico adecuado evoluciona tórpidamente. Se sospechó infección fúngica a los 14 días de evolución. Biopsias rápidas y diferidas de tejido confirmaron Mucormicosis cutánea en múltiples localizaciones.

Evolución: Destaca 2 Paros cardiorrespiratorios, Sangrados a repetición, profundización progresiva de quemaduras, retraso de cicatrización.

Estrategia Terapéutica: Desbridamiento amplio y agresivo guiado por biopsia rápida, Cirugías más frecuentes, uso de Homoinjerto de banco, Anfotericina B liposomal, Manejo racional de antibióticos, Soporte UPC y monitoreo de infección invasora.

Resultados: La paciente fue sometida a 40 cirugías, injertos expandidos en el 85% de la quemadura. Consiguió sobrevivir, con graves secuelas estéticas y secuelas funcionales moderadas.

Discusión: El alto índice de sospecha, el diagnóstico precoz de la mucormicosis y una estrategia terapéutica transdisciplinaria fueron imprescindibles para conseguir la supervivencia de la paciente.

## **CP-O22) COLGAJO MIOMUCOSO DE ORBICULAR ORIS: UNA ALTERNATIVA EFICAZ**

Yañez Valdes, J.(1); Villegas Galilea, S.(1); Maydana, A.(2); Lennon, L.(3);

(1): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago, Chile (2): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago, Chile (3): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago, Chile

Introducción: La reconstrucción de labio superior con defectos amplios y voluminosos del bermellón en la población pediátrica es muy compleja y desafiante. Existen múltiples técnicas descritas en adultos, que implican grandes movilizaciones de tejido, resección de tejido sano o colgajos mucosos que consiguen resultados deficientes por falta de volumen. El colgajo miomucoso tipo V-Y de Kolhe modificado ha demostrado utilidad en este tipo de defectos en pacientes adultos.

Objetivo. Reportar serie de casos con reconstrucción de labio con colgajo miomucoso de orbicularis oris tipo V-Y en niños.

Material y Métodos: Serie de 5 pacientes pediátricos con heridas complejas de labio superior por mordedura de perro, con pérdida de sustancia y volumen del bermellón de un tercio o más de la longitud del labio.

Resultados: La reconstrucción de todos los pacientes se basó en el colgajo miomucoso de orbicularis oris tipo V-Y de Kolhe modificado basado en la arteria labial. El promedio de edad fue 8.6 años (1 a 14 años), el 60% fueron niños, Las heridas labiales comprometieron mas de un tercio de longitud y todas comprometieron volumen del bermellón, 3 defectos fueron centrales comprometiendo el arco de cupido, uno a izquierda y otra a derecha. Oportunidad de reconstrucción: 2 días (1 día y 7 días). Tiempo operatorio promedio: 73 minutos (50 a 120 minutos). Años de experiencia del cirujano: Menor 3 años: 1, Mayor 3 años:4. Complicaciones: 0. Satisfacción paciente promedio: excelente.

Discusión: El colgajo miomucoso tipo V-Y de Kolhe modificado es una técnica segura, versátil y reproducible para la reconstrucción de defectos de volumen amplios del bermellón de labio superior que debe ser incluida en el arsenal de reconstrucción de este tipo de lesiones.

## **CP-V1430-4) CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA (VIERNES 14:30-15:30, SALÓN 3)**

### **CP-O23) TALLER DE SIMULACIÓN DE MICROTIA DE BAJO COSTO Y SU ESCALA ESTRUCTURA DE EVALUACIÓN DE INCORPORACIÓN HABILIDADES (OSATS-MICROTIA)**

Paulos Parot, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Ellsworth, K.(1); Muñoz, M.(1);  
(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción: La curva de aprendizaje de tallado del marco auricular para reconstrucción de microtia es difícil. El objetivo es crear un modelo de simulación para docencia de tallado de reconstrucción auricular y crear una evaluación objetiva del tallado.

Métodos: Se desarrolla un modelo de simulación de tallado del marco con mica de acetato, lápiz, tabla de cortar, tijeras, bisturí con mango, zanahorias, histoacryl® o suturas de nylon o prolén 5/0. Se desarrolla un modelo de simulación de piel colapsable con silicona de 3mm para práctica de tatuajes, aro de bordado, bolsa de almacenamiento al vacío y aspiradora. Se desarrolla pauta de evaluación de los tallados OSATS-microtia. La Escala de experiencia de simulación de Michigan (MiSSES) se utiliza para medir el desempeño del entrenamiento por parte de los estudiantes. Uso de prueba confiabilidad inter-observador kappa para evaluar confiabilidad del OSATS.

Resultados: Para 20 alumnos las evaluaciones OSATS-microtia destacó los elementos más difíciles de lograr (Fosa triangular amplia y lateral / Continuidad entre antihélix y antitragus / Fosa intertrágica estrecha / Concha vertical y angosta). La prueba de confiabilidad inter-observador fue de 77.03% entre dos observadores independientes. En la encuesta de MiSSES los alumnos refieren que la experiencia fue excelente, la cual aumento su confianza y habilidad en el procedimiento y mejoro su eficiencia e independencia en el tallado. Si bien los materiales proporcionados fueron adecuados, sugieren que se podría mejorar el realismo de la piel. La calidad de la enseñanza fue adecuada, pero se podría mejorar los apoyos audiovisuales.

Conclusiones: el modelo de simulación propuesto permite aprender a dar forma y tridimensionalidad al marco, y es fácil de implementar para incorporar habilidades. OSATS-microtia permite una evaluación objetiva de las mejoras del tallado. El modelo de piel se puede mejorar, al igual que el contenido audiovisual del taller.

## CP-O24) HIPERTROFIA MAMARIA EN ADOLESCENTES

Broussain, V.(1); Hasbún, A.(1); Lagos, C.(1); Soto, J.(2); Paulos, A.(1); Ellsworth, K.(1); Muñoz, M.(1);

(1): Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

**Introducción:** La hipertrofia mamaria (HM) en adolescentes trae grandes problemas como limitaciones en actividades físicas y la existencia de un impacto negativo significativo en la salud mental. El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia en nuestra institución.

**Método:** estudio retrospectivo de adolescentes operadas de reducción mamaria entre los años 2017 al 2024 en el Hospital Roberto del Río.

**Resultados:** se operaron 10 adolescentes de HM en este periodo. El rango de edad fue de 14 a 19 años (media: 15,7 años). Rango de distancia horquilla esternal a pezón: rango de 20 a 45 cm (media: 28,75 cm). Rango de peso de tejido resecado: entre 100 a 2000 grs por mama (media: 637 grs por mama). Todas las cirugías se realizaron con técnica de pedículo superior o superomedial con patrón de T invertida.

**Discusión:** la reducción mamaria debe indicarse cuando el desarrollo de la mama logre estabilidad, 3 años post menarquia, pero dependerá de la gravedad de los síntomas.

**Conclusión:** los cirujanos plásticos pediátricos deben estar familiarizados con las diferentes técnicas quirúrgicas en reducción mamaria para poder ofrecer una resolución adecuada a este grupo de pacientes y así mejorar su calidad de vida.

## **CP-O25) VIDEOTECA EN CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA PARA DOCENCIA**

Paulos, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Muñoz, M.(1); Ellsworth, K.(2);

(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago,

Introducción los videos educativos de cirugía han sido una herramienta eficiente en enseñanza quirúrgica, la cual complementa la actividad presencial para el aprendizaje de las cirugías. El objetivo de este estudio es desarrollar un repositorio de videos de cirugías en cirugía plástica pediátrica

Metodología: los videos de las cirugías fueron obtenidos por celulares y editados en iMovie para mostrar las partes más relevantes de los procedimientos siendo estos editados para una duración de menor de 3 minutos.

Resultados: actualmente se encuentran desarrollados 21 videos que incluyen procedimientos tales como instalación de peso de oro para parálisis facial, cirugía de blefaroptosis, toma de injerto de tendón palmaris longus, curación avanzada en zona neutra, instalación de curación a presión negativa, instalación de apósito de Brown, marcación de labio con técnica de Fisher, cierre de paladar, microtia primer tiempo, duplicación del pulgar, instalación de distractores mandibulares, microtia segundo tiempo, protocolo de Gult para extravasación, lipotransferencia facial, resección de angioliopoma e instalación de matriz dérmica, infiltración de triamcinolona, escleroterapia con bleomicona en lesión venosa, creación de espuma de Tessieri, molde para conformador nasal, curación de zona dadora, colgajo faríngeo.

Conclusiones: videoteca quirúrgica es una herramienta docente para los residentes de cirugía plástica y cirugía Pediátrica. Estos videos complementan el conocimiento que deben adquirir los residentes a las actividades quirúrgicas presenciales.

## **CP-O26) MANEJO DE PTERIGIUM COLLI (PC) CON TÉCNICA DE GARGAN MODIFICADA**

Lagos, C.(1); Rivera, J.(2); Broussain, V.(2); Paulos, A.(2); Muñoz, M.(2); Ellsworth, K.(2);  
(1): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile (2): Hospital Roberto del Rio, ,

**Introducción:** El PC es una malformación cervical de partes blandas, presente en el Sd. Turner en un 75%. Tiene impacto estético -funcional importante, sobre todo porque la mayoría de los pacientes con Turner presentan funciones cognitivas conservadas. El objetivo de este trabajo es presentar el abordaje posterior usando la clásica técnica de *Gargan* modificada con pexia de la fascia cervical descrita por *Chaput*.

**Método:** Serie de casos. 2 pacientes de 10 y 15 años. Ambas sometidas a un abordaje posterior con la técnica quirúrgica de *Gargan*, asociado a tracción y fijación de la lámina superficial de la fascia cervical con cierre y compensación retroauricular minimizando cicatrices. Se instalaron drenajes bilaterales aspirativos, sin incidentes y se realizó seguimiento por 12 meses.

**Resultados:** En ambos se logró resecar el tejido redundante devolviendo la armonía cervical y normalizando la inserción pilosa. El cierre fue sin tensión, evolución de una paciente con cicatrices hipertróficas que fueron manejadas con terapia compresiva, ambas pacientes satisfechas con el resultado.

**Discusión:** El PC ha generado interés hace décadas. Se han planteado diversos abordajes para el manejo con el uso de colgajos locales, expansores de tejidos y otros ,con resultados variables. Llama la atención que en la paciente de menor edad los tejidos eran más laxos y el avance fue mayor, por lo que impresiona ser mejor intervenir a temprana edad.

**Conclusión:** El abordaje posterior del PC con la técnicas descrita, permite buenos resultados estéticos, parte de la cicatriz queda oculta en zona retroauricular ,se realiza en un tiempo quirúrgico , la intervención a menor edad, podría ser beneficioso en disminuir el impacto psicosocial y afección de la autoestima en pacientes que lo padecen.

## CP-O27) TÉCNICA DE DOBLE INCISIÓN PARA MANEJO DE GINECOMASTIA SEVERA

Lagos, C.(1); Broussain, V.(2); Paulos, A.(2); Muñoz, M.(2); Ellsworth, K.(2);  
(1): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile (2): , ,

**Introducción:** La ginecomastia en la etapa adolescente se produce por alteraciones hormonales que generan el crecimiento de la glándula mamaria con regresión o no de los síntomas. Provocan alteraciones estético-funcionales, que impactan negativamente en su calidad de vida. Las técnicas descritas están orientadas al manejo glandular y adiposo con buenos resultados. Sin embargo, hay pacientes con alteraciones severas ( ptosis, grandes volúmenes ) en donde éstas no logran ser satisfactorias. La técnica de doble incisión permite la extirpación del tejido mamario y el reposicionamiento del complejo areola pezón (CAP) en un tiempo quirúrgico.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente tratado con esta técnica.

**Método:** Reporte de caso .

Paciente de 14 años con diagnóstico de ginecomastia bilateral SIMON 3, con más de un año de evolución, ecografía diagnóstica. Antecedentes de resistencia androgénica parcial. IMC normal.

Se realiza marcación preoperatoria de pie: de línea media, surcos mamarios, línea axilar anterior y borde de músculo pectoral. Con pinchtest se marca borde superior e inferior de la mama simulando el cierre. Marcación con areolótomo (30 mm) y resección en forma de injerto de CAP. Resección de tejido glandular, cierre de bordes con puntos de tracción progresiva y compensación en forma de jota por borde lateral del pectoral. Posicionamiento de CAP. Drenaje aspirativo.

**Resultados:** Seguimiento de 1 año con cicatrices inestéticas en tratamiento kinésico. Evidente mejoría del contorno torácico al comparar fotografías pre y postoperatorias. Paciente muy satisfecho con el resultado.

**Discusión:** Esta técnica si bien maneja el componente mamario y CAP de una vez, deja grandes cicatrices lo que debe analizarse al momento de elegirla.

**Conclusión :** La técnica de doble incisión debe ser reservada para casos severos en donde se requiere el manejo del volumen y del posicionamiento del CAP en un tiempo quirúrgico.

## CP-O28) RECONSTRUCCIÓN UMBILICAL EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS

Giugliano, C.(1); Montecinos, T.(2);

(1): Servicio de Cirugía pediátrica, Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile (2): Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile

Introducción: El ombligo es un elemento estético fundamental del abdomen. Existen múltiples causas de ausencia de cicatriz umbilical, congénita o adquirida. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia y evaluar los resultados en cinco casos de reconstrucción umbilical en niños.

Material y método: Se presentan cinco casos de reconstrucción umbilical, en población infantil, entre el año 2010 y 2020. Los resultados fotográficos se analizan mediante evaluación objetiva con escala de Strasser por tres cirujanos externos. Se presenta innovación técnica, basada en procedimiento de Baack modificada.

Resultados: La edad quirúrgica promedio fue 10,4 años (6-14 años), dos pacientes sexo femenino y tres masculino. La etiología fueron todos casos adquiridos, secundarios a secuelas de cirugías de: Gastrosquisis, onfalocela y hernia umbilical recidivada 3 veces. No tuvimos complicaciones precoces ni tardías al procedimiento quirúrgico. El seguimiento promedio fue de 42.8 meses (2-120 meses).

Conclusión: En la actualidad la población pediátrica, también, tiene mayores expectativas de calidad de vida, por ende, las patologías que alteran la auto imagen son motivo de consulta cada vez más frecuente. Consideramos que la técnica empleada es reproducible, sin complicaciones y con buenos resultados cosméticos.

## **UP-J1200-1) UROLOGÍA PEDIÁTRICA (JUEVES 12:00-13:00, SALÓN 2)**

### **UP-O01) MODELO DE ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISRAFIA ESPINAL: MEJORANDO LA ADHERENCIA**

Retamal, M.(1); Contreras, R.(1); Muñoz, O.(1); Rocha, P.(1); Valdivia, N.(1); Lira, J.(1); Falcón, N.(1);

(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

#### **Introducción**

La disrafia espinal es una condición compleja que requiere un enfoque multidisciplinario. La adherencia a las recomendaciones de los profesionales es crucial para su evolución. En el Hospital Roberto del Río, post-pandemia, se identificó la necesidad de reforzar el enfoque interdisciplinario. En 2023, se diseñó un sistema de registro y seguimiento para mejorar la adherencia. El objetivo de este trabajo es presentarlo y compartir sus resultados preliminares.

#### **Material**

**y**

#### **Método**

Este trabajo es serie de casos, observacional descriptivo, reportando los primeros 60 casos con disrafia espinal atendidos en el policlínico de disrafia del hospital desde enero hasta agosto de 2024. Se implementó un protocolo interdisciplinario para asegurar la adherencia

de los pacientes. Los criterios de inclusión fueron pacientes de 0 a 18 años con disrafia espinal abierta o cerrada, excluyendo a aquellos con etiologías como trauma raquimedular o parálisis cerebral.

La variable resultado es la adherencia basados en el porcentaje de inasistencia al policlínico y encuesta telefónica. Para esto se introdujeron 3 factores de exposición:

- Educación y Comunicación, proporcionando información detallada sobre la disrafia espinal a pacientes y su familia para mejorar su comprensión.
- Confirmación de citas en dos oportunidades previas al control mediante llamadas y plataformas virtuales.
- Rehabilitación Integral, incorporando fisiatras, terapeutas ocupacionales, enfermería, asistente social, fonoaudiólogos y kinesiólogos especializados motor y de piso pélvico.

## Resultados

La adherencia de los pacientes al policlínico de disrafia fue mejor que la observada en el policlínico de urología general (2,7% vs 13,9%), rescatando de la encuesta que la comprensión de la patología, apoyo logístico para la asistencia y atención de profesionales no médicos especializados fueron factores determinantes para lograrlo.

## Conclusiones

El modelo interdisciplinario expuesto mejoró la adherencia de los pacientes, modelo que puede servir como ejemplo eficaz para el manejo de disrafia espinal en contextos similares.

## UP-O02) ESTIMACIÓN DE LA CARGA LITIÁSICA EN NEFROLITIASIS MEDIANTE IMPRESIÓN 3D. APLICACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Peña, P.(1); Sorrentino, G.(2); Caro, I.(3); Recabal, X.(4); Finsterbusch, C.(4); Yankovic, F.(4); Letelier, N.(4); Reed, F.(4);

(1): Cirujana Infantil, Hospital Dr. Exequiel González Cortes, Santiago, Chile (2): Research Fellow Urología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (3): IMPRIMED, Santiago, Chile (4): Urólogo Pediátrico, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

## Introducción

La incidencia de nefrolitiasis pediátrica presenta un crecimiento anual de 10%. La ultrasonografía es el método diagnóstico inicial preferido, aunque la tomografía computarizada sin contraste (PieloTAC) es el "gold standard" La selección del tratamiento quirúrgico debe considerar anatomía y características del cálculo. Las guías se basan en el



volumen del cálculo para determinar el tratamiento más efectivo. La modelación-3D podría mejorar la estimación del volumen litiásico. Nuestro objetivo es comparar la estimación volumétrica entre la modelación-3D y los métodos clásicos para poder determinar el mejor tratamiento quirúrgico.

**Material** y **método**  
Estudio descriptivo retrospectivo que analizó pacientes pediátricos sometidos a cirugía por nefrolitiasis entre octubre/2020 y agosto/2024. Criterios de inclusión: Evaluación previa con PieloTAC. Criterios de exclusión: Edad >16 años, riñón trasplantado. Mediante una modelación 3D del PieloTAC con programa "3-matic®" se realizó estimación de volúmenes comparándola con métodos tradicionales (Fórmula Ackerman, superficie y volumen esférico), definiendo así carga litiásica. Datos procesados mediante estadística descriptiva.

### Resultados

Se analizaron 8 pacientes, edad promedio 8 años. Diámetro promedio de litiasis 10,5 mm (4,3-20 mm). Promedio de mediciones por fórmulas tradicionales: 73,35mm<sup>2</sup> Ackerman, 295,62 mm<sup>2</sup> superficie y 1085 mm<sup>3</sup> volumen de esfera. Por otro lado, el promedio de la modelación-3D fue 274,96 mm<sup>2</sup> y 75,84mm<sup>3</sup>. En comparación, método de Ackermann entrega un promedio de 172,35mm<sup>2</sup> menos que modelación-3D. La superficie de una esfera 157,41mm<sup>2</sup> más que modelación-3D, al igual que la estimación de volumen de una esfera 811,58 mm<sup>3</sup> más que modelación-3D.

### Conclusión

La modelación-3D da mayor volumen que el método de Ackerman pero considerablemente menor que la estimación de superficie y volumen de una esfera. Esta técnica podría ofrecer una medición más precisa de la carga litiásica en pediatría comparado con métodos tradicionales, permitiendo una mejor planificación quirúrgica según guías clínicas.

## UP-O03) FIMOSIS ASINTOMÁTICA:¿ EN QUÉ ESTAMOS EN CHILE?

Sorrentino, G.(1); Kurtzig, A.(2); Reed, F.(3); Lopez, J.(4); Recabal, X.(3); Finsterbusch, C.(3); Letelier, N.(5); Yankovic, F.(5);

(1): Research Fellow Urología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortes, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Urólogo , Hospital Dr Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (4): Urólogo infantil, UH Rainbow Babies & Children Hospital, Cleveland, Estados Unidos (5): Urólogo , Hospital Dr Exequiel González Cortés, Santiago De Chile, Chile., Santiago, Chile

### Introducción

Aproximadamente el 96% de los recién nacidos presentan fimosis. Este porcentaje disminuye considerablemente hasta aproximadamente un 10% a los 4 años. El objetivo de este trabajo es caracterizar las indicaciones quirúrgicas, el manejo y seguimiento de fimosis asintomática por cirujanos y urólogos infantiles en Chile.

## **Material** **y** **método**

Estudio descriptivo observacional dirigido a médicos cirujanos y urólogos infantiles que ejercen en Chile, incluyendo residentes. Método: encuesta online de selección múltiple y respuesta corta. Variable: Manejo de fimosis asintomática, indicación de circuncisión, especificaciones intra y postoperatorias. Enviada a la lista de difusión de los socios de la Sociedad Chilena de Cirugía Pediátrica. Los resultados se analizaron con métodos estadísticos descriptivos.

## **Resultados**

Se recibieron 118 respuestas de todo Chile, representado en un 40% por la región metropolitana. Con respecto al tratamiento, un tercio refiere usar siempre corticoides tópicos, 47% a veces y un 22% no los utiliza. El corticoide más utilizado es la betametasona 0.05% (80%) y habitualmente su aplicación es por dos meses (61%). Un 51.7% considera una respuesta exitosa con un seguimiento de 3 o menos meses, un tercio a los 6 meses y un 7% luego de 1 año. Con respecto a la edad de circuncisión, 60% la indica a los 4 años y un 20% a los 5 años. En estos procedimientos, el 49% no indica antibiótico profilaxis. En el manejo postoperatorio casi la mitad utilizan antibióticos tópicos y 65% realiza cobertura con film adherente. Finalmente 87% estima que su tasa de infección de herida operatoria es menor a 1%. El 54% da el alta al mes, 7% a los 6 meses y 5% al año.

## **Conclusión**

La fimosis es una condición muy frecuente, en la que no existe un enfrentamiento estandarizado a nivel nacional en relación al uso de tratamiento médico, edad operatoria y seguimiento.

## **UP-O04) RESULTADOS INICIALES DE CIRCUNCISIÓN MÁS ESCROTOPLASTIA; ¿REALMENTE ALARGA EL PENE?**

Sorrentino, G.(1); Robles, J.(2); Reed, F.(3); Acuña, C.(3); López, P.(4);

(1): Research Fellow Urología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (2): Cirujano Infantil, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (3): Urólogo Infantil, Clínica Alemana, Santiago, Chile (4): Urólogo infantil, UH Rainbow Babies & Children Hospital, Cleveland, Estados Unidos

## **Introducción**

La escrotoplastia agregada a una circuncisión, es un posible abordaje para condiciones como el pene sumido, piel prepucial ventral escasa o inserción alta del escroto. La cirugía busca mejorar la estética y la proyección ventral del pene. Nuestro objetivo es evaluar si al realizar una escrotoplastia ventral existe una real proyección del pene en su cara anterior.

## Material

y

## método

Estudio retrospectivo descriptivo. Se registraron los pacientes entre 2 a 13 años, sometidos a escrotoplastia más circuncisión entre agosto 2020 y junio 2022. Se analizó la edad al momento de la cirugía, medida ventral y dorsal del pene prequirúrgico y en el postquirúrgico inmediato. La medición se realiza sin tensión desde la unión penoescrotal hasta la punta del pene, y desde el surco dorso púbico al mismo punto. Se excluyeron los registros incompletos. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva.

## Resultados

En 24 meses de estudio se registraron 30 procedimientos con una media de edad de 6.43 años (moda/mediana de edad: 5 años). El largo ventral pre quirúrgico promedio fue de 25.3mm y dorsal de 27.3mm. En el postquirúrgico inmediato, el promedio ventral fue de 39.7mm y 34.5mm dorsal, observándose una diferencia de 14,3mm por ventral y de 8,3mm por dorsal, con un p value <0.05. No hubo complicaciones en seguimiento hasta los 2 meses post cirugía

## Conclusión

Se muestra que en el periodo inmediato, hasta 2 meses post cirugía, la técnica de escrotoplastia permite una mayor proyección del pene por ambas caras. Si bien son resultados prometedores, los autores están conscientes que esto puede variar con el tiempo, por lo que se está haciendo un seguimiento a los pacientes igual o mayor a 2 años post cirugía.

## UP-O05) PIELOPLASTÍA ASISTIDA POR ROBOT, REPORTE DE NUESTROS PRIMEROS 10 CASOS

Celis, S.(1); Figueroa, S.(1); Sepúlveda, X.(1); Reyes, D.(1);

(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

### Introducción

La pieloplastia es la cirugía más frecuentemente realizada asistida por robot en urología pediátrica, con ventajas como la magnificación y maniobrabilidad. Resultados de éxito en 95-100% en diferentes series. Presentamos los primeros 10 pacientes realizados en nuestro centro.

Materiales y métodos:

Estudio prospectivo descriptivo de las pieloplastias asistidas por robot en nuestro centro. Se analizan variables clínicas, quirúrgicas y controles post operatorios

Resultados:

En nuestras primeras 10 pieloplastías asistidas por robot, la edad promedio es de 4 años (0,3-14) y peso de 24.2 kg.

En esta serie 7 fueron izquierdas y en 2 pacientes era riñón único.

El tiempo de instalación de trocares fue de 19 min (11-39), docking 9 min (4-19) y consola 73 min (50-120)

La estadía hospitalaria media es de 1 día (1-5 días), el uso de sonda Foley 4.6 días (4-8). En todos los pacientes se utilizó pigtail (stent ureteral “retrógrado”), el que fue retirado entre 30 a 60 días. Un paciente presenta una infección urinaria postoperatoria afebril posterior a la cirugía, retirando el pigtail a las 48 horas de tratamiento antibiótico.

El seguimiento se ha realizado con ecografía con disminución significativa de la hidronefrosis en 7 casos; en dos casos persiste hidronefrosis sin componente obstructivo ni abombamiento de cálices. Un paciente aún esta con catéter pigtail.

Conclusiones

La pieloplastía asistida por robot es una técnica segura y efectiva, con tiempos operatorios, en nuestra serie, similar o menor a los con técnica laparoscópica y es en este momento nuestra vía de elección para esta patología en pacientes de más de 7 kg.

## **UP-O06) EXPERIENCIA INICIAL EN VARICOCELECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL PÚBLICO.**

Figueroa Díaz, M.(1); Celis Lagos, S.(1); Sepúlveda, X.(1); Reyes, D.(1);  
(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

**Introducción.**

Durante la varicocelectomía se sugiere el uso de magnificación. Si bien no se ha demostrado si la microcirugía o laparoscopia es superior en adolescentes, si se ha demostrado superioridad de la microcirugía en adultos.

Inicialmente a raíz de recidivas de cirugías laparoscópicas implementamos la técnica microquirúrgica, pero luego adoptamos esta técnica en todos nuestros pacientes.

Objetivo: Mostrar nuestra experiencia inicial y resultados de varicocelectomía microquirúrgica en adolescentes.

### **Material y método**

Estudio retrospectivo en adolescentes operados de varicocele con técnica microquirúrgica en un hospital público. Inicialmente se realizó junto a urólogo andrólogo de adultos.

Técnica quirúrgica:

Abordaje subinguinal, exteriorización del cordón espermático. Se instala en el campo quirúrgico microscopio Leica HD C100, amplificación 10X a 16X. Apertura de fascias espermáticas, identificación de arteria, linfáticos y venas espermáticas. Ligadura y sección de venas. Se evalúa existencia de venas extrafuniculares dilatadas, en especial en recidivas, exteriorizando teste. En caso de existir estas venas se ligan. Se reintroduce teste a escroto y se cierra pared.

### **Resultados**

Hemos realizado esta técnica en 4 varones, de entre 14 y 19 años. Todos con varicocele izquierdo grado III, 2 han sido recidivas de cirugías laparoscópicas. Tres tuvieron indicación quirúrgica por dolor, uno por asimetría testicular >20% mantenida. Tiempo quirúrgico promedio 86 min. En un caso recidivado se encontró una vena extrafunicular dilatada. En todos los casos la cirugía fue ambulatoria. Ha habido resolución del varicocele y el dolor en 100%. Se mantiene la asimetría en un paciente. Sin complicaciones. Seguimiento promedio 18,5 meses.

### **Conclusiones**

En adolescentes hemos visto muy buenos resultados de la varicocelectomía microquirúrgica, pero necesitamos mayor número de pacientes para corroborar nuestros resultados.

Con una técnica bien estandarizada el tiempo quirúrgico no es excesivo.

### **UP-O07) BALANITIS XERÓTICA OBLITERANTE; ¿UNA CONDICIÓN EN AUMENTO?**

Sorrentino, G.(1); Recabal, X.(2); Finsterbusch, C.(2); Yankovic, F.(2); Reed, F.(2); Letelier, N.(2);

(1): Research Fellow Urología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés,, Santiago, Chile (2): Urólogo Pediátrico, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

## Introducción

La Balanitis Xerotica Obliterante (BXO), es una enfermedad inflamatoria crónica del prepucio, con una incidencia entre 1-5%. En nuestro centro el año 2013, se estudiaron 26 casos diagnosticados entre 2002 y 2012. El estudio actual busca comparar la presentación clínica y datos demográficos de los pacientes con diagnóstico de BXO entre Enero 2020 a Julio 2024 con los datos obtenidos en la revisión anterior

## Material y método

Estudio retrospectivo. Incluyó los pacientes con diagnóstico de BXO confirmado por biopsia que se compararon con la totalidad de los pacientes enviados a análisis por sospecha de BXO. Se excluyeron pacientes con fichas clínicas incompletas y sin controles post operatorios. Se registraron datos demográficos, clínica, hallazgos intra y postoperatorios, así como el tiempo de seguimiento. Los datos se analizaron con métodos estadísticos descriptivos.

## Resultados

Se sospechó BXO en 107 pacientes, de los cuales se confirmaron 83 casos, con una sensibilidad de la sospecha clínica de 78%. Se incluyeron 80 registros en el análisis. La edad promedio de circuncisión fue 9 años. De estos, 6 tenían antecedente de circuncisión previa. Durante la circuncisión, 7 se describieron con estenosis metal. En el postoperatorio a 27 se les indicó corticoides tópicos. En el seguimiento a corto plazo (4 meses promedio) 2 presentaron reestenosis del prepucio y 5 requirieron reintervención. Al comparar esta nueva serie clínica con los datos del año 2013, se observó un incremento importante, con una tasa de incidencia de 18,4 casos por año versus los 2.6 casos por año en el registro anterior.

## Conclusión.

El diagnóstico de BXO ha aumentado de forma exponencial en nuestro centro, las causas de esta alza no están dilucidadas, lo que se vería favorecido con un estudio prospectivo intentando aclarar las razones; ya sea el real aumento en su incidencia, la mayor sospecha clínica u otras.

## UP-O08) EVOLUCIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE VARICOCELE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO.

Cordonier Tello, E.(1); Contreras Boero, R.(1); Lira Gatica, J.(1); Valdivia Alfaro, N.(1); Muñoz Moreno, O.(1); Retamal Pinto, M.(1); Rocha Garcés, P.(1);  
(1): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile

## Introducción:

El varicocele corresponde a la dilatación del plexo venoso pampiniforme testicular. Niños y adolescentes que presenten síntomas asociados y/o hipoatrofia testicular pueden requerir manejo quirúrgico, el cual ha evolucionado con la incorporación de tecnología, y en sus resultados post operatorios.

El presente estudio analiza esta secuencia de cambios en la técnica quirúrgica, y en el resultado de los pacientes.

### **Material y método:**

Revisión retrospectiva de pacientes operados de varicocele en Hospital Roberto del Río de Santiago, desde el 2014 al 2024. Manejo realizado por equipo de Urología, con técnicas abiertas: Palomo e Ivanissevich; laparoscópica (Palomo laparoscópico) y, recientemente, microcirugía.

Como criterios de inclusión, pacientes operados exclusivamente de varicocele, entre 2014 y 2024, con códigos CIE-10: I86.1, N50.1.

### **Resultados:**

Se identificaron 62 procedimientos por varicocele, en 58 pacientes. Promedio de edad 13 años, rango 7 a 17 años. 4 presentaban varicocele grado 1 (6%), 15 presentaban grado 2 (24%), 43 presentaban grado 3 (69%). 28 presentaban hipoatrofia testicular (45%). 45 pacientes (73%) referían dolor. Varicocele exclusivamente en teste izquierdo, sin afectación bilateral.

32 pacientes (52%) se operaron con técnica abierta, 17 (27%) por laparoscopia, 13 (21%) con microcirugía. Tiempo quirúrgico promedio global 44 minutos, rango 10 a 180 minutos; promedio en técnica abierta 36 minutos, laparoscopia 51 minutos, microcirugía 54 minutos. Todos fueron dados de alta el mismo día.

Complicaciones: 1 intraoperatoria (perforación de pared posterior de colon en técnica abierta); postoperatorias: 4 pacientes (7%) presentaron recidiva (2 por técnica abierta, 2 por laparoscopia), 7 (11%) presentaron hidrocele (6 laparoscópicos, 1 microquirúrgico), 2 (3%) presentaron hematoma (1 laparoscópico, 1 microquirúrgico).

### **Conclusiones:**

La incorporación de tecnología nos ha permitido realizar procedimientos mínimamente invasivos y progresar en la disminución de complicaciones. En particular, con la técnica de microcirugía, preservando arteria testicular y vasos linfáticos, lo que es compatible con la literatura internacional.

## UP-O09) EVOLUCIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS URODINÁMICOS DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA.

Sorrentino, G.(1); Olea, A.(2); Pérez, N.(2); Recabal, X.(3); Letelier, N.(3); Reed, F.(3); Yankovic, F.(3); Finsterbusch, C.(3);

(1): Research Fellow Urología Infantil , Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

(2): Enfermera Unidad de Procedimientos Urodinámicos, Hospital Dr. Exequiel González

Cortés, Santiago, Chile (3): Urólogo, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

### **Introducción**

Los procedimientos urodinámicos en pediatría ofrecen beneficios significativos para la evaluación de trastornos del tracto urinario en niños. Estos métodos permiten una mejor comprensión del funcionamiento vesical y uretral, facilitando así el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Este trabajo busca mostrar la evolución en el número y el tipo de procedimientos realizados en una unidad de urodinamia pediátrica desde su implementación.

### **Metodología**

Trabajo descriptivo realizado en un hospital terciario pediátrico entre Enero 2019 y Agosto 2024. Se registraron anualmente todos los procedimientos urodinámicos realizados: uroflujometría, urodinamia y videourodinamia. Los datos se analizaron con métodos estadísticos descriptivos. Finalmente se incluyó una proyección aritmética de los resultados esperables para el año 2024.

### **Resultados:**

Desde su implementación en 2020 el número total de procedimientos realizados ha experimentado un crecimiento sostenido hasta la fecha (28 en 2020 a 101 en 2023). Las uroflujometrias son el procedimiento realizado con mayor frecuencia. En el año de su implementación solo se realizaron 6 exámenes, en el año 2023 aumentaron a 57 y se espera llegar a 61 procedimientos durante el 2024, representando el 64% de los procedimientos de la unidad. Los estudios videourodinámicos se implementaron durante el año 2021, aumentando su frecuencia relativa. Inicialmente representaban el 42% de los estudios invasivos y actualmente son el 58% de estos exámenes.

### **Conclusión**

Se observó un incremento progresivo de de los estudios urodinámicos. Las bajas cifras iniciales posiblemente fueron impactadas por problemas sociales en Chile y los primeros años de la pandemia por SARS-COV2. A medida que estos recursos se encuentran disponibles se va solicitando de forma casi exponencial, predominando los procedimientos más sencillos como uroflujometrias y aumentando importantemente los procedimientos videourodinámicos sobre urodinamias tradicionales.



## UP-V1530-4) UROLOGÍA PEDIÁTRICA (VIERNES 15:30-16:15, SALÓN 2)

### UP-O10) CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES OPERADOS POR TESTICULO NO DESCENDIDO

Kurtzig, A.(1); Sorrentino, G.(2); López, J.(3); Rojas, S.(3); Callejas, A.(3); Reed, F.(4); Recabal, X.(4); Finsterbusch, C.(4); Letelier, N.(4); Yankovic, F.(4);

(1): Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Research Fellow Urología Pediátrica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (3): Estudiante de pregrado Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (4): Urólogo Pediátrico, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

#### Introducción

El testículo no descendido (TND), es una condición frecuente, caracterizada por la ausencia permanente de uno o ambos testículos en la bolsa escrotal. Este estudio tuvo como objetivo realizar una caracterización demográfica, clínica y quirúrgica de los pacientes pediátricos con TND sometidos a cirugía de descenso testicular en un hospital terciario en Chile.

#### Material

y

#### métodos

Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las fichas clínicas de todos los pacientes diagnosticados con TND operados entre los años 2019 y 2023. Se extrajeron datos epidemiológicos, presentación clínica, abordaje quirúrgico, hallazgos intraoperatorios y evolución postoperatoria. Se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para la selección acorde, garantizando el anonimato de los pacientes. Los datos fueron procesados utilizando métodos estadísticos descriptivos.

#### Resultados

Se revisaron 884 registros seleccionando 789. De los operados, 370 corresponden a TND bilateral y 419 unilateral (49,6% derecho; 50,3% izquierdo). La localización inguinal fue la más frecuente (73%), seguida por escrotal alto (18%), abdominal (8%) y "peeping" (1%). La edad promedio al momento de la cirugía fue de 8,5 años (0.5 a 20.5 años). El abordaje quirúrgico más común fue inguinal (60%), seguido por escrotal (31%) y laparoscópico (9%). Se realizaron 21 orquiectomías por atrofia, 4 de estas realizadas en pacientes menores de 1.5 años, los cuales compartían el antecedente de prematuridad. El resto de orquiectomías (n=17), se distribuyen entre 3 y 15 años ( $\bar{x}=9,1$ ,  $\sigma=2,8$  años). La tasa de reintervenciones fue 1% y las complicaciones ocurrieron en 0.5% de los casos, sin diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes abordajes ( $\chi^2=0.163$ , p value=0.687 y  $\chi^2=0.978$ , p value=0.322, respectivamente).

#### Conclusión

Este estudio ofrece una visión comprensiva de las características clínicas y epidemiológicas

de los pacientes con TND en el contexto chileno.

## UP-O11) HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES EN PEDIATRÍA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTINACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO Y MANEJO.

Lavado, I.(1); Ralph, C.(2); Kurtzig, A.(3); Yankovic, F.(4); López, P.(5);

(1): Residente de Cirugía Pediátrica. Facultad de Medicina Universidad de Chile., Santiago, Chile (2): Residente de Ginecología Pediátrica y de la Adolescencia, CEMERA. Facultad de Medicina Universidad de Chile., Santiago, Chile (3): Escuela de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile., Santiago, Chile (4): Urólogo pediatra. Hospital Exequiel González Cortés. Clínica Santa María. Facultad de Medicina Universidad de Chile., Santiago, Chile (5): Urólogo pediatra. Rainbow Babies & Children's Hospital., Cleveland, OH, Estados Unidos

**Introducción:** La hipertrofia de labios menores (HLM) es una variación anatómica normal de la vulva que puede afectar la calidad de vida de algunas personas. La literatura sobre su manejo es limitada, destacando la necesidad de directrices unificadas. Este estudio busca comparar cómo distintas especialidades quirúrgicas infantiles realizan el diagnóstico y manejo.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo una encuesta en línea anónima y voluntaria dirigida a urólogos pediatras (UP), cirujanos pediatras (CP) y ginecólogos pediatras (GP) de 15 países. Se aseguró la confidencialidad de los datos. Los resultados se agruparon por especialidad y se analizaron con métodos estadísticos descriptivos.

**Resultados:** Se obtuvieron 142 respuestas: 61% UP (n=86), 13% CP (n=19) y 26% GP (n=37). La principal razón de consulta fue 'preocupación materna' en 47% (n=49) de los UP y CP, y 86% (n=32) de los GP, seguida por 'preocupación del paciente' con 36% (n=31), 32% (n=6) y 70% (n=26) respectivamente. Los GP midieron más los labios menores (65% (n=24)) comparado con UP (41%) y CP (37%), aunque con variabilidad metodológica. Los criterios quirúrgicos se basaron principalmente en síntomas y limitación de actividades diarias, con más del 60% (n=187) para cada grupo. Un 8% (n=12) consideró que no había indicación quirúrgica para HLM. Los CP reportaron más complicaciones (64%, n=11), mientras que el 75% (n=52) del total reportó menos del 1% de complicaciones postoperatorias, siendo las más comunes dehiscencia (27% (n=18)) y hematoma (21% (n=14)). Ninguna paciente se mostró arrepentida tras la cirugía.

**Conclusiones:** Los motivos de consulta fueron similares entre los grupos, con síntomas o limitación de actividades diarias como principales indicaciones quirúrgicas. No hubo consenso sobre el estadio puberal como criterio quirúrgico. El porcentaje de complicaciones reportadas fue bajo. Se evidencia la necesidad de desarrollar protocolos estandarizados que aseguren un manejo uniforme y eficaz de la HLM.

## UP-O12) RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE GLANDULOPLASTIA EN M V INVERTIDA PARA LA CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS DISTALES

Hidalgo, D.(1); Delgado, N.(1); Zambrano, C.(1); Flores, S.(1); Zurita, Y.(1); Poblete, A.(1); Fuentes, A.(1);

(1): Hospital Clínico Herminda Martin, Chillan, Chile

**Introducción:** Siendo el hipospadias distal es una de las anomalías genitales más comunes, se han descrito numerosas técnicas de reconstrucción a través del tiempo, sin embargo, no existe una técnica estándar para corregir todas las formas de hipospadias distales. **Objetivo:** describir los resultados obtenidos mediante la aplicación la técnica de M V invertida (MIV) para la corrección de hipospadias distales descrita por el Dr. Ross Decter en 1991, en pacientes pediátricos atendidos en el servicio de Cirugía Infantil del Hospital Clínico Herminda Martin. **Materiaal y Métodos:** Se realizo un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, de una población de 64 niños operados con diagnóstico de hipospadias distal, 36 pacientes fueron intervenidos con la técnica MIV entre octubre 2016 y noviembre de 2023. **Resultados:** La cirugía se realizó en pacientes con edad media de 5,6 años, (DS 3,2) la ubicación del meato fue coronal 14, subcoronal 17, fosa navicular frustra 5. Del total, 14 pacientes no presentaron curvatura y 22 leve curvatura. 9 tenían el prepucio intacto y 27 presentaban defecto ventral del prepucio. La media de permanencia del tutor uretral y de hospitalización fue de 2,1 día (DS 3,1) con un seguimiento postoperatorio promedio 23,6 meses (DS 21,1) El resultado estético fue bueno para 32 (88,9 %) pacientes, regular para 3 (8,3%): 2 por presencia de piel redundante ventral, 1 con quiste de inclusión dérmica y malo para 1 (2,8%) paciente con dehiscencia total del glande y retracción de la uretra. Los resultados funcionales fueron buenos en 34 (94,44 %) pacientes **Conclusión:** La técnica de MIV es una alternativa quirúrgica para la corrección de las Hipospadias distales, con buenos resultados cosméticos y funcionales en paciente bien seleccionados.

Palabras claves: Hipospadia distal, uretra, uretroplastia

## UP-O13) EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE CHATGPT-4 A CONSULTAS UROLÓGICAS PEDIÁTRICAS: UN ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS RESPUESTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES, PADRES Y MÉDICOS

Lopez, P.(1); Ziadeh, H.(1); Ali Sancaktutar, A.(1); Bonilla, F.(2); Moldes, J.(1);

(1): Rainbow Babies & Children Hospital, Cleveland, Estados Unidos (2): Health Transformers 360, Ciudad de Guatemala, Guatemala

**Antecedentes:** La telemedicina está ganando relevancia, y la integración de agentes conversacionales automatizados basados en grandes modelos de lenguaje (LLM) es fundamental. Este estudio evaluó la calidad de las respuestas generadas por ChatGPT a consultas frecuentes en atención médica pediátrica sobre condiciones urológicas comunes.

**Metodología:** Se definieron preguntas para cinco condiciones urológicas pediátricas comunes (circuncisión, hematuria, hipospadias, enuresis nocturna y nefrolitiasis), abarcando definición, etiología, diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Las preguntas se formularon desde tres perspectivas: médico, padre/madre y paciente pediátrico de 10 años, totalizando 75 preguntas. Fueron validadas por un grupo de cinco miembros del equipo de urología pediátrica y dos urólogos pediátricos. Cada pregunta validada se ingresó en ChatGPT-4 de forma independiente. Las respuestas fueron calificadas por tres urólogos pediátricos con una escala de 1 (muy adecuada) a 4 (respuesta mala) basada en precisión, integralidad y claridad. La calificación mediana se registró como la calificación final del LLM para cada pregunta.

**Resultados:** El LLM obtuvo un promedio de 1.333. Fue mejor en las preguntas para padres (1.186) en comparación con los médicos (1.4), con su peor desempeño en preguntas desde la perspectiva del paciente (1.413). El desempeño varió por condición, siendo mejor para hematuria (1.222) y enuresis nocturna (1.266). El mejor desempeño fue en pronóstico (1.133) y el más débil en tratamiento (1.533).

**Conclusiones:** El estudio destaca el potencial y las limitaciones de ChatGPT-4 para proporcionar información sobre condiciones urológicas pediátricas comunes. El puntaje promedio sugiere que, aunque las respuestas eran moderadamente precisas, a menudo carecían de suficiente información, requiriendo aportes de un experto. Aprovechar las fortalezas de los LLM requerirá mitigar sus limitaciones a través de supervisión humana y la experiencia previa de los usuarios de atención médica.

## UP-O14) “MANEJO DE LA FIMOSIS CON TRIAMCINOLONA TÓPICA. 18 AÑOS DE EXPERIENCIA”

Varela, M.(1); Santos, M.(1); Morales, M.(1); Galindo, M.(1); Farfán, O.(1); Varela, A.(2); La Cruz, J.(1);

(1): Hospital San Camilo - Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso., San Felipe, Chile

(2): Cesfam Cordillera Andina - Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso., Los Andes, Chile

**Introducción:** La fimosis y la circuncisión son de las patologías y cirugías más frecuentes en pediatría. La circuncisión no está exenta de complicaciones y además tiene un costo asociado importante. El uso de corticoides tópicos ha emergido como una alternativa no invasiva efectiva y segura. El objetivo del trabajo es mostrar la experiencia en el manejo de la fimosis con Triamcinolona tópica, dando a conocer su eficacia y seguridad, y proponerla como una alternativa en el tratamiento de la fimosis.

**Material y método:** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con fimosis tratados con triamcinolona tópica entre el año 2006 y el primer semestre del 2024 en el Hospital San Camilo de San Felipe y Valle Aconcagua. Se incluyen a 289 pacientes en el estudio, que cumplieron los criterios de inclusión. Se consignaron la edad, grado de fimosis, porcentaje de éxito, complicaciones, seguimiento y se separaron los resultados por grupo etario.

**Resultados:** La fimosis mejoró en el 68,5% de los pacientes tratados con Triamcinolona. De ellos, se logró una mejoría completa en el 78,2% y parcial en el 21,8%, de los cuales, la mayor parte mejoró en forma sustancial. Se utilizó 1,58 ciclos promedio de Triamcinolona (rango 1 a 4). Hubo 5 pacientes (1,7%) que presentaron complicaciones, que fueron mínimas. El seguimiento promedio fue de 17,7 meses (rango 1 a 156).

**Conclusiones:** La circuncisión, cirugía ampliamente utilizada para el tratamiento de la fimosis en el niño, no está exenta de complicaciones y lleva un costo asociado importante. El corticoide tópico ha demostrado ser efectivo, seguro y con buenas tasas éxito. En nuestra casuística hubo mejoría en el 68,5% de los pacientes y con mínimas complicaciones. Proponemos el tratamiento no invasivo con corticoide tópico como una primera línea de tratamiento y reservar la cirugía para aquellos casos refractarios.

## UP-O15) DOCKING EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA. QUÉ HEMOS APRENDIDO.

Figueroa Díaz, M.(1); Celis Lagos, S.(1); Sepúlveda, X.(1); Reyes, D.(1);  
(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción.

La cirugía laparoscópica asistida por robot ha ido ganando terreno en urología pediátrica, demostrando ser segura en niños cada vez más pequeños.

El posicionamiento e instalación de trócares debe permitir la máxima movilidad del robot evitando injurias del paciente.

Objetivo: Delinear las consideraciones específicas para realizar de forma segura cirugía robótica en población pediátrica, incluyendo posicionamiento, instalación de trocares y docking.

Material y método:

Análisis retrospectivo de la técnica quirúrgica utilizada para el docking en pacientes pediátricos sometidos a cirugías urológicas robóticas con sistema Da Vinci X.

Resultados:

Se trata de 20 pacientes operados, de los cuales 10 son pieloplastías. Peso promedio de 28 kg (6.8 a 90 kg) y edad promedio de 7,2 años (5 meses a 15 años).

En el posicionamiento es relevante proteger zonas de apoyo y prevenir lesiones por aplastamiento.

Para el abordaje del tracto urinario superior se utilizó la posición de lumbotomía. Hemos optado por posicionar los trocares en línea media en la mayoría de nuestros pacientes, con el brazo 2 en el ombligo, con incisión arciforme supraumbilical en menores de 2 años para aumentar la distancia con el trocar suprapúbico e incisión transumbilical en niños sin este conflicto de espacio. Colocación del primer trocar con técnica abierta. Con mínimo 5 cm de separación entre trócares. Utilizamos 3 brazos.

Para el tracto urinario inferior hemos utilizado posición de litotomía y trendelenburg.

En niños pequeños fijamos los trócares a la pared, para evitar su desplazamiento.

Tiempo promedio de trocares de 17 min. Tiempo promedio de docking 8.25 min.

Conclusiones:

Estimamos que hemos logrado estandarizar la técnica de docking en pieloplastías. Es un desafío el docking en lactantes, en quienes hemos tenido muy buenos resultados.

La aplicación de la cirugía robótica en urología pediátrica tiene consideraciones especiales a tener en cuenta.

## **UP-O16) CISTITIS HEMORRÁGICA SEVERA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS, MANEJO CON EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIAS VESICALES.**

Moncada Vidal, K.(1); Neira Terraza, C.(1); Sierralta Born, C.(1); Troncoso Solar, B.(1); Bravo Rivas, E.(1); Moya Ochoa, C.(1); Pinilla Saavedra, C.(1); Correa Tobar, R.(1); Rodríguez Herrera, J.(1);

(1): Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile

**Introducción:** La cistitis hemorrágica (CH) es una complicación común (7-52%) en pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y su manejo es desafiante en casos severos. La embolización selectiva de arterias vesicales (ESAV) es una alternativa terapéutica. El objetivo es describir 2 casos de CH severa y refractaria al manejo quirúrgico que fueron tratados con ESAV en un centro terciario.

### **Descripción de los casos:**

Caso 1: Paciente masculino, 14 años, con leucemia linfoblástica aguda, segundo TPH. Cistitis hemorrágica por virus BK, sin respuesta a manejo médico. Ecografía con múltiples coágulos intravesicales e imagen sugerente de bola fúngica renal derecha. Requirió diversas intervenciones quirúrgicas por CH, incluyendo: cistoscopia y aseo vesical para extracción de coágulos e irrigación vesical por sonda Foley triple lumen y cistostomía suprapúbica, aseo vesical por ventana vesical y derivación urinaria con tutores ureterales. Por hematuria

persistente y refractaria, se realizó ESAV, con mejoría del sangrado. A los 7 días, fallece por infección fúngica invasora multisistémica.

Caso 2: Paciente femenino, 8 años, con leucemia promielocítica aguda, tercer TPH. Cistitis hemorrágica por virus BK, sin respuesta a manejo médico, con compromiso de función renal y ecografía con coágulo intravesical de 33 mm. Requiere múltiples intervenciones para el manejo de CH: cistoscopia y extracción de coágulos, irrigación por sonda Foley triple lumen y cistostomía suprapúbica. Persistió con hematuria y obstrucción de sondas por coágulos, por lo que se realizó ventana vesical y derivación urinaria con tutores ureterales. Posteriormente, ESAV de forma electiva. Retiro de tutores ureterales a las 2 semanas. Seguimiento a los 10 días, con hematuria leve y función renal normal.

**Conclusiones:** El manejo de la cistitis hemorrágica severa representa un reto para el urólogo pediátrico. La embolización selectiva de arterias vesicales ofrece buenos resultados y se podría considerar en el arsenal terapéutico de forma temprana en estos pacientes.

## UP-O17) EXPERIENCIA INICIAL DE USO DE INMUNOTERAPIA EN INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE EN NIÑAS: SERIE CLÍNICA

Yankovic, F.(1); Risetti, J.(2);

(1): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago, Chile (2): Departamento de Salud Pública, Universidad de Concepción, Concepción, Chile

**Introducción:** El manejo estándar de infección urinaria recurrente (ITUR) incluye profilaxis antibiótica. En mujeres adultas, inmunoterapia tiene amplia evidencia en prevención. A nivel global, no hay estudios en población pediátrica.

**Objetivo:** Describir la experiencia inicial en tres casos de uso de inmunoterapia para ITUR en niñas.

**Caso 1:** Preescolar de 4 años, no continente, consulta por ITUR febriles. Se determina reflujo vesico-ureteral (RVU) grado 4 a derecha, disinergia detrusor-esfinteriana con 35% de función renal relativa derecha. Recibió profilaxis con nitrofurantoína, doxazosina, kinesioterapia de piso pélvico y polietilenglicol. RVU manejado endoscópicamente con Vantris® a los 4 años 6 meses. A los 30 meses de seguimiento, luego de estar continente y libre de infecciones, se inicia Uromune® por tres meses, suspendiendo nitrofurantoína. Seguimiento a los nueve meses desde su inicio: urocultivo control resulta negativo, sin nuevas ITU.

**Caso 2:** Escolar de 8 años, continente. Primera ITU febril a los 6 años, con dos hospitalizaciones. Recibió profilaxis con cefadroxilo y kinesioterapia de piso pélvico. Ecografía sin alteración de vía urinaria, cintigrama renal con función conservada. Uretrocistografía determina RVU grado 2 a derecha. Estando con profilaxis, presenta dos ITU bajas, por lo que se inicia Uromune®, suspendiendo profilaxis. Seguimiento a once meses: urocultivo control resulta negativo, sin nuevas ITU.

**Caso 3:** Escolar de 8 años, continente. Primera ITU a los 5 años. Ecografía renovesical normal, cintigrama renal con función conservada. Recibió kinesioterapia de piso pélvico, polietilenglicol y antibióticoprofilaxis, presentando nuevas ITU en periodos de suspensión. Se inició inmunoterapia Urpo® tres meses post suspensión de profilaxis antibiótica. Seguimiento a los doce meses: urocultivo control resulta negativo, sin nuevas ITU.

**Conclusiones:** Se presenta primera experiencia de inmunoprofilaxis para ITUR niñas en Chile, todas asintomáticas al seguimiento, concordante con estudios en mujeres adultas. Inmunoprofilaxis tuvo mucha aceptación en pacientes y sus familias. Ninguna paciente reportó efectos adversos.

## **UP-J1730-2) UROLOGÍA PEDIÁTRICA (JUEVES 17:30-18:00, SALÓN 2)**

### **UP-V1) PRIAPISMO ISQUÉMICO PROLONGADO DE CAUSA FARMACOLÓGICA REFRACTARIO A TRATAMIENTO.**

Neira Terraza, C.(1); Moncada, K.(1); Escobar, S.(2); Sierralta, C.(1); Troncoso, B.(1); Pinilla, C.(1); Correa, R.(1); Rodríguez, J.(1);  
(1): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): Hospital del Salvador, Santiago, Chile

**Introducción:** El priapismo es una patología poco común en la edad pediátrica. El priapismo isquémico (de bajo flujo) es el más frecuente en niños y posterior a las 36 horas de evolución el daño tisular es irreversible. El 5% es secundario a fármacos, siendo los más frecuentes los antipsicóticos y el metilfenidato. El tratamiento quirúrgico debe ser escalonado. El objetivo es describir un caso de priapismo de larga duración en un paciente pediátrico, su manejo quirúrgico y seguimiento.

**Descripción del caso:** Paciente masculino, 13 años, antecedentes de trastorno espectro autista (TEA) y trastorno de déficit atencional con hiperactividad (TDAH), en tratamiento con metilfenidato y aripiprazol. Presentó erección dolorosa de 58 horas de evolución, con tumescencia de cuerpos cavernosos al examen físico. Ecografía Doppler confirmó priapismo



de bajo flujo. Como primera intervención se realizó lavado de cuerpos cavernosos y administración de fenilefrina a las 61 horas de evolución. Gases de sangre de cuerpos cavernosos compatibles con priapismo de bajo flujo. Se descartó causa hematológica. Por persistencia del dolor y tumescencia de cuerpos cavernosos, 12 horas después se llevó a cabo una cavernotomía proximal bilateral más drenaje de ambos cuerpos cavernosos. Evolucionó con mejoría del priapismo y se retiraron drenajes al 6° día postoperatorio. Sin recurrencias a los 30 días de seguimiento y con fármacos descritos suspendidos desde el diagnóstico.

**Conclusiones:** La derivación precoz a un especialista es fundamental en esta patología, así como advertir a los padres de los pacientes con TDAH y TEA de esta posible complicación farmacológica. En el priapismo prolongado en niños, se recomienda el manejo escalonado, preservando la indemnidad de los cuerpos cavernosos para una eventual instalación de prótesis peniana en el futuro. En este caso, el tratamiento realizado permitió resolver el priapismo y preservar los extremos distales de los cuerpos cavernosos.

## UP-V2) ADRENALECTOMÍA BILATERAL SINCRÓNICA LAPAROSCÓPICA POR FEOCROMOCITOMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Reed López-güereña, F.(1); Sorrentino, G.(1); Recabal, X.(1); Finsterbusch, C.(1); Letelier, N.(1); Yankovic, F.(1);  
(1): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago, Chile

### Introducción

El feocromocitoma bilateral en pediatría es muy poco frecuente, y habitualmente está relacionado a mutaciones genéticas y/o síndromes tales como la enfermedad de Von Hippel-Lindau (VHL). La cirugía es necesaria y se recomienda la adrenalectomía bilateral, siendo la vía laparoscópica la técnica de preferencia; pudiendo realizarse de forma sincrónica o diferida. El objetivo de este video es mostrar la factibilidad de la resección bilateral sincrónica en paciente pediátrico.

### Material y métodos

Paciente femenino de 9 años de edad con diagnóstico de enfermedad de VHL por antecedentes familiares; la cual se pesquisa en estudio por hipertensión arterial. Se realiza estudio encontrando metanefrinas en orina, así como tumores suprarrenales bilaterales de 8 y 10 cm en tomografía. Posterior a manejo de hipertensión y protocolo de preparación, se decide realizar Adrenalectomía laparoscópica simultánea bilateral.

### Resultados

Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo y se marcan sitios de inserción de instrumental. Se realiza adrenalectomía sin incidentes. Dejando 2/3 de los puertos, se

reposiciona a la paciente en 180° y colocando un nuevo trocar, se realiza cirugía contralateral. Cirugía con duración de 2 hrs, sin sangrado y con presión arterial controlada, y sin presentar insuficiencia suprarrenal aguda. Evolución sin incidentes y sin complicaciones, alta a los 3 días.

#### Conclusión

A pesar de ser una cirugía poco frecuente, la adrenalectomía bilateral laparoscópica simultánea es factible ante tumores menores a 10 cm. Sigue en discusión si debiera de ser parcial o total, teniendo cada postura pros y contras. La coordinación durante la cirugía de los equipos quirúrgicos y anestésicos es fundamental en estos pacientes.

### **UP-V3) MALFORMACIÓN VENOSA URETRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.**

Klinowski, M.(1); Zavala, G.(1); Yankovic, F.(1); Reed, F.(1);  
(1): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

#### Introducción:

Las malformaciones vasculares en genitales son patologías infrecuentes que pueden manifestarse con síntomas urinarios inespecíficos, como uretrorragia. Presentamos el caso de un paciente pediátrico con malformación venosa en el cuerpo esponjoso y uretra distal del pene.

#### Material y Método:

Varón de 8 años y 11 meses con uretrorragia intermitente de dos meses de evolución, no relacionada con la micción. Se realizó un estudio con sedimento urinario, el cual no presentó alteraciones, uroflujometría, que mostró una curva en meseta, y cistoscopia diagnóstica, en la que se evidenció una tumoración friable, violácea-rojiza en la uretra peneana distal. Un ultrasonido Doppler confirmó la presencia de una malformación venosa de bajo flujo en el cuerpo esponjoso distal.

#### Resultados:

Durante la cistoscopia terapéutica, se observó una tumoración violácea-rojiza con múltiples pólipos friables y tendencia al sangrado. Se intentó la resección de la lesión con receptoscopia bipolar y, posteriormente, con láser de holmio, logrando una resección parcial. El paciente evolucionó sin nuevos episodios de hematuria y permanece asintomático. La cistoscopia de control, realizada ocho meses después del procedimiento, mostró involución completa de la lesión, sin evidencia de estrechez uretral residual. La uroflujometría de control mostró una curva de aspecto normal.

Conclusión:

Las malformaciones vasculares en genitales son poco frecuentes y presentan una sintomatología inespecífica que no siempre orienta al diagnóstico. Aunque la mayoría son benignas y no representan un riesgo significativo para la salud del paciente, algunos casos pueden requerir tratamiento para aliviar los síntomas o prevenir complicaciones. Entre las opciones terapéuticas se encuentran propranolol, escleroterapia y láser. En este caso, la combinación de técnicas endoscópicas permitió un control efectivo de la lesión, con un resultado favorable en la evolución a corto plazo.

#### **UP-V4) LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN TUMOR TESTICULAR METASTÁSICO.**

Figueroa Díaz, M.(1); Celis Lagos, S.(1); Kerkebe, M.(1); Fulla, J.(1); Yankovic, F.(2);  
(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Hospital Exequiel González Cortés,  
Santiago, Chile

Introducción:

La cirugía robótica ha demostrado indudables beneficios en linfadenectomía lumboaórtica (LALA).

Se presenta caso clínico de paciente con tumor testicular con extensión linfática, operado mediante esta técnica.

Caso clínico:

Paciente de 15 años portador de tumor germinal mixto testicular izquierdo, etapa III, riesgo intermedio. Se realizó orquidectomía radical. Recibió 2 ciclos de quimioterapia. TAC abdomen y pelvis mostró adenopatías retroperitoneales, con caída de marcadores tumorales. Se decide nuevo ciclo de quimioterapia, pero en TAC de control hay mayor crecimiento de adenopatías, por lo que se decide realizar LALA robótica.

Técnica quirúrgica

Decúbito lateral en 60 grados. Cuatro trocares robóticos en hemiabdomen izquierdo, de ayudante umbilical. Decolamiento, identificación de 3 masas retroperitoneales. Disección de template desde hilio renal izquierdo, medial a uréter izquierdo hasta cruce de ilíacos, región paraórtica, intercavo aórtico, y del hilio renal derecho. Resección de muñón del cordón. Envío de tejido a estudio anatomopatológico. Tiempo quirúrgico 5 hrs.

Paciente fue dado de alta a las 24 hrs, reingresado al día siguiente por dolor abdominal. Presentaba neumoperitoneo, enfisema subcutáneo e infarto renal segmentario apical anterior izquierdo. Se realizó manejo médico. Biopsia informó 8/35 ganglios positivos para teratoma maduro. Actualmente 10 meses de seguimiento sin recidiva tumoral.

Conclusión.

Nos parece un caso que demuestra los beneficios de la asistencia robótica en cirugías complejas, que difícilmente pueden ser realizadas por vía laparoscópica.

## **UP-V5) PULL TROUGH ASISTIDO POR ROBOT EN MALFORMACIÓN ANORRECTAL**

Celis, S.(1); Pardo, L.(1); Sepúlveda, X.(1); Figueroa, S.(1); Reyes, D.(1);  
(1): Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

Introducción:

El uso de cirugía robótica en cirugía y urología pediátrica está en desarrollo, dando más precisión de movimientos y mejor visión de estructuras.

Descripción del caso:

Se presenta el caso de un paciente de 3 años, con diagnóstico al nacer de malformación anorrectal alta y colostomía el primer día de vida. Además cardiopatía y ruralidad. Se estudia evidenciando fistula a cuello vesical.

Se realiza cirugía de descenso de recto asistido por robot, con ligadura de fistula a nivel de cuello vesical y descenso de recto. Tiempo quirúrgico de 185 minutos, consola 158 min, uso de 3 brazos robóticos. Alta al 5º día y reconstitución de tránsito a los 5 meses.

Conclusión:

Se presenta el caso para compartir los beneficios de la cirugía robótica en este tipo de patologías, principalmente en el cierre de la fistula y en la disección del complejo muscular. En nuestro centro se transformó en la técnica de elección en este tipo de pacientes

## SP1-J1030) SESIÓN DE PÓSTERS 1 (JUEVES 10:30-11:00)

### CG-P01) ¿Y DÓNDE ESTÁ EL DIVERTÍCULO DE MECKEL? REPORTE DE UN CASO EN EL VALLE ACONCAGUA.

Varela, M.(1); Santos, M.(1); Morales, M.(1); Galindo, M.(1); Herrera, P.(2);

(1): Hospital San Camilo - Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, San Felipe, Chile

(2): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Alemana, Santiago, Chile

**Introducción:** El divertículo de Meckel (DM) se ubica habitualmente en el borde anti mesentérico del íleon y su relevancia radica en qué puede presentar complicaciones tales como la obstrucción intestinal, diverticulitis y hemorragia digestiva, ulceración o perforación. El objetivo de este trabajo es dar a conocer el caso de un paciente pediátrico que debuta con una hemorragia digestiva, con un Cintigrama abdominal compatible con un DM, en el cuál la exploración laparoscópica resulta en blanco debido a que el divertículo se encontraba oculto en el borde mesentérico del intestino.

**Caso Clínico:** Varón de 6 meses que debuta con anemia aguda por una hemorragia digestiva. El Cintigrama abdominal mostró evidencia de mucosa gástrica ectópica en región peri umbilical compatible con un DM. La exploración laparoscópica de todo el intestino delgado no evidenció el divertículo. Seguimiento cintigráfico revela el mismo hallazgo, por lo que se realiza nueva laparoscopia con exploración exhaustiva del intestino desde el ángulo de Treitz hasta la válvula ileocecal sin éxito, por lo que se decide ampliar el puerto umbilical y explorar digitalmente logrando encontrar el divertículo, que estaba el borde mesentérico.

**Conclusiones:** La localización clásica del DM es en el borde anti mesentérico. Es raro y existen pocos reportes de una ubicación en el lado mesentérico del intestino y generalmente han sido casos que se han presenta como abdomen agudo con perforación o masa inflamatoria. Hay muy pocos casos descritos que hayan sido operados en forma electiva con un diagnóstico cintigráfico previo, situación en la que puede ser difícil encontrar el divertículo cómo pasó en nuestro caso, debido a la inexistencia de un proceso inflamatorio. Esto nos lleva a plantear qué es bueno tener presente está atípica ubicación del divertículo y tener un alto índice de sospecha en aquellos casos en que la exploración quirúrgica resulte negativa.

### CG-P02) VESÍCULA SEPTADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: CUANDO LA PATOLOGÍA BILIAR SE SALE DE LA NORMA

Mora Fritis, C.(1); Torres Paredes, C.(1); Casals Aguirre, R.(2); Lira Gatica, J.(2); Ramos Mantilla, A.(2);

(1): Médica Cirujana, Residente de Cirugía Pediátrica, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río,

Facultad de Medicina, Universidad de Chile., Santiago, Chile (2): Cirujano pediátrico, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río., Santiago, Chile

**Introducción:** La vesícula biliar multiseptada (VBM) es una anomalía congénita infrecuente, caracterizada por la presencia de múltiples tabiques que dividen la vesícula en compartimentos, lo que causa estasia biliar y formación de cálculos. La mayoría de los pacientes presenta dolor abdominal tipo cólico en cuadrante superior derecho. La ecografía es la principal imagen diagnóstica. En casos sintomáticos, la colecistectomía es el tratamiento de elección. El objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de un paciente con diagnóstico de VBM y revisar la literatura dada la baja frecuencia de esta patología

**Caso clínico** Paciente masculino de 13 años consulta por dolor abdominal recurrente. La ecografía abdominal informó una vesícula biliar con múltiples septos finos, sin evidencias de litiasis. A pesar del tratamiento de una parasitosis por Giardia y manejo de esofagitis leve, el dolor abdominal persistió. Se realizó un cintigrama hepatobiliar con DISIDA que mostró una fracción de eyección vesicular disminuida. Exámenes de laboratorio normales. Debido a la persistencia e intensidad del dolor, se realizó una colecistectomía laparoscópica de urgencia. No hubo complicaciones postoperatorias. El informe anatomopatológico confirmó una vesícula biliar multiseptada sin hallazgo de colelitiasis.

**Discusión y conclusión:** La VBM es una anomalía poco frecuente que causa dolor abdominal debido a disfunción vesicular. Algunos casos permanecen asintomáticos, mientras otros desarrollan síntomas significativos que justifican la intervención quirúrgica. La gammagrafía hepatobiliar con DISIDA es un estudio funcional que permite determinar si los septos comprometen el vaciamiento vesicular, contribuyendo a los síntomas. Este caso subraya la importancia de considerar la VBM en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en pacientes pediátricos. Entre 1963 y 2021, solo se notificaron 56 casos en la literatura inglesa. En esta revisión no se encontraron reportes locales. Trabajos como este son esenciales para ampliar el conocimiento y mejorar el tratamiento de esta rara patología.

## CG-P03) QUISTE DUPLICACION INTESTINAL: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ENDOSCÓPICO.

Alvarez, D.(1); Díaz, A.(1); Olivares Parra, C.(2); Godoy, J.(1); Veyl, N.(1); Ferrero, M.(1); Gallardo, C.(1);

(1): Hospital de la Florida, Santiago, Chile (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Los quistes de duplicación duodenal son una malformación congénita poco frecuente que suele diagnosticarse dentro de los primeros años de vida. Su resección completa es el manejo ideal para reducir el riesgo de recurrencia, sin embargo, la ubicación del quiste muchas veces dificulta este objetivo. A continuación presentaremos cómo el uso de la endoscopia durante el procedimiento quirúrgico ayudó a la resolución de este caso.

Presentaremos a un paciente de 11 meses, con diagnóstico antenatal de masa abdominal, asintomático, cuyo estudio de imágenes orienta a probable duplicación intestinal. Con abordaje laparoscópico y endoscópico se confirma el diagnóstico de duplicación intestinal de segunda porción duodenal. Mediante la combinación de ambos abordajes, fue posible la resección completa de esta malformación, sin complicaciones asociadas y con una excelente evolución post operatoria. La biopsia diferida confirmó el diagnóstico de quiste de duplicación duodenal.

Los avances en medicina han permitido entregar a nuestros pacientes mejores alternativas terapéuticas, cada vez menos invasivas y más seguras, tal como se pudo exponer en este caso, en donde un abordaje laparoscópico apoyado con la visión directa intraluminal a través de la ecografía, permitió la escisión completa de la lesión manteniendo la indemnidad de la pared.

#### **CG-P04) COLECISTOSTOMÍA VIDEOASISTIDA CON PUENTE DE YEYUNO COMO ALTERNATIVA DE MANEJO DE PRURITO INTRATABLE EN PACIENTE CON COLELITIASIS FAMILIAR INTRAHEPÁTICA**

Veyl, N.(1); Ferrero, M.(1); Gallardo, C.(1); Diaz, A.(1); Godoy, J.(1);  
(1): Hospital Dra. Eloisa Diaz de La Florida, Santiago, Chile

Introducción: La colestasis intrahepática familiar progresiva es un grupo heterogéneo de trastornos autosómicos recesivos que alteran la formación de la bilis y se presentan con colestasis de origen hepatocelular. Las tipo 1 y 2 producen alteración en la secreción de sales biliares y suelen manifestarse en los primeros meses de vida y sus principales síntomas son ictericia y prurito. La derivación biliar debe considerarse en pacientes donde no se logra alivio pese a tratamiento médico óptimo. Presentamos este caso por ser una cirugía inusual y de interés clínico.

Objetivos: Describir la técnica quirúrgica innovadora y resultados

Caso Clínico: Paciente femenina de 2 años, con antecedentes de retraso del desarrollo psicomotor y asma. Cursa con síndrome de Gilbert con un 30% de actividad enzimática preservada. Se realiza biopsia hepática laparoscópica que diagnostica colestasia progresiva familiar intrahepática (PFIC2). Desde los 3 meses con prurito que progresa en intensidad y

frecuencia, hasta hacerse permanente e interrumpir sueño y actividades básicas. Se manejó con clorfenamina, hidroxocina e incluso rifampicina sin respuesta. Además cursa con episodios agudos de ictericia y acolia intermitente. Exámenes previos a cirugía destaca: ácidos biliares 111 (VN 1-6), Bilirrubina T/D 1.3/0,76, GOT 127, GPT 128, GGT 13, FA 393. Se realiza cirugía videoasistida, con exteriorización intestinal para sección de puente de yeyuno y anastomosis primaria. La anastomosis colecisto-yeyunal se realiza vía laparoscópica. La ostomía se exteriorizó en flanco derecho. Paciente fue dada de alta a los 7 días post cirugía. Exámenes post cirugía destacan: ácidos biliares 4.5, Bilirrubina T/D 0.47/0.22, GOT 40, GPT 46, GGT 11, FA 244. Se logró remisión completa del prurito, paciente realiza actividades normales y duerme bien.

Discusión y conclusión: Independiente de la etiología, se debe considerar derivación biliar quirúrgica en pacientes con prurito refractario de origen biliar. La cirugía laparoasistida es segura y presenta buenos resultados.

## CG-P05) GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA CON APOYO DE LAPAROSCOPIA, EN PACIENTE DE DIFÍCIL ACCESO

Payahuala Diaz, N.(1); Menchaca Steinfort, P.(1); Silva León, V.(2); Santana Paredes, G.(3); Arredondo Soto, C.(1); Vargas Teuber, J.(1); Espinoza Guzmán, B.(1); Countinho Aguilera, F.(1); Valdivieso Ruiz-tagle, J.(1);

(1): Hospital Base San José de Osorno, Osorno, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (3): Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile

**Introducción:** La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) es una técnica eficaz para el apoyo nutricional prolongado. Sin embargo, posee complicaciones siendo la más temida la perforación colónica. Este riesgo es mayor en pacientes con interposición colónica, anormalidad de pared abdominal, cirugías abdominales previas y escoliosis severa. Para disminuir el riesgo de perforación colónica o posición subóptima del ostoma se puede asociar apoyo laparoscópico en pacientes seleccionados.

**Materiales y Métodos:** Identificar los casos de pacientes pediátricos sometidos a gastrostomía endoscópica percutánea que requirieron apoyo laparoscópico para realizar el procedimiento en el Hospital Base de Osorno. Describir características de la técnica empleada y las eventuales complicaciones.

**Resultados:** Se analizaron 26 casos de pacientes con gastrostomía operados desde enero de 2021 hasta marzo de 2024 en el Hospital Base San José de Osorno. Se realizaron 26 gastrostomías, siendo la indicación más frecuente el trastorno de deglución. La relación entre hombre y mujer fue de 1:1, el rango etario entre 0 y 14 años, de los cuales 14 fueron lactante menor, 2 lactante mayor, 1 preescolar y 5 adolescentes. Las técnicas utilizadas fueron: 20 GEP, 2 GEP con apoyo laparoscópico y 4 Stamm.



Ambos procedimientos con apoyo laparoscópico se debieron a escoliosis severa y transluminación deficiente por interposición de la parrilla costal. Se utilizó la laparoscopia para tracción hacia caudal del estómago, obteniendo así una transluminación efectiva, con realización posterior de gastrostomía endoscópica percutánea con técnica *Pull*. No se presentaron complicaciones en ninguno de los pacientes intervenidos con esta técnica.

**Conclusión:** El correcto estudio preoperatorio y análisis multidisciplinario permite seleccionar la técnica más adecuada para cada paciente. De este modo, con un equipo entrenado en técnica endoscópica, se puede utilizar el apoyo laparoscópico para los casos en que exista alteración de la transluminación gástrica, permitiendo desarrollar el procedimiento de manera más segura y eficaz.

## **CG-P07) PERFORACIÓN GÁSTRICA COMO HALLAZGO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA**

Beltrán, P.(1); Ayala, T.(1); González, O.(1); Correia, G.(1); Poblete, M.(1);  
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

### INTRODUCCIÓN

La perforación gástrica es un cuadro clínico poco frecuente en población pediátrica, generalmente secundario a ulcera gástrica, traumatismo o ingesta de cuerpo extraño. Se debe sospechar como diagnóstico diferencial en pacientes que se presentan con dolor abdominal agudo quirúrgico, y factores de riesgo de ulcera gástrica, como uso de AINES o infección por *Helicobacter pylori*. Requiere de intervención quirúrgica inmediata debido a su elevada morbimortalidad.

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 13 años, con antecedente de estenosis hipertrófica del píloro, operada. Consultó al servicio de urgencias por cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal difuso, intenso, asociado a náuseas. Sin otros síntomas. Al examen físico destacaba un abdomen doloroso a la palpación generalizada con resistencia muscular difusa, signo de Blumberg y Psoas positivo. Laboratorio con leucocitosis y desviación izquierda.

La sospecha diagnóstica inicial fue apendicitis aguda, por lo que ingresó a cirugía laparoscópica. Al entrar a la cavidad abdominal se observó el apéndice cecal sano y líquido purulento libre, espumoso, con burbujas, lo cual llamó la atención. Se buscó su origen evidenciando una perforación gástrica pilórica puntiforme, con salida de bilis, y fibrina en tejidos adyacentes. Se reparó con rafia en un plano y parche de epiplón, y se dejó drenaje fenestrado en la zona.

Evolucionó favorablemente. Al cuarto día se retiró drenaje. En condiciones de alta a domicilio al quinto día postoperatorio.

## CONCLUSIÓN

Se presenta un caso en el cual los hallazgos intraoperatorios no son concordantes con la sospecha clínica inicial, para recalcar la importancia de buscar dirigidamente otra causa del dolor abdominal agudo cuando estamos en presencia de una apendicectomía en blanco. Un alto índice de sospecha es clave para el manejo adecuado de esta entidad poco frecuente pero grave.

## CG-P06) MASA HIPOGÁSTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Beltrán, P.(1); Ayala, T.(1); Acuña, R.(1); Núñez, F.(1); Poblete, M.(1); Correia, G.(1);  
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN

La masa abdominal palpable es un signo presente en múltiples patologías como fecalomas, plastrones y tumores, entre otros. Existen datos que pueden orientarnos al diagnóstico, como la edad de presentación, tiempo de evolución y prevalencia de la patología.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 11 años, sin antecedentes médicos. Consultó en el servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal hipogástrico de 24 horas de evolución, intenso, cólico, asociado a vómitos y náuseas. Al examen físico, abdomen blando, sensible, con gran masa palpable en hipogástrico, bien definida, poco móvil, de superficie lisa. Al interrogatorio dirigido, no recuerda el momento de aparición de la masa, refiere haberla notado por primera vez ese mismo día. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis informa masa anexial sólido quística, con calcificaciones heterogéneas de aproximadamente 9 x 16 centímetros en los ejes principales. Marcadores tumorales negativos.

Se realizó laparoscopia exploradora, con hallazgo de tumor ovárico de 15 x 17 centímetros, de carácter sólido quístico, que se aspiró. Dado gran tamaño, se realizó incisión de Pfannenstiel, exteriorizando tumor, y extrayéndolo en su totalidad. Biopsia informó teratoma quístico maduro. Estudio citológico negativo para células neoplásicas. Evoluciona favorablemente en hospitalización, alta a domicilio al quinto día.

## CONCLUSIÓN

Los tumores ováricos son raros en la edad pediátrica y representan 1 a 5 % de los tumores infantiles. El teratoma maduro es el más frecuente de ellos, con mayor predominio en adolescentes. Corresponde a un tumor de células germinales que contiene distintos tipos de tejidos. Generalmente es benigno y cursa de forma asintomática, puede ser causa de abdomen agudo quirúrgico si se complica con torsión. Suelen ser de crecimiento lento y

asintomáticos, llegando en algunos casos a crecer considerablemente previo a su diagnóstico.

## **CG-P08) PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR UNA COMPLICACION INFRECIENTE TRAS INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO**

Quiñonez Silvero, E.(1); Hernández Del Arco, S.(1); Sarria García, E.(1); Vera Puente, F.(1); García Soldevila, N.(1);

(1): Hospital Regional de Málaga, Málaga, España

### Introducción

La ingesta de cuerpos extraños es común en pediatría. Usualmente no tiene repercusiones graves y los cuerpos se expulsan espontáneamente. Sin embargo, pueden causar complicaciones como obstrucción intestinal, perforación y lesiones viscerales. Este caso describe un pseudoaneurisma de la arteria mesentérica superior (AMS) por ingesta de cuerpo extraño.

### Resumen del Caso

Niño de 4 años con un mes de dolor cólico epigástrico creciente y fiebre recurrente fue valorado varias veces sin resultados concluyentes en urgencias. Una ecografía abdominal mostró una imagen característica de pseudoaneurisma ("Yin-yang"), confirmada por TAC que reveló dos cuerpos extraños lineales con perforación intestinal y pseudoaneurisma de la AMS. Se decide intervención quirúrgica urgente, realizada junto con cirugía cardiovascular, encontrándose dos cuerpos extraños punzantes y un plastrón inflamatorio en la raíz del mesenterio. Se abrió la masa pseudoaneurismática, se extrajo el trombo y se reparó la AMS con un parche de vena safena interna. El paciente se recuperó bien y fue dado de alta al séptimo día postoperatorio con antiagregación oral. Un mes después, la AMS seguía permeable sin complicaciones y el paciente tenía una buena evolución clínica.

### Conclusiones

Los pseudoaneurismas presentan síntomas inespecíficos, como dolor abdominal, lo que puede retrasar el diagnóstico, y su presentación en niños es anecdótica. La ingesta de cuerpos extraños como causa es aún más rara. La falta de experiencia, los nulos reportes en la bibliografía y la baja incidencia complican su manejo. Presentamos este caso para

contribuir a la evidencia clínica y tener en consideracion como diagnóstico diferencial de dolor abdominal intenso sin causa aparente.

## **CG-P09) PILEFLEBITIS, NECROSIS Y ABSCESOS HEPÁTICOS SECUNDARIO A SEPSIS ABDOMINAL POR APENDICITIS AGUDA PERFORADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

Magaña, M.(1);

(1): Hospital Dr Gustavo Fricke, CONCÓN, Chile

### **Introducción:**

La pyleflebitis se define como la trombosis séptica de la vena porta y sus ramas, habitualmente debido a una sepsis abdominal localizada en su área de drenaje. Esto puede llevar a la necrosis hepática y la formación de abscesos, existen muy pocos casos reportados en la literatura moderna con estas tres complicaciones de forma simultánea secundarias a apendicitis complicada.

### **Presentación del caso:**

Paciente femenina de 14 años ingresó al Hospital San Camilo de San Felipe con cuadro de una semana de dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos e ictericia. Los exámenes iniciales mostraron leucocitosis, trombocitopenia, elevación de enzimas hepáticas y bilirrubina. Una tomografía computarizada abdominal reveló apendicitis aguda. Se realizó apendicetomía por laparotomía media infraumbilical, identificando apéndice perforado complicado con peritonitis. Posteriormente presentó deterioro clínico, requiriendo derivación a Hospital Dr. Gustavo Fricke para ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos con falla multiorgánica que requirió Terapia de reemplazo renal y ventilación mecánica invasiva. Una Angiotomografía mostró trombosis de la vena mesentérica superior y de la vena porta con neumatosis hepática extensa. Se realiza Laparoscopia exploratoria identificando extensa necrosis hepática con salida de gas y pus, se realiza aseo y se dejan drenajes. Se realiza nueva Laparoscopia exploratoria, por múltiples adherencias se convierte, drenando abscesos hepáticos y quedando laparostomizada. Requiere múltiples aseos, finalmente se realiza Lobectomía hepática derecha. Durante hospitalización la paciente experimentó complicaciones adicionales como neumotórax, derrame pleural bilateral y hemorragia pulmonar, que se resuelve con procedimientos adicionales. Después de larga estadía se recupera, egresa y actualmente se encuentra en rehabilitación motora.

**Conclusión:** Este caso destaca por la presentación de complicaciones severas secundarias a apendicitis complicada. La intervención multidisciplinaria y el manejo intensivo fueron cruciales para la supervivencia de la paciente. Este caso subraya la necesidad de vigilancia continua y manejo agresivo de las complicaciones sépticas abdominales en niños.

## **CG-P10) PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FÍSTULAS ILEO-ILEALES POSTERIOR A INGESTA DE IMANES, REPORTE DE UN CASO**

Ball, J.(1); Ayala, T.(1); Núñez, F.(1); Zechini, V.(1); Poblete, M.(1); Correia, G.(1);  
(1): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción:

La ingesta de cuerpos extraños (CE) es una consulta frecuente en el servicio de urgencias pediátricas. Los CE ingeridos con mayor frecuencia son objetos domésticos pequeños. Menos del 1% de los casos requiere intervención quirúrgica. La ingestión de múltiples imanes puede provocar complicaciones severas como necrosis o perforación intestinal.

Presentación del Caso:

Paciente masculino de 10 años con Trastorno del Espectro Autista acudió al servicio de urgencias por un trauma abdominal cerrado. La radiografía reveló como hallazgo múltiples objetos redondeados, radiopacos, dispuestos en forma de cadena en el cuadrante inferior derecho del abdomen, sugiriendo la presencia de pequeños imanes cuya ingesta era desconocida y el paciente estaba asintomático. La tomografía computarizada del abdomen confirmó la presencia de estos objetos en el intestino delgado pero no describió complicaciones. Dado que el paciente estaba asintomático se mantuvo conducta expectante y manejo con proquinéticos pero luego de 10 días sin lograr avance de los imanes se decidió exploración.

Se realizó una laparoscopia exploratoria, identificando los imanes a 100 cm de la válvula ileocecal, formando cuatro fístulas ileo-ileales entre tres asas intestinales. Se exteriorizó este segmento a través de una extensión del puerto umbilical logrando seccionar las fístulas y extraer 36 imanes del intestino delgado. Los defectos en la pared intestinal fueron reparados con suturas absorbibles. La recuperación postoperatoria fue favorable, presentando únicamente un absceso de herida operatoria que se manejó con antibióticos.

Conclusión:

La ingesta de imanes puede presentar complicaciones severas como perforaciones intestinales. En este caso se muestra una presentación atípica de un paciente asintomático con múltiples imanes, que al no mostrar desplazamiento o eliminación se decide su exploración encontrándose como hallazgo fístulas intestinales interasas sin signos de peritonitis.

## **CG-P11) TORSIÓN ESPLÉNICA DE UN BAZO ERRANTE ACCESORIO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO**

Acuña Pinto, L.(1); Gehrung, A.(1); Sáez, J.(1); Pattillo, J.(1); Vuletin, F.(1);  
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN

El *Bazo Errante* es una entidad clínica congénita o adquirida, infrecuente, caracterizada por un pedículo vascular excesivamente largo y móvil, causado por ausencia o laxitud de los ligamentos suspensorios esplénicos, generando hipermovilidad dentro de la cavidad abdominal. Por otro lado, un *Bazo Accesorio* corresponde a tejido esplénico ectópico, único o múltiples, suelen localizarse en abdomen izquierdo, cercano del Hilio Esplénico. Ambas entidades generalmente permanecen asintomáticas, aunque pueden desencadenar sintomatología en contexto de Torsión Esplénica. El objetivo de este trabajo es exponer un caso clínico, que enlaza dos variaciones congénitas infrecuentes, mencionar dificultades diagnósticas, así como el abordaje terapéutico.

## CASO CLÍNICO

Paciente 8 años, con antecedentes Déficit IgA y Esplenomegalia aislada sin otra repercusión, en control ambulatorio. Actualmente consulta por dolor abdominal intermitente en hipocondrio y flanco izquierdo de 1 mes evolución, progresivo en intensidad. Al examen físico destaca Esplenomegalia 10cm bajo reborde costal, sensible a palpación. Ecografía Abdominal, muestra Bazo errante, desplazado hacia flanco y fosa ilíaca izquierda, con adecuada permeabilidad vascular. Se programa Laparoscopia, evidenciándose Esplenomegalia con Torsión del Hilio Esplénico en 360°, pese a lo cual se observa vital, se detorsiona y pexia en bolsillo extraperitoneal. Durante intraoperatorio se distingue hallazgo otro Bazo en posición habitual, el cual se decide mantener hasta determinar funcionalidad. Posterior y en evaluación con Hematología, se complementa estudio con tomografía axial computada abdomen-pelvis, que demuestra adecuada funcionalidad esplénica. Dado persistencia síntomas abdominales y riesgo ruptura del bazo errante accesorio, se decide resección mediante laparoscopia. Paciente evoluciona favorablemente.

## CONCLUSIÓN

La coexistencia de un Bazo Errante y Bazo Accesorio, entidades presentes en nuestro caso clínico, asociado a la presencia de Torsión Esplénica, constituyen un diagnóstico extremadamente raro que representan un verdadero desafío clínico, debido a su clínica inespecífica como dificultades técnicas en estudios complementarios. Según la literatura solo algunos casos pediátricos han sido reportados.

**CG-P12) ACALASIA ESOFÁGICA PEDIÁTRICA UNA ENTIDAD A CONSIDERAR.**

Roldán, N.(1); Rider, J.(2); Spúlveda, J.(3); González, M.(4);

(1): Cirujana pediátrica, Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE (2): Cirujano pediátrico, Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE (3): Cirujano pediátrico y Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, CHILE (4): Interno de medicina. Universidad de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE

## INTRODUCCIÓN

La acalasia esofágica (AE) es la pérdida del peristaltismo normal del esófago y la incapacidad del esfínter esofágico inferior de relajarse adecuadamente luego de deglutir, debido a la degeneración neuronal de las paredes musculares, provocando síntomas como disfagia lórica, regurgitación, baja de peso.

Su incidencia es 1-2/100.000 habitantes y sólo 10% se produce en pediatría. La mayoría de los casos se diagnostica con serie contrastada esófago-estómago-duodeno, pero se puede complementar con manometría esofágica y endoscopia digestiva alta en caso de dudas.

Hay 3 tipos: I-clásica: dilatación de esófago distal y aguzamiento de calibre a proximal. II-compresión esofágica: hiperpresión intraesofágica en deglución y retención de contenido. III-espástica.

Existen diferentes alternativas de manejo, sin embargo la cirugía otorga mejores resultados.

El objetivo del trabajo es recalcar esta patología para el diagnóstico pertinente a través de un caso clínico.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Caso clínico y revisión de literatura.

## CASO CLÍNICO:

Paciente femenina ,12 años, sin comorbilidades. 10 años de disfagia lórica, dolor retroesternal, movimientos compensatorios a la deglución y baja de peso. Policonsultante en distintos centros. Se solicita endoscopia con resistencia al paso del endoscopio, contenido alimentario en esófago a pesar de 8 horas de ayuno; mucosa normal. Estudio esófago-estómago-duodeno con retención de contraste, dilatación distal y disminución de calibre proximal. Se complementa con manometría compatible con AE tipo I. Chagas negativo. Se diagnostica AE y se realiza miotomía de Heller + funduplicatura de Dor laparoscópica. Realimentación con régimen papilla bien tolerado con mejoría inmediata de sintomatología.

## CONCLUSIÓN:

La AE es una entidad poco frecuente. Puede presentarse con sintomatología variada, pero la disfagia lórica en paciente pediátrico sin comorbilidad neurológica debe hacernos sospecharla, lo cual es fundamental para el diagnóstico oportuno.

La miotomía es la alternativa de elección en paciente y se puede realizar de manera laparoscópica como en nuestra paciente.

## CG-P13) TRAUMA HEPÁTICO ASOCIADO A LESIÓN DE VENA CAVA INFERIOR: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA LESIÓN POTENCIALMENTE MORTAL

Ceballos, V.(1); Martínez, F.(2); Acencio, L.(1); Jarpa, C.(1); Iturriaga, P.(1);

(1): Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile (2): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

**Introducción:** 90% de los traumas abdominales contusos complicados con lesión de víscera sólida (TACC) son de manejo conservador en pediatría, siendo la inestabilidad hemodinámica una indicación de cirugía. La asociación a lesiones vasculares es infrecuente, pero su mortalidad es cercana al 50%. Nuestro objetivo es presentar caso de TACC con lesión hepática y vascular manejado en nuestro centro.

**Materiales y Método:** Presentación de caso clínico de paciente femenina de 9 años, traída por sus padres tras aplastamiento toracoabdominal por cuatrimoto.

**Resultados:** Ingresa estable, reactiva, con abdomen doloroso por lo que se solicita scanner contrastado. Posterior al examen evoluciona con compromiso de conciencia, presión arterial 70/40 mmHg que no recupera con reanimación ni transfusión. La imagen impresiona sangrado hepático activo. Junto con cirujano vascular y hepatobiliar se realiza laparotomía exploradora, mientras anesthesiólogos instalan catéter, línea arterial e inician drogas vasoactivas. Se aspiran 2L de sangre desde la cavidad abdominal y se evidencia laceración hepática derecha. Tras maniobra de Pringle se identifican 4 lesiones en Vena Cava Inferior, que se reparan con sutura vascular. Paciente evoluciona con estabilización de parámetros, completando hepatectomía derecha. Se instala dispositivo de cierre asistido por vacío y se traslada a UCI pediátrica. A las 72 horas se realiza revisión, sin evidencia de fístulas biliares ni sangrado, cerrando pared abdominal. Paciente es extubada a las 24 horas y realimentada a las 48 horas siendo dada de alta a los 5 días. A tres años de seguimiento se encuentra asintomática, con función hepática normal y ecografía con parénquima hepático de aspecto conservado.

**Conclusiones:** El TACC con compromiso hemodinámico que no responde a reanimación requiere intervención quirúrgica urgente. La reevaluación, los protocolos de reanimación y el apoyo de equipos quirúrgicos experimentados fueron fundamentales en nuestro caso, logrando controlar, identificar y tratar lesiones que son consideradas mortales en otros grupos etarios.



## CG-P14) MANEJO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON CONTRASTE YODADO POR SONDA NASOGÁSTRICA EN PEDIATRÍA, EN RELACIÓN CON UN CASO.

Menchaca Steinfort, P.(1); Scheuch Ruiz, K.(1); Silva León, V.(2); Payahula Díaz, N.(1); Coutinho Aguilera, F.(1); Arredondo Soto, C.(1); Espinoza Guzmán, B.(1); Valdivieso Ruiz-tagle, J.(1); Vargas Teuber, J.(1);

(1): Hospital Base San José de Osorno, Osorno, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

**Introducción:** La incidencia de obstrucción intestinal por bridas posterior a cirugías abdominales en pediatría es de un 0,9 a 9,3%. En aquellos pacientes sin signos de sufrimiento de asas se opta por manejo médico con régimen cero y descompresión intestinal. El tratamiento con contraste hidrosoluble oral es ampliamente utilizado en adultos, pero tiene poca difusión en pediatría.

**Materiales y métodos:** Presentar un caso clínico del Hospital Base de Osorno de un escolar con obstrucción intestinal por bridas manejada de forma médica en conjunto con contraste hidrosoluble oral de manera exitosa. Describir procedimiento de esta técnica.

**Resultados:** Escolar de 6 años con antecedentes de peritonitis difusa operada que presentó una obstrucción intestinal a los 4 días postoperatorios con signos de alarma por lo que se manejó quirúrgicamente, reingresa al mes de alta por nuevo episodio de obstrucción intestinal clínica-radiológica. El paciente se encontraba hemodinámicamente estable, afebril y sin irritación peritoneal, por lo que se decide manejo médico habitual asociado a contraste hidrosoluble oral.

Se utilizó 50 ml de Omnipaque® a pasar en 30 minutos por goteo por sonda nasogástrica (SNG). Posteriormente, se realiza cierre de SNG durante una hora, seguido de apertura a caída libre. En el control radiográfico a las 6 horas se evidencia pase de contraste hacia colón y resolución de la obstrucción intestinal tanto clínica como imagenológica. Se realimenta con régimen líquido a las 24 horas con buena tolerancia y sin complicaciones posteriores.

**Conclusión:** El uso de Omnipaque® es una técnica segura para el manejo de obstrucción intestinal por bridas en pacientes pediátricos sin signos de shock, ni peritonitis. Es una buena alternativa complementaria al manejo médico que no reportado complicaciones asociadas. Su uso pudiese reducir la necesidad de intervención quirúrgica, pero se requiere mayores estudios para definirlo como Gold Standard.

## CP-P01) EVALUACIÓN DE TALLER DE SIMULACIÓN CON MODELO ANIMAL POR RESIDENTES DE CIRUGÍA

Lagos, C.(1); Muñoz, M.(1); Ellsworth, K.(1); Falcón, N.(1); Paulos, A.(1); Broussain, V.(1);  
(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** La simulación como herramienta de aprendizaje ha demostrado tener mejores resultados en la adquisición de competencias técnicas. En los establecimientos docentes, a mayor complejidad del paciente se vuelve menos probable que sea el residente quien realice la cirugía, ya que requiere una mayor curva de aprendizaje, y aquí el entrenamiento previo se vuelve fundamental. Por otra parte, los colgajos locales son una herramienta básica para el manejo de heridas, sin embargo, se necesita entrenamiento para entender cómo se movilizan los tejidos previo a ser aplicados. El objetivo de este trabajo fue saber si la metodología utilizada para el aprendizaje fue adecuada.

**Material y Métodos:** Se realiza taller de simulación de modelo animal para el entrenamiento de colgajos locales. Se entrega a cada alumno una clase teórica previa al taller, pauta que describe la técnica de 5 colgajos locales que debe realizar el alumno en el modelo animal (piel de cerdo) y un kit con instrumental quirúrgico. Cada residente debe realizar los 5 colgajos guiándose por la pauta. Se destinó un docente por cada 3 alumnos. Se realizó encuesta de evaluación que evalúa 4 ámbitos, con 20 preguntas y puntaje de 1 al 10.

**Resultados:** 9 residentes respondieron la encuesta. Se obtuvo un promedio de 9,8 puntos en el ámbito de expectativas y utilidad del taller para la práctica profesional. 9,8 puntos en satisfacción con el desarrollo de la actividad y 9,9 puntos en que recomendarían el taller a otros profesionales, siendo lo más valorado por los participantes el carácter práctico de la actividad.

**Conclusión:** El entrenamiento de habilidades quirúrgicas debe ser realizado de manera práctica, con guías establecidas y aprendizaje basado en solución de problemas. El combinar entrenamiento en modelos de simulación y evaluación de casos clínicos permite aplicar y seleccionar de mejor manera que colgajos se deben realizar.

## CP-P02) QUEMADURAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ OSORNO

Toledo, I.(1); Arredondo, C.(2); Pizarro, C.(1); Menchaca, P.(2); Vargas, J.(2); Valdivieso, J.(2); Espinoza, B.(2); Coutinho, F.(2);  
(1): Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile (2): Hospital Base San José de Osorno, Osorno, Chile

### Introducción

Las quemaduras en pacientes pediátricos, son una consulta frecuente en el servicio de urgencias (SU) e importante causa de morbilidad (1). Se presentan con mayor frecuencia en menores de 4 años y el agente más común son escaldaduras (2). Su comportamiento a través de los años y diferentes regiones puede variar, por lo que vale la pena revisar la realidad local para intentar predecir, destinar o solicitar recursos y preparar mejor el enfrentamiento de estos pacientes.

## **Objetivo**

Describir las quemaduras en pacientes pediátricos que consultan al SU en los últimos 6 años en el Hospital Base San José Osorno.

## **Metodología**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de las consultas al SU infantil del Hospital Base San José Osorno desde el año 2018 - 2023 con diagnóstico de ingreso/egreso de Quemadura, obtenidas mediante informática. Luego se recolectó información desde ficha electrónica sobre tiempo desde quemadura, agente, localización, extensión, profundidad, índice de gravedad, manejo previo al SU, manejo en el SU y destino. Luego se realizó un análisis descriptivo de los datos obtenidos.

## **Resultados**

Se obtuvo un total de 1154 consultas. De estos, el 54,4% son hombres, 50% fueron por escaldaduras, 45,8% son menores de 2 años, 42% involucran múltiples segmentos corporales, 80% quemaduras son <5% SCT, cerca del 50% tuvieron un índice de gravedad Moderado y 81% fueron de manejo ambulatorio. Se encontró una media de 192 consultas anuales, con un promedio entre 12-18 consultas mensuales, sin peak evidente en los meses de invierno.

## **Conclusiones**

Las quemaduras en pacientes pediátricos en nuestro hospital predominan en lactantes, afecta mayormente múltiples segmentos corporales y son relativamente constantes a través del año. La gran mayoría son de manejo ambulatorio, por lo que junto con mejorar la atención hospitalaria, debemos capacitar los sistemas de atención ambulatoria para su correcto diagnóstico, manejo y seguimiento.

**CP-P03) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE QUEMADO ELÉCTRICO PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO EN UN CENTRO DE REFERENCIA.**

Villegas Galilea, S.(1); Yáñez Valdés, J.(2); Cabrera Arandia, M.(3); Muñoz Villanueva, R.(2);  
(1): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Exequiel  
González Cortés, Santiago, Chile (3): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile

**Introducción:** Las quemaduras eléctricas representan el 5% de las admisiones en centros de quemados pediátricos, siendo poco frecuentes, pero de alta relevancia debido a sus posibles complicaciones, como arritmias, quemaduras profundas, destrucción tisular, amputaciones y secuelas significativas.

**Objetivo.** Describir el perfil epidemiológico y los resultados de pacientes pediátricos con quemaduras eléctricas tratados en nuestro centro.

**Material y Métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo basado en registros clínicos de pacientes pediátricos con quemaduras eléctricas hospitalizados entre enero de 2017 y diciembre de 2023. Analizamos variables demográficas, estacionales, voltaje, extensión y localización de las quemaduras, alteraciones en EKG, niveles de CK total, número de cirugías, tipo de reparación, amputaciones, estada y supervivencia. Se aplicó un protocolo terapéutico clínico-quirúrgico conforme a las guías GES.

**Resultados:** Estudiamos 65 pacientes, con una edad promedio de 5.6 años (11 meses – 14 años), 65% hombres. Las quemaduras ocurrieron predominantemente en verano (41.5%) y fueron de bajo voltaje (95%), con una Superficie corporal quemada promedio de 1% (0.5-10). Localización más común fue la mano (80%). 4.6% presentó alteraciones en EKG. La CK total promedio fue 714.4 U/L (62 – 15,773). Promedio de cirugías: 1.2. Reparación por reepidermización/cierre secundario en 67.6%, injerto en 26%, y colgajo en 10.7%. Amputaciones: 3%. Estancia promedio: 8.5 días (0-64). Las quemaduras de alto voltaje prolongaron la estancia 1.6 veces más que las de bajo voltaje. Supervivencia: 100%.

**Conclusión:** Las quemaduras eléctricas pediátricas suelen ser de bajo voltaje, afectando principalmente las manos, La mayoría repara espontáneamente. Las quemaduras de alto voltaje se asocian a estancias hospitalarias prolongadas.

#### CP-P04) ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGIA DE QUEMADURAS EN PACIENTES DE SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL FÉLIX BULNES

Gong, Y.(1); Osses, J.(2); Acuña, S.(3); Alonso, F.(4); Ferran, A.(5); Ahumada, D.(5);  
(1): Universidad de Santiago, san miguel, chile (2): Universidad de Santiago, ñuñoa, chile (3):  
universidad De Santiago, recoleta, chile (4): universidad De Santiago, quinta normal, chile  
(5): universidad de santiago, providencia, chile

#### OBJETIVOS

Determinar epidemiología, etiología, prevalencia de pacientes quemados durante 2 años, 2022-2023 en servicio urgencia infantil del Hospital Félix Bulnes

## INTRODUCCIÓN

Las quemaduras son un serio problema de salud pública, especialmente en niños, por su alta morbimortalidad. Este estudio examina las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos atendidos en urgencias por quemaduras en este hospital durante 2022 y 2023, con el fin de identificar patrones predominantes.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que abarcó a todos los pacientes pediátricos con quemaduras atendidos en el servicio de urgencia infantil del Hospital Félix Bulnes entre enero de 2022 y diciembre de 2023, donde se analiza variables como edad, sexo, agente etiológico, profundidad, superficie corporal y zonas de quemadura, requerimiento de hospitalización

## RESULTADOS

Durante estos dos años se atendieron un total de 597 pacientes pediátricos con quemaduras de esto predominan los menores de 5 años siendo 444(74,4%), el género masculino predomina con 324(54,3%). El agente etiológico más común por escaldadura de 401 pacientes (67.2%), le sigue objetos calientes 147 pacientes (24.6%). Se requirió hospitalización en 182 pacientes (30%)

## CONCLUSIONES

El estudio muestra que la mayoría de los pacientes tenían 5 años o menos, con una prevalencia en el sexo masculino. La escaldadura fue la etiología más común, afectando principalmente las extremidades superiores. Un tercio de los casos requirieron hospitalización, lo que resalta la gravedad de estas lesiones. Estos hallazgos subrayan la necesidad de prevención enfocada en los más vulnerables y de una adecuada respuesta asistencial para reducir la morbimortalidad en niños.

## CP-P05) DISPOSITIVO DE MODELADO NASAL: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN EL MANEJO DE LA CICATRIZ LABIAL EN PACIENTES CON FISURA LABIO PALATINA (FLAP)

Rivera, D.(1); Montero, M.(2);

(1): Fundación Gantz, Santiago, Chile (2): Fundación Gantz. Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

### Introducción

La alteración nasal y labial de un paciente con FLAP se puede abordar durante múltiples etapas de la vida, siendo la rinoplastia primaria el momento de la reparación inicial junto al

cierre del labio (queiloplastía), cuyo objetivo es lograr la restauración de la simetría y el reposicionamiento de las estructuras nasales y orales. Los dispositivos de modelado nasal (DMN) son utilizados para favorecer el proceso de cicatrización de la nariz reduciendo la mayor complicación funcional como es la estenosis, favoreciendo la respiración nasal, modelando el cartílago nasal fisurado. Sin embargo, no existe literatura que presente los beneficios de un manejo conjunto de ortopedia y kinesiología sobre este tiempo postquirúrgico y los aportes de las adaptaciones del DNM a los resultados de la cicatriz labial.

## Objetivo

Describir la experiencia del manejo interdisciplinario del proceso de cicatrización post queiloplastía y rinoplastía primaria.

## Material y Métodos

Fueron seleccionados pacientes de Fundación Gantz sometidos a queiloplastía y rinoplastía primaria usuarios de DMN con cicatrización labial hipertrófica y/o cicatriz retráctil, que requieren un manejo de presoterapia adicional a la terapia kinesiológica.

En conjunto, ortopedia y kinesiología generaron un tratamiento interdisciplinario, el ortopedista modificó los DMN para incorporar elementos de presoterapia comúnmente utilizados por kinesiología para manejo de cicatrices, manteniendo el propósito primario de este dispositivo, y aportando al cuidado de la cicatriz labial mediante una aleta labial sobre el filtrum labial, comprimiendo con acondicionador de tejido y material microporoso, permitiendo comprimir así la cicatriz, complementando el tratamiento de retracciones o hipertrofia de esta.

En resumen el DMN post quirúrgico otorga mantención de la corrección quirúrgica del cartílago evitando la depresión de la narina, así como la aparición de adherencias intranasales precoces, y al ser modificado, es una alternativa terapéutica que mediante presoterapia constante y específica contribuye al manejo de la cicatriz labial hipertrófica.

## CP-P06) COLGAJO EN ELÁSTICO DEL BERMELLON LABIAL

Espinosa, F.(1); Claire, P.(1); Urbina, G.(1); Rojas, D.(1);

(1): HOSPITAL METROPOLITANO LA FLORIDA, SANTIAGO, CHILE

**Introducción:** El labio es una estructura anatómica compleja, debido a su color, textura, movimiento y su especial participación en la fonética y función esfinteriana oral. Es por esto que cuando se ve comprometida en una lesión traumática, genera un detrimento importante

en la estética y funcionalidad del paciente. Se han descritos múltiples colgajos para este tipo de lesiones, basados en las capacidades elásticas del bermellón y su favorable irrigación; el primero fue Goldstein, con su colgajo adyacente al defecto, técnica posteriormente modificada por Sawada, quien realiza un colgajo bilateral. Este tipo de lesiones en pacientes pediátrico representa un desafío para el cirujano, por lo que decidimos presentar nuestra serie de casos clínicos

Se describen 4 casos de Colgajo musculo-mucoso en elástico: 2 pacientes con quemadura eléctrica en labio inferior, 1 hemangioma y una mordedura de perro, ambos en labio superior, con el objetivo de discutir las complejidades de su manejo.

**Caso clínico:** 2 pacientes sufrieron quemaduras eléctricas tipo B en el labio inferior, resultando con daño cutáneo, mucoso, muscular y lingual distal en grado variable. Otro paciente nace con hemangioma de labio superior, con varios episodios ulcerativos, y una vez, completado su tratamiento con BB, se realiza colgajo en elástico con buen resultado labial funcional. Posteriormente, en etapa escolar, requiere queiloplastia del volumen del bermellón. Otro paciente, producto de mordedura del labio superior, con pérdida cutánea, necesitó colgajo en elástico, con buen resultado general.

**Discusión:** Este tipo de colgajo labial, otorga versatilidad, seguridad y volúmenes adecuados. Permite la reconstrucción cutánea, muscular y mucosa en un solo tiempo; incluso pudiendo utilizarlo en lesiones de hasta 30% de pérdida del bermellón. Aprender su técnica, le otorgará a cada cirujano una herramienta quirúrgica reproducible y fundamental para enfrentar casos clínicos frecuentes como son las mordeduras por animales o las quemaduras eléctricas en lactantes.

## CP-P07) MANEJO DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO CON ALOINJERTO DE PIEL TOTAL CRIO PRESERVADA. CASO CLÍNICO

Ibaceta O., D.(1); Fonseca C., M.(2); Cañete S., A.(3); Moya D., M.(4); Vivas R., G.(4); Gómez, N.(5);

(1): Hospital Regional de Iquique, Unidad de Cirugía Plástica. Banco de piel y tejidos de Tarapacá, Iquique, Chile (2): Universitat Autònoma de Barcelona. Banco de piel y tejidos de Tarapacá, Barcelona, España (3): Banco de piel y tejidos de Tarapaca. Unidad de procuramiento y transplante de órganos y tejidos, Hospital Regional de Iquique, Iquique, Chile (4): Hospital Regional de Iquique, Unidad de Cirugía Plástica, Iquique, Chile (5): Alumno 5º año Medicina. Universidad de los Andes, Santiago, Chile

**Introducción:** La aplasia cutis congénita ( ACC) se caracteriza por la ausencia congénita de piel, su localización y extensión es variable, desde pequeñas lesiones a toda la superficie corporal. La forma más frecuente afecta al vértex, y puede presentarse de forma aislada o asociada a otras malformaciones. Su etiología es desconocida. Es una entidad poco

frecuente, se ha estimado en 3 de cada 10.000 recién nacidos. En un 80-90% de los casos se presenta como una lesión oval o circular, solitaria, sin pelo, bien delimitada y localizada en el vértex. En 20% de los casos puede afectar al pericráneo, el cráneo y la meninges. El tratamiento es controvertido, sin encontrar un consenso entre el abordaje conservador y el quirúrgico. Las lesiones pequeñas y superficiales tienden a cicatrizar espontáneamente. En grandes lesiones se recomienda la reconstrucción quirúrgica. Las complicaciones pueden llegar a ser fatales, por lo que es necesario un tratamiento oportuno. El objetivo de esta comunicación es describir el uso de aloinjertos de piel total criopreservado de donante vivo (APTC) como alternativa de manejo de la ACC.

**Caso Clínico:** Recién nacido, 38 semanas, masculino. Embarazo controlado, sin patología prenatal. Presenta lesión cutánea menor a 1 centímetro, sugerente de ACC en vértex, afecta piel y cráneo, con exposición meníngea. Cicatriz cutánea circundante de 6 centímetros, alopécica. Se descartan malformaciones asociadas. Equipo multidisciplinario, en virtud a experiencias clínicas previas, define uso de APTC. Al 9º día, se realiza injerto de APTC. Evoluciona satisfactoriamente, alta al 17º día de vida. Controles ambulatorios, son realizadas por Cirugía Plástica, dermociatrizando al día 30 post operatorio.

### **Conclusión**

El aloinjerto de piel total criopreservados de donante vivo, es una técnica innovadora, sencilla, conservadora, de bajo costo y segura. Constituye una herramienta eficaz y efectiva, agregándose como opción a otras técnicas más complejas e invasivas.

## **CP-P08) USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL MANEJO DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA SEVERA EN ADOLESCENTE**

Roldan, N.(1); Lagos, C.(2); Spúlveda, J.(3);

(1): Cirujana pediátrica, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, CHILE (2): Cirujana plástica pediátrica, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile (3): Cirujano pediátrico y Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, CHILE

### **INTRODUCCIÓN**

La hidrosadenitis supurativa (HS) es una condición inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por nódulos inflamatorios subcutáneos, trayectos fistulosos y abscesos. Es infrecuente, mayor en mujeres entre la segunda y tercera década. Su etiología es desconocida aunque su patogenia inicia con el taponamiento folicular, dilatación pilosebácea, acumulación de sudor, sebo y bacterias, inflamación, infección, fístulas, abscesos y recidivas.



No existe un protocolo de tratamiento estandarizado en pacientes pediátricos; sin embargo se sabe que el manejo multimodal es más efectivo. Alternativas incluyen antibióticos orales y tópicos, terapia hormonal, retinoides, láser, cirugía y últimamente se ha descrito el tratamiento con toxina botulínica (TB) mayoritariamente en adultos.

Las TB (A y B) bloquean la liberación de acetilcolina de manera local y temporal, reduciendo la sudoración y rotura folicular disminuyendo así la inflamación.

El objetivo del trabajo es presentar el caso de HS en paciente adolescente con tratamiento multimodal incluida TB.

#### **CASO**

#### **CLÍNICO:**

Adolescente eutrófico masculino de 13 años, sin antecedentes mórbidos. Hidrosadenitis supurativa axilar Hurley III, mayor a derecha, con abscesos de 1 año de evolución manejados en otro centro, con múltiples cursos de antibióticos orales sin respuesta, ausentismo escolar y pérdida de año lectivo. Se realizó curso de antibiótico tópico + oral, asociado a curaciones avanzadas hasta control de infección, procediendo con resección, terapia de presión negativa e injerto dermoepidérmico (IDE) en axila derecha y resección, IDE y TB a izquierda.

Evoluciona sin recidiva en 1 año y con reintegración escolar.

#### **CONCLUSIÓN:**

El uso de TB en pacientes jóvenes con HS está ampliamente descrito con resultados seguros y efectivos, por lo que consideramos una herramienta válida para aplicación en pediatría como parte del manejo multimodal. En este caso, la respuesta fue similar a la descrita en la literatura, mejorando calidad de vida y sin recidivas hasta el momento.

#### **CG-P15) NEUMATOSIS EN PREMATURO ¿NEC?**

Pérez De Arce, C.(1); Moreno, A.(2);

(1): Residente Cirugía pediátrica, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile (2): Cirujana pediátrica, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

#### **Introducción**

La neumatosis es un signo que se asocia a enterocolitis necrotizante (ECN) , la afección gastrointestinal más común y potencialmente mortal en recién nacidos. Además, presentan en deposiciones, vómitos, distensión abdominal y signos de sepsis. Sin embargo, la presencia de neumatosis no es exclusiva en esta patología, puede presentarse en otras causas de enterocolitis.

Nuestro objetivo es mostrar un diagnóstico diferencial a considerar en neumatosis.

## Descripción del caso

RNPT 34 semanas, antecedente prenatal de gastrosquisis, cesárea de urgencia más Simil Exit, con buena evolución.

Al nacimiento liquido meconial turbio, por lo que inicia antibióticos de amplio espectro que se suspenden a los 6 días por permanecer asintomático.

Durante su desarrollo presenta deposiciones solo con estimulación (enemas diarios), poca tolerancia a alimentación trófica, residuos gástricos y distensión abdominal recurrente. Ante deposiciones mucosas, se sugiere alimentación con fórmula aminoacídica (FAA), manteniendo lactancia materna regular.

A los 40 días de vida presenta quiebre clínico, deposiciones sanguinolentas, mayor distensión abdominal y residuos gástricos aumentados, aunque sin signos de sepsis. Control con radiografía de abdomen evidencia importante neumatosis. Al laboratorio destaca eosinofilia, sin elevación de parámetros inflamatorios.

Se trata como ECN con ayuno y antibióticos por 5 días, con buena respuesta. Cirujano tratante sugiere realimentar con FAA exclusiva.

Tras 4 días paciente asintomático, con buena tolerancia oral al complementar fórmula con azúcar. Egresó con diagnóstico de alergia a la proteína de leche de vaca (APLV) con dieta de exclusión.

## Conclusión

La APLV es la causa más común de alergia en lactantes, existen reportes de incidencia en 0,34-2% en prematuros. En presencia de neumatosis, debido a su gravedad, se debe priorizar el diagnóstico de ECN y tratamiento precoz. Sin embargo, la enterocolitis alérgica debería incluirse como diagnóstico diferencial en presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes, eosinofilia, evolución "benigna" y rápida recuperación con dieta de eliminación.

**CG-P16) AUSENCIA SEGMENTARIA DE LA MUSCULATURA INTESTINAL (SAIM):  
REPORTE DE CASO**

Vásquez, P.(1); Morales, K.(2); De La Torre, M.(2); Aylwin, P.(2); Rojas, M.(1); Catán, C.(1); López, C.(1);

(1): Becada Cirugía Pediátrica USACH Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Cirugía Pediátrica Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

**Introducción.** La ausencia segmentaria de la capa muscular intestinal (SAIM) es una entidad rara, cuya fisiopatología es desconocida y que se presenta en el periodo neonatal con síntomas obstructivos o perforación, afectando cualquier parte del tracto digestivo. El diagnóstico preoperatorio es difícil, los síntomas pueden variar y es fácil confundirlos con una enterocolitis necrotizante. A veces, es posible el diagnóstico intraoperatorio donde el segmento afectado es delgado y transparente, pero el diagnóstico definitivo se realiza con la confirmación histológica. El objetivo de este estudio es describir la presentación clínica y el manejo de una patología poco frecuente en la edad pediátrica, con el fin de mejorar su tratamiento y evitar complicaciones.

**Caso Clínico.** Paciente prematuro de 28 semanas que a los 6 días de vida presenta cuadro de distensión abdominal y radiografía con neumoperitoneo. Se realiza laparotomía exploradora con sospecha de NEC, evidenciando perforación única a nivel del íleon, donde además se observa colon derecho y transversal de pequeño calibre. Se resecta íleon, se realiza ileostomía a dos cabos y se envía muestra a biopsia, con hallazgos concordantes con SAIM. Estudio postoperatorio de tránsito intestinal muestra microcolon sin zona de estenosis, y se realiza biopsia rectal que descarta Enfermedad de Hirschsprung. En contexto de microcolon siete meses después se realiza reconstitución con técnica de Santulli y luego a los tres meses se cierra ileostomía. A la fecha paciente sin complicaciones.

**Conclusión.** La SAIM es una patología rara que requiere un diagnóstico y tratamiento rápido para prevenir complicaciones. En el intraoperatorio, ante hallazgos anormales en el calibre intestinal es importante tener la sospecha diagnóstica y tomar muestras. El diagnóstico definitivo dependerá de la histología. El pronóstico dependerá de la extensión de la lesión, la posibilidad de reseccionar los segmentos afectados y de las patologías concomitantes del paciente.

## **CG-P17) SÍNDROME DE PETERS PLUS: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO**

Curti Olgado, F.(1); Silva León, V.(1); Rodríguez Krause, C.(1); Guajardo Vallejos, C.(1); Valenzuela Araya, N.(2); Cáceres Opazo, F.(2);

(1): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (2): Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** El síndrome de Peters Plus corresponde a una alteración genética que se caracteriza por anomalías oculares, retraso pondoestatural, fisura palatina y discapacidad intelectual. Otros hallazgos descritos incluyen cardiopatías congénitas y genitourinarias. El manejo quirúrgico de condiciones asociadas a esta patología representa un desafío respecto a la priorización de las necesidades y expectativas del paciente y sus familiares.

**Descripción del caso:** Escolar de 9 años, recién nacido pretérmino de 35 semanas, pequeño para la edad gestacional severo, con diagnóstico neonatal de Síndrome de Peters Plus. Presenta una hernia diafragmática compleja, siendo usuario sonda nasogástrica ante el impedimento de gastrostomía, asociado a una desnutrición calórico-proteica severa. Además, posee cardiopatías congénitas, fisura palatina posterior y otras patologías que complejizan la planificación quirúrgica. Actualmente se encuentra estable en cuanto a sus patologías quirúrgicas, en lista de espera para hernioplastía diafragmática dado antecedente de múltiples comorbilidades e infecciones respiratorias altas recurrentes, por lo que no se ha encontrado una oportunidad quirúrgica ni anestésica adecuada.

Se analiza plan quirúrgico que contempla cirugía de un tiempo para hernioplastía y posterior gastrostomía tipo STAMM, con objetivo de mejorar el estado nutricional. De evolucionar favorablemente, con ganancia ponderal adecuada, se propone resolución de fisura palatina, que en conjunto con equipo multidisciplinario eventualmente permitirá recuperar la vía oral. En relación al cierre del foramen oval, requerirá manejo en caso de aumento de riesgo de embolia.

**Conclusión:** El paciente presenta múltiples comorbilidades que dificultan encontrar el momento quirúrgico adecuado. Con el plan quirúrgico planteado en base a la evidencia y las expectativas familiares, se podría ofrecer la mejor calidad de vida posible.

## **CG-P18) UNA CAUSA INESPERADA DE MASA CERVICAL EN UN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO**

Cisternas, V.(1); Veas, M.(1); Pastén, A.(2); Arancibia, H.(2);

(1): Residente de cirugía pediátrica, Universidad de Concepción – Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Chile (2): Cirujano/a Pediátrico, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción, Concepción, Chile

### **Introducción**

Las masas cervicales (MC) son causa común de consulta en pediatría. Las anomalías de los arcos branquiales (AB) corresponden al 30% de ellas, siendo las del 2° arco las más frecuentes. Por otro lado, las del 3° y 4° arcos son muy infrecuentes, y se reportan sobre todo en escolares y adolescentes. Por tanto, el objetivo de este trabajo es presentar el caso clínico de un recién nacido (RN) con una MC de origen en el 3°-4° AB.

### **Caso**

### **clínico**

RN de término, masculino, embarazo controlado sin diagnósticos antenatales. La atención inmediata consignó una fisura palatina bilateral incompleta y MC izquierda. Se realizó evaluación con tomografía computada, evidenciando una lesión quística de 3 cm de diámetro, latero-cervical izquierda, con nivel hidroaéreo y efecto de masa. Evolucionó tórpidamente, con regurgitación asociada a sepsis neonatal. Al 24° día de vida se revisó la vía aérea, constatando salida de fístula en base del seno piriforme izquierdo. En pabellón se resecó una lesión quística de 6x4 cm con contenido purulento, en relación por anterior con

esternocleidomastoideo, por medial con tiroides y tráquea, por posterior con arteria carótida y vena yugular interna, y por lateral con fístula a nivel hipofaríngeo. La evolución postoperatoria fue adecuada. La anatomía patológica describió un quiste epitelial benigno abscedado, revestido por epitelio escamoso reparativo, sin signos de malignidad.

### **Conclusión**

Nuestro caso corresponde a un RN con un quiste branquial del 3º-4º arco, infectado y complicado, confirmado con la anatomía patológica de la pieza quirúrgica. Esta presentación tan inusual coincide con los escasos reportes de la literatura existentes, en cuanto a su ubicación y a la falta de diagnóstico antenatal. En conclusión, y a pesar de su rareza, es importante tener en cuenta este diagnóstico diferencial al enfrentarse con una MC en el periodo de recién nacido.

### **CG-P19) “UN GIRO INESPERADO: VÓLVULO INTESTINAL EN RECIÉN NACIDO POR DUPLICACIÓN INTESTINAL”**

Peña, P.(1); Leoz, E.(2);

(1): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Ñuñoa, Chile (2): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Colina, Chile

### **Introducción**

La duplicación intestinal es una malformación poco frecuente que puede encontrarse en cualquier parte del tracto digestivo, desde el orofaringe hasta el ano. Puede presentarse de forma única o múltiple, y ser quística o tubular. Los síntomas dependen del tamaño, la ubicación y el tipo de mucosa que recubre la duplicación. La localización más común de las duplicaciones intestinales es el íleon, afectando a más del 40% de los casos. Con menor frecuencia, se encuentran en el esófago, colon, yeyuno, estómago, duodeno y recto. Aunque suelen presentarse como duplicaciones únicas, en hasta un 15% de los casos pueden ser múltiples. Las manifestaciones clínicas de las duplicaciones intestinales son bastante inespecíficas y varían según el tipo de duplicación, su ubicación, la presencia de mucosa gástrica heterotópica y las posibles complicaciones asociadas.

### **Descripción del caso**

Presentamos el caso de un recién nacido pretérmino de 35 semanas que a los 9 días de vida comienza con distensión, dolor abdominal y deposiciones sanguinolentas. Se complementa estudio con parámetros inflamatorios y radiografía de abdomen con sospecha de enterocolitis necrotizante por lo que ingresa a pabellón en donde se evidencia vólvulo de intestino delgado con aspecto macroscópico de duplicación intestinal de 15 cms. Se realiza desvolvulación + resección de 15 cms de ileon + anastomosis termino-terminal. Paciente evoluciona favorablemente siendo trasladada a su hospital de origen. Se obtiene estudio de anatomía patológica que reveló una duplicación intestinal tubular con mucosa y capa muscular propia.

## Conclusiones

La duplicación intestinal es una entidad poco frecuente que puede presentarse de manera variada e inespecífica y que debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial para este tipo de pacientes.

### CG-P20) DUPLICACIÓN TOTAL DE COLON EN REGRESIÓN CAUDAL CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL

Zavala, G.(1); Leoz, E.(1); Herrera, P.(1); Maluje, R.(1); Santos, M.(2); Mendoza, I.(1);

(1): Hospital Exequiel González Cortés, San Miguel, Chile (2): Hospital San Camilo, San Felipe, Chile

**Introducción:** La duplicación de colon es una malformación congénita poco frecuente, frecuentemente asociada a otras malformaciones, que plantea dificultades tanto en su diagnóstico como en su manejo.

**Caso clínico:** Paciente prematuro 31 semanas, con diagnóstico prenatal de pie Bot y polihidramnios. Al nacer destaca malformación anorrectal sin fístula y dismorfias de segmento inferior y genitales. Se realiza colostomía al 1er día de vida, destacando hallazgo intraoperatorio de duplicación de colon, con un lumen funcional y un segundo lumen con contenido mucoso separados por una pared común, irrigación a través de un meso único que se inserta por pared común. Se realiza colostomía con fístula mucosa, abocando ambos lúmenes en cada cabo. Anatomía patológica muestra pared compartida compuesta de capas musculares circunferencial y longitudinal, con plexos nerviosos y células ganglionares. Se realiza estudio contrastado a través ambos lúmenes de fístula mucosa, identificando dos trayectos no comunicados entre sí, uno filiforme ciego en pelvis y otro que llega a uretra, observándose salida de contraste por meato. Resonancia magnética muestra agenesia sacra, compatible con regresión caudal tipo II, asociada a paraplejía de extremidades inferiores, sin indicación neuroquirúrgica. A la exploración laparoscópica, se identifica duplicación de colon desde ciego a recto, cada uno con apéndice propio. A los 3 meses de vida colostomía se mantiene funcional, sin complicaciones en su manejo ni vaciamiento.

Debido a pronóstico funcional y de continencia incierto, se decide conducta expectante para definir manejo quirúrgico.

**Conclusiones:** Las duplicaciones de colon son una patología infrecuente, con gran variabilidad de presentación. Su hallazgo debe ser estudiado para establecer un plan quirúrgico adecuado. Dadas las malformaciones presentes en nuestro paciente, no habiendo casos reportados similares, se decide conducta expectante hasta definir plan quirúrgico óptimo.

### CG-P21) MANEJO PRE Y POSTNATAL DE UN HEPATOONFALOCELE CON TOXINA BOTULÍNICA A Y SILO DE ABELLO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Quiñonez Silvero, E.(1); Díaz Diñeiro, M.(1); Muñoz Fajardo, C.(1); Mieles Cerchar, M.(1); Siles Hinojosa, A.(1); Narbona Arias, I.(1); García Soldevila, N.(1);  
(1): Hospital Regional de Málaga, Málaga, España

## Introducción

El onfalocele gigante (OG) es una entidad de baja frecuencia y variabilidad en el tamaño y contenido del defecto que sigue representando un reto quirúrgico, sin existir una estandarización en el manejo. Asocia además una alta morbilidad y mortalidad en el periodo neonatal.

En este trabajo exponemos nuestra experiencia utilizando el silo no quirúrgico o silo de Abello (SA) y punción prenatal y postnatal de toxina botulínica A (TxBA).

## Material y métodos

Feto varón en semana 14 de edad gestacional (SEG) con diagnóstico prenatal de OG (herniación hepática y defecto 40.5mm), sin otras malformaciones asociadas. En la 37 SEG se realizó inyección prenatal ecoguiada de TxBA en pared abdominal derecha a nivel del oblicuo derecho: 15UI de TxBA distribuidas por 3 zonas (5UI/zona). En la 39 SEG se realizó cesárea programada y el primer día de vida (DDV) se colocó silo provisional y punción ecoguiada de TxBA (10UI/kg) infiltrándose 0.7cc de la dilución en 3 puntos del flanco izquierdo en la musculatura abdominal (plano transversal del abdomen). Se consiguió inversión del amnios y reducción completa de todo el contenido hepático herniado dentro de la cavidad abdominal, se invirtió el cordón en el defecto y se colocó apósito *Varihesive gel control*® cubriendo la zona, quedando un defecto residual de 30mm. Se inició nutrición enteral al 3ºDDV y extubación al 4ºDDV. Se programó para cierre quirúrgico definitivo con separación de componentes según técnica de Ramírez al 8ºDDV consiguiéndose el cierre completo del defecto, con alta al 14ºDDV. Tras 4 meses de seguimiento no se han registrado complicaciones.

## Resultados

La inyección prenatal parece ayudar al inicio precoz de la alimentación enteral y la reducción en la necesidad de soporte ventilatorio. Podría además facilitar el cierre definitivo sin necesidad de materiales protésicos, con una menor estancia hospitalaria y un alta precoz a domicilio.

## **SP2-J1615) SESIÓN DE PÓSTERS 2 (JUEVES 16:15-16:45)**

**CG-P42) NECROSIS ISQUÉMICA CECAL AISLADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Tello, F.(1); Mejías, M.(2); Melehuechun, C.(2); Justo, J.(2); Catoia, B.(3);

(1): Universidad de Chile - Hospital Dr. Roberto Del Rio, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Dr. Roberto Del Rio, Santiago, Chile

### **Introducción:**

La necrosis isquémica del ciego es una causa extremadamente rara de abdomen agudo en niños. En la literatura médica, los casos descritos se asocian principalmente con estados de neutropenia o inmunosupresión, y no existen revisiones sistemáticas de esta condición en pacientes pediátricos y solo encontramos un caso similar publicado en la literatura. En este contexto, se presenta el caso de una niña de 4 años que presentó esta infrecuente patología y el manejo realizado.

### **Caso Clínico:**

Paciente femenina de 4 años consulta en urgencias por dolor abdominal generalizado, el cual se intensificó durante su evolución y se adicionaron vómitos. Inicialmente fue diagnosticado como un posible cuadro de apendicitis aguda. En base a esto se realiza exploración quirúrgica para manejo.

Durante la cirugía, se encontró un apéndice morfológicamente conservado y una lesión necrótica en el ciego, que fue confirmada como necrosis gangrenosa isquémica extensa en el estudio histopatológico. Se realizó una resección de la zona necrótica y una apendicectomía, ambas por vía transumbilical con apoyo laparoscópico. Tras la cirugía la paciente evoluciona de manera favorable, siendo dada de alta al 5 días post operatorio. En la actualidad se encuentra en buen estado y está en seguimiento por hematología hasta la fecha.

### **Conclusión:**

Este caso destaca la importancia de considerar la necrosis isquémica cecal como un diagnóstico diferencial en niños con abdomen agudo, especialmente cuando el aspecto macroscópico del apéndice no coincide con la presentación clínica. La decisión de reseccionar únicamente la zona necrótica preservando el resto del ciego fue clave para la recuperación precoz y favorable de la paciente. Este reporte de caso contribuye a la literatura médica al documentar un caso poco frecuente y su manejo exitoso.

## **CG-P43) IMPLEMENTACIÓN DE UN TRATAMIENTO MÉDICO INDIVIDUALIZADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INCONTINENCIA FECAL DE DIFÍCIL MANEJO.**

Menchaca Steinfort, P.(1); Payahuala Diaz, N.(1); Silva León, V.(2); Scheuch Ruiz, K.(1); Arredondo Soto, C.(1); Santana Paredes, G.(3); Espinoza Guzmán, B.(1); Vargas Teuber, J.(1); Valdivieso Ruiz-tagle, J.(1); Coutinho Aguilera, F.(1);



(1): Hospital Base San José de Osorno, Osorno, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile (3): Universidad Austral de Chile, Osorno, Chile

**Introducción:** El manejo de la incontinencia fecal es un problema biopsicosocial frecuente en pacientes con malformaciones anorrectales, enfermedad de Hirschsprung, espina bífida, entre otros. Optimizar el tratamiento médico con enemas, dieta y medicación según la motilidad y distensión rectal logran continencia fecal.

**Materiales y Métodos:** Exponer 3 casos clínicos de pacientes del Hospital Base de Osorno con encopresis de difícil manejo, donde se implementó manejo intestinal individualizado.

**Caso 1:** Paciente masculino de 15 años con intestino neurogénico en tratamiento con polietilenglicol de larga data con encopresis diaria. En abril 2024 inicia manejo intestinal con enemas y senósidos. En julio, debido a episodios de diarrea, se ajusta tratamiento a Loperamida con buena respuesta, aún en controles para lograr continencia fecal.

**Caso 2:** Paciente masculino de 13 años con enfermedad de Hirschsprung en tratamiento con polietilenglicol prolongado y uso de pañales dado a encopresis severa. En agosto 2023 inicia tratamiento con enemas y senósidos. Dos meses después refiere mejoría en calidad de vida, sin necesidad de pañales, ni escurrimientos, situación que se mantiene hasta la fecha.

**Caso 3:** Paciente femenina de 12 años con ano imperforado operado, con constipación manejada con polietilenglicol por años con encopresis. En noviembre 2023 se inicia manejo con senósidos. Dos semanas después disminuyen episodios de rebalse. En abril 2024 la paciente refiere llevar vida normal sin episodios de encopresis.

**Resultados:** Los casos expuestos son pacientes con incontinencia fecal persistente en manejo con PEG sin éxito. Dos tercios refiere que en 2 semanas disminuyen sus síntomas y en 2 meses logran continencia fecal total y uno parcial.

**Conclusión:** El tratamiento médico individualizado según la motilidad intestinal es clave en el manejo de la incontinencia fecal. La limpieza intestinal con enemas, junto a dieta, medicación personalizada y colaboración familiar puede mejorar la calidad de vida.

## **CG-P44) LIPOMA PERINEAL CONGÉNITO Y SU ASOCIACION CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE DOS CASOS**

Ortiz, J.(1); Poblete, M.(2); Ayala, T.(2); Acuña, C.(2); Gana, R.(2); Correia, G.(2);

(1): Universidad del Desarrollo - Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

El lipoma perineal, tumor congénito benigno, es una entidad rara que cuando se presenta suele asociarse a una malformación anorrectal (MAR) hasta en un 40%, y en un menor porcentaje a malformaciones genitourinarias. Se presentan dos casos clínicos de lipoma perineal.

Paciente 3 meses. Al examen físico se observa masa perineal blanda de 3 cm longitud en polo inferior escrotal. Orificio anal lateralizado a derecha fuera del complejo muscular, con buen desarrollo glúteo y sacrocoxis completo. Ecografía describe estructura polipoidea con tejido ecogénico hipovascularizado de 1.9 x 0.8 cm. Se realiza resección de la lesión y anorrectoplastía.

Paciente 2 meses. Al examen físico desde zona perineal y glútea derecha se proyectan 2 remanentes gomosos, con pedículo grueso. Ano impresiona normoinserito. Ecografía informa 2 lesiones fibrolipomatosas, 22 y 12 mm, ecogénicas, hipovascularizadas. Se solicita resonancia magnética que informa lesiones lipomatosas originadas de fosa isquiorrectal derecha presentando lateralización del complejo esfinteriano anal. Se realiza resección de las lesiones y electroestimulación bajo anestesia, realizando en un segundo tiempo quirúrgico anorrectoplastía.

En ambos casos se sospechó y confirmó la MAR, tal como dice la literatura, por lo tanto es importante mantener un alto índice de sospecha en estos pacientes. Siempre se debe realizar electroestimulación bajo anestesia para planificar adecuadamente su corrección, ya sea en un mismo tiempo o de forma diferida.

## **CG-P45) FACTORES ASOCIADOS A LA REINTERVENCIÓN EN EMPIEMA PLEURAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL REGIONAL.**

Retamales, F.(1); Silva, A.(1); Colmenares, T.(1); Conti, T.(1);

(1): Hospital Regional de Iquique, Iquique, Chile

**INTRODUCCIÓN.** El empiema pleural es la complicación más frecuente de la neumonía en pacientes hospitalizados. El tratamiento tiene como objetivo drenar y unificar la cavidad pleural mediante diversas técnicas. Algunos pacientes requieren más de una intervención. El objetivo de este estudio es caracterizar el grupo de pacientes con empiema que requirieron reintervención en el Hospital de Iquique.

**MATERIALES Y MÉTODOS.** Cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de empiema pleural sometidos a desbridamiento o decorticación mediante toracotomía o toracoscopia (VATS) entre los años 2019 y 2024. Se analizaron factores que podrían contribuir a la reintervención de estos pacientes usando pruebas estadísticas para buscar diferencias significativas entre pacientes no reintervenidos y reintervenidos.

**RESULTADOS.** Se analizaron 28 casos. Fueron sometidos a reintervención 7/28 (25%) pacientes. La mediana para la edad fue de 7,05 años en los pacientes no reintervenidos

versus 4,85 años en los reintervenidos ( $p = 0,055$ ). Los pacientes que presentaban insuficiencia respiratoria antes de la primera cirugía fueron 4/22 (18%) en los no reintervenidos versus 3/7 (43%) en los reintervenidos ( $p = 0,37$ ). Los pacientes que presentaban infección viral concomitante fueron 13/21 (61%) en los no reintervenidos versus 5/7 (71%) en los reintervenidos ( $p = 1$ ). Los pacientes que presentaban bacteremia fueron 6/21 (28%) en los no reintervenidos versus 3/7 (42%) en los reintervenidos ( $p = 0,679$ ). El germen aislado en hemocultivo y/o líquido pleural más frecuente en ambos grupos fue el *Streptococcus pneumoniae*. Los pacientes que tenían neumonía necrotizante fueron 7/21 (33%) en los no reintervenidos versus 1/7 (14%) en los reintervenidos ( $p = 0,651$ ).

**CONCLUSIÓN.** Si bien el grupo de pacientes reintervenidos presentaban menor edad en mediana, mayor porcentaje de insuficiencia respiratoria al ingreso, infección viral concomitante y bacteremia, se necesitan más datos para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

## **CG-P46) PLEURONEUMONIA**

Barrios Slight, D.(1); Riebensahm, P.(2); Chahin Ángel, S.(2); Perdomo, A.(1); Petit-breuilh, V.(1);

(1): Hospital Felix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad Mayor, Santiago, Chile

La neumonía es una de las principales causas de mortalidad infantil, representando el 14% de las defunciones en menores de 5 años. Entre sus complicaciones, se encuentra el derrame pleural, que puede variar desde trasudados hasta empiemas. La pleuroneumonía es la presencia de focos neumónicos asociados a un derrame pleural significativo. En estos casos, el drenaje simple con un tubo pleural suele ser insuficiente. Por ello, el desbridamiento por videotoroscopia (VTC) se presenta como una opción eficaz, permitiendo crear una cavidad única en el espacio pleural, eliminar fibrina e irrigar la zona con solución salina bajo visión directa.

Este estudio tiene como objetivo caracterizar las pleuroneumonías en niños menores de 15 años atendidos en el Hospital Félix Bulnes entre 2021 y 2023, mediante una revisión descriptiva y retrospectiva de las fichas clínicas de pacientes diagnosticados con pleuroneumonía, derrame pleural o neumonía necrotizante. Se analizaron un total de 57 casos: 6 del 2021, 22 del 2022 y 29 del 2023, con un 65% de los pacientes siendo hombres. La distribución por edad mostró que el 16% eran lactantes, el 30% preescolares, el 42% escolares y el 7% adolescentes. Un 42% de los casos se relacionó con infecciones virales, predominando el Rinovirus en el primer año, mientras que en 2022 y 2023 se identificaron varios otros virus.

Se observó un incremento en los pacientes que requirieron ventilación mecánica invasiva (VMI) y VTC. Conclusivamente, ha habido un aumento sostenido en casos de neumonía, asociado a una mayor diversidad de virus, destacando el predominio en escolares y en el sexo masculino. Aunque es necesario realizar más estudios, nuestros hallazgos sugieren que

el comportamiento de las neumonías en los últimos años ha sido más agresivo, lo que lo que demuestra la importancia de entrenar a los futuros cirujanos en una buena técnica de VTS.

## **CG-P47) PRESENTACIÓN ATÍPICA DE QUISTE TIROGLOSO**

Ojeda, A.(1); Medina, C.(2);

(1): Servicio de Cirugía y Traumatología Infantil, Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

(2): Universidad San Sebastián sede Patagonia, Puerto Montt, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El quiste tirogloso es una malformación congénita asociada a la falta de involución durante el desarrollo embrionario del conducto tirogloso, generando con el remanente una expansión quística entre el agujero ciego de la lengua y el istmo de la tiroides. Su ubicación más típica es en la línea media del cuello, menos frecuente en lingual, suprahioidea, infrahioidea y supraesternal, pero clásicamente en la línea media. A continuación reporte de caso de ubicación atípica.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 18 meses, que presenta aumento de volumen cervical lateral izquierdo, blando, no doloroso. Ecografía; imagen sugerente de quiste de segundo arco faríngeo no complicado. Se realiza resección de la lesión, en intraoperatorio se observa lesión quística que presenta extensión hacia medial, la cual se contacta con hioides. Se realiza resección de la lesión y tercio medio del hioides. Biopsia informa quiste tirogloso.

### **DISCUSIÓN**

El Quiste Tirogloso se presenta típicamente como aumento de volumen en línea media del cuello. En algunas ocasiones es posible que se presente en otras ubicaciones anatómicas, lo cual puede modificar el plan quirúrgico inicial. El diagnóstico de certeza es la biopsia de la pieza.

## **CG-P48) NODULO PREESTERNAL COMO MANIFESTACIÓN DE QUISTE BRONCOGÉNICO EXTRAPULMONAR**

Leiva, R.(1); Maldonado, D.(1); García, I.(1); Figueroa, G.(1);

(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

El quiste broncogénico es una lesión benigna, cuyo origen embrionario es una yemación anómala del árbol traqueobronquial. La localización más frecuente es en mediastino medio y parénquima pulmonar. De manera infrecuente, estos quistes pueden localizarse fuera de

la cavidad torácica y en la piel. El objetivo es reportar un caso de masa preesternal de etiología previamente no precisada, cuyo diagnóstico fue un hallazgo histopatológico de quiste broncogénico.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 10 años con antecedente de síndrome de Down, consulta por aumento de volumen progresivo en zona preesternal en relación a horquilla esternal. Al examen físico se evidencia aumento de volumen, no adherido a planos profundos, móvil, no doloroso, sin cambios de coloración de la piel. Ecografía de partes blandas con masa subcutánea profunda, de 2.8 x 2.7 x 1 cm, bien delimitada con contenido hipoecogénico en su interior, que se moviliza con cambios de posición. Sin vascularización en pared o en su interior. Se realiza biopsia excisional. La anatomía patológica informa tejido fibroadiposo con cavidad quística con revestimiento epitelial de tipo respiratorio, con glándulas mucosecretoras y tejido muscular liso, compatible con quiste broncogénico.

## CONCLUSIÓN

Las masas benignas de partes blandas suelen ser una indicación quirúrgica frecuente en nuestro medio. El diagnóstico definitivo siempre debe corresponder al estudio histopatológico de la lesión. Dentro de los diagnósticos diferenciales, el quiste broncogénico es muy poco frecuente en esta localización, menor a 1%. La causa de formación de estas lesiones en la piel no está clara. Se recomienda la resección de estas lesiones debido al riesgo de complicaciones como crecimiento asociado a compresión de estructuras adyacentes, infección y riesgo de malignización.

## CG-P49) TRICOBEOZAR Y SIDROME DE RAPUNZEL EN PEDIATRIA. SERIE DE CASOS

Bello Rivera, N.(1); Saez, V.(1); Gonzalez, B.(2); Echeverria, M.(3); Cuminao, J.(3); Ramirez, S.(1); Norambuena, C.(3);

(1): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (2): Universidad de Concepción, Concepcion, Chile (3): Universidad de Chile, Santiago, Chile

introducción:

Un tricobezoar es una masa de pelo deglutido que se aloja en el estómago, asociada a conductas ansiosas y trastornos psiquiátricos, más común en mujeres jóvenes. Puede ser asintomático por años hasta que causa síntomas como náuseas, dolor abdominal, vómitos, sensación de plenitud, pérdida de peso y anemia. El síndrome de Rapunzel es un tricobezoar que se extiende al intestino delgado, pudiendo causar obstrucción, necrosis o perforación. Este trabajo presenta tres casos pediátricos femeninos con distintas presentaciones clínicas atendidas en el Hospital Regional de Temuco.

Caso 1: Una niña de 8 años con diagnóstico de tricobezoar presentó distensión y dolor abdominal. Una TAC reveló tricobezoar gástrico y tres bezoares intestinales. Se realizó una

laparotomía exploradora para extraer los bezoares y realizar una resección intestinal con anastomosis.

Caso 2: Una niña de 11 años con un cuadro de dolor abdominal, náuseas y vómitos. Se encontró un tricobezoar de 17x10x14 cm en una TC. Durante la hospitalización, desarrolló shock séptico y se realizó una laparotomía de urgencia extrayendo un tricobezoar de 30x15 cm y 1.5 kg. Se encontraron perforaciones yeyunales que fueron reseçadas, pero tuvo complicaciones postoperatorias con filtración de anastomosis.

Caso 3: Una niña de 14 años sin antecedentes mórbidos presentó dolor abdominal, fiebre y vómitos. Una TC mostró una úlcera gástrica perforada. Durante la laparotomía se extrajo el tricobezoar y se reparó la perforación. Evolucionó con infección de herida operatoria tratada con antibióticos.

Conclusión: El tricobezoar es raro en pediatría y el síndrome de Rapunzel aún más. El diagnóstico y tratamiento oportuno son cruciales para evitar complicaciones. Aunque existen tratamientos endoscópicos y laparoscópicos, la laparotomía sigue siendo preferida por su alta tasa de éxito y baja complejidad. Además, es esencial el seguimiento de salud mental para prevenir recidivas relacionadas con tricotilomanía y tricofagia.

## **CG-P50) TRICOBEOZAR YEYUNO-ILEAL. REPORTE DE UN CASO**

Figueroa Galdame, G.(1); Donoso Carrasco, C.(2); Leiva Ferrer, R.(1); Carvajal Flores, O.(2); (1): Residente de Cirugía Pediátrica Universidad de Chile.Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Cirujano Pediátrico Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Pediatría y Cirugía infantil. Campus Centro, Universidad de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción**

Los bezoares son acumulaciones gastrointestinales de material indigerible. Con una incidencia de 0,4%.Entre sus causas está el tricobezoar, por ingesta de cabello, asociados a patologías psiquiátricas como tricotilomanía y tricofagia. El Síndrome de Rapunzel (SR) es una variante de tricobezoar que se extiende más allá del píloro. El estudio imagenológico facilita su diagnóstico y abordaje terapéutico, existiendo variadas alternativas descritas. El objetivo es reportar un tricobezoar de localización inhabitual como diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal.

### **Presentación del caso:**

Adolescente de 12 años con cuadro de una semana de evolución de dolor abdominal y vómitos alimentarios intermitentes, hiporexia y ausencia de deposiciones. Consulta en urgencias levemente deshidratada, abdomen blando, depresible, sensible, con masa palpable en hemiabdomen inferior de 10x4 cm, indurada y móvil, sin signos de irritación peritoneal. Manejada inicialmente como constipación con escasa respuesta. Persiste con dolor y presenta vómitos con pelos. En exámenes sólo destacaba leucocitosis 22.000. Por sospecha de Tricobezoar gástrico se hospitaliza y realiza TC de abdomen/pelvis: “pseudo-obstrucción intestinal mecánica alta, cambios inflamatorios, contenido alimentario retenido”. Se solicitó evaluación psicosocial y endoscopia digestiva alta, pero por vómitos y dolor persistente, se realiza exploración quirúrgica evidenciando gran distensión de asas de intestino proximal, con masa gomosa, obstructiva a 130 cm del ángulo de Treitz. Se realizó enterotomía, extracción total de la masa de pelos, enterorrafia y aseo peritoneal. Estómago sin bezoar. Durante el postoperatorio evoluciona tórpidamente con múltiples colecciones intraabdominales, siendo re-intervenida. Favorable evolución posterior.

### **Conclusión:**

Los Bezoares manifiestan escasa sintomatología hasta que presentan gran tamaño. Su ubicación principal es el estómago y muchas veces extensión a duodeno (SR). El caso reportado destaca la sospecha de esta patología en una localización que no es la habitual, probablemente secundaria a ingesta crónica de pelos en escasa cantidad; y la importancia de considerarlo como diagnóstico diferencial de cuadros obstructivos.

### **CG-P51) SINDROME DE RAPUNZEL, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Urrutia, H.(1); Bastias, C.(1); Sepulveda, V.(1); Poblete, M.(1);  
(1): hospital las higueras talcahuano, concepcion, chile

**INTRODUCCION:** Los bezoares son concreciones no digeribles en el tracto gastrointestinal. Los más frecuentes son tricobezoares, conformados por pelo corporal. De muy baja incidencia, pueden presentar un desafío diagnóstico. El denominado Síndrome de Rapunzel son aquellos de ubicación gástrica con prolongación al intestino delgado. Se presenta el caso de paciente con Síndrome de Rapunzel con presentación de obstrucción intestinal que requirió extracción mediante laparotomía.

**OBJETIVO:** Describir la presentación de Síndrome de Rapunzel, síntomas, signos y herramientas diagnóstico-terapéuticas.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina, con antecedente de tricofagia presenta algia abdominal asociado a vómitos alimentarios. Se pesquisa masa epigástrica cuyo estudio imagenológico describe ocupación gástrica con prolongación a duodeno y múltiples invaginaciones no obstructivas. Se logra extracción de gran tricobezoar de ubicación gástrica con prolongación a íleon.

**CONCLUSIÓN:** Síndrome de Rapunzel es una presentación atípica de tricobezoar. Importante su sospecha, ya que su sintomatología no es evidente, pudiendo manifestarse con complicaciones mayores.

## **CG-P52) MANEJO CONSERVADOR EN EL TRAUMA PANCREÁTICO PEDIÁTRICO DE ALTO GRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Arredondo Soto, C.(1); Care, L.(2); Valenzuela, B.(1); Payahuala, N.(1); Espinoza, B.(1); Vargas, J.(1); Valdivieso, J.(1); Menchaca, P.(1); Coutinho, F.(1);

(1): Hospital Base San Jose Osorno, osorno, chile (2): Universidad Austral de Chile, osorno, chile

Debido a la baja incidencia del trauma contuso pancreático infantil, existe escasa literatura que guíe un manejo estandarizado de estos pacientes; pero existe cierta evidencia que respaldaría un manejo conservador en las lesiones pancreáticas de alto grado en pacientes pediátricos con evolución clínica favorable.

Objetivo: Presentar un caso clínico que contribuya a respaldar la evidencia disponible con respecto al manejo conservador del trauma pancreático pediátrico.

Caso clínico: Preescolar de 2 años, ingresa a urgencias por dolor abdominal transcurridas 36 horas desde accidente de tránsito de alta energía. Al examen físico: hemodinámicamente estable, abdomen levemente tenso y doloroso difusamente a la palpación, por lo que es derivado a Hospital de mayor complejidad para estudio. Al laboratorio destaca una elevación de las enzimas pancreáticas; se solicita una TC abdomen-pelvis que informa: rotura pancreática completa en 2/3 distales y una colección peripancreática. Dado la estabilidad del paciente y ya transcurridas 48 horas desde el trauma, se decide manejo conservador en UCIP con hidratación, alimentación parenteral, analgesia y evaluación imagenológica seriada. A los 8 días post trauma aparece un pseudoquiste pequeño; a los 17 días inicia alimentación oral; a los 20 días se visualizó ecográficamente una disminución significativa del pseudoquiste pancreático. Al día 23 fue dado de alta por buena evolución clínica. Control a los 3 meses con Ecografía normal.

Discusión: Cerca del 25% de las lesiones pancreáticas infantiles de alto grado son sometidas a cirugía, pero debido a las frecuentes complicaciones post quirúrgicas, surge la tendencia del manejo conservador, que ha demostrado tener resultados mejores o al menos equivalentes al manejo quirúrgico. Sin embargo, por lo complejo del cuadro y evolución que determinarán el manejo, es necesaria la evaluación caso a caso en este tipo de lesiones, y hoy en día se requiere mayor evidencia en la literatura para establecer un manejo estandarizado.

## **CG-P53) CASO DE TRICOBESOAR RECIDIVADO: IMPORTANCIA DEL MANEJO INTEGRAL**



Pedrero Mizunuma, M.(1); Rider Legisos, J.(2); Sepúlveda Cuevas, J.(3); Canahuate Bravo-iratchet, A.(1);

(1): Residente Cirugía Infantil Universidad de Chile, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): Cirujano Infantil, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, Chile (3): Urólogo Infantil, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, Chile

Introducción: Un tricobezoar es una acumulación de cabello en el tracto gastrointestinal, habitualmente gástrico, provocada por la asociación de tricotilomanía con tricotilofagia. La presentación clínica incluye dolor abdominal, baja de peso, masa abdominal palpable, saciedad precoz u obstrucción intestinal. Se diagnostica con historia clínica, examen físico y estudios imagenológicos. Según el tamaño del bezoar se puede intentar extracción endoscópica, pero habitualmente el manejo es quirúrgico. Es esencial la evaluación y tratamiento psicológico para prevenir recurrencias. Se presenta caso de paciente operada por un segundo episodio de tricobezoar gástrico.

Descripción del caso: Paciente femenina de 9 años evaluada el 2021 por cuadro de saciedad precoz, baja de peso y masa abdominal palpable. Con antecedentes de tricotilomanía y tricotilofagia desde los 2 años sin tratamiento psicológico. El estudio imagenológico con tomografía de abdomen y pelvis reveló un bezoar gástrico, que fue extraído quirúrgicamente mediante laparotomía sin incidentes. Posterior al alta recibió tratamiento psicológico pero no psiquiátrico. En febrero de 2024, la paciente volvió a presentar síntomas debido a la persistencia de tricotilofagia. En estudio ecográfico se detectó una masa compatible con tricobezoar en el estómago, por lo que se realizó una segunda extracción quirúrgica por laparotomía en marzo de 2024. Presentó un postoperatorio sin complicaciones, trasladándose al tercer día a la Unidad de Psiquiatría Infantil, donde se iniciaron psicofármacos y psicoterapia. A los 6 meses de seguimiento la paciente se encuentra asintomática, sin evidencia de nuevo tricobezoar, y sin consultas en el servicio de urgencia.

Conclusión: El caso presentado resalta la importancia de un enfoque integral en el manejo de los tricobezoares. Se requieren intervenciones quirúrgicas oportunas combinadas con un tratamiento psicológico y psiquiátrico continuo para abordar los trastornos subyacentes. Así se podrá prevenir las recurrencias, evitar complicaciones futuras y mejorar la calidad de vida del paciente.

## **CG-P54) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA (HDC) DE DIAGNÓSTICO TARDÍO: HALLAZGO EN ADOLESCENTE EN CONTEXTO CONSULTA EN SERVICIO DE URGENCIAS**

Leiva, R.(1); Leiva, M.(1); Figueroa, G.(1); García, I.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

Las hernias diafragmáticas congénitas son defectos del desarrollo del diafragma con falla en la fusión de los componentes que lo forman, y protrusión de estructuras abdominales hacia la cavidad torácica. El objetivo es reportar una presentación atípica de HDC tardía como hallazgo en el contexto de atención en servicio de urgencias y recalcar la importancia de su tratamiento.

## **CASO CLÍNICO**

Paciente masculino de 13 años, con antecedente de estudio incompleto por escoliosis, sin antecedentes perinatales de relevancia. Consulta en servicio de urgencias por trauma de baja intensidad en hipocondrio derecho al estar jugando fútbol, evolucionando con dolor leve en hipocondrio izquierdo. Al examen físico, abdomen levemente escafoídeo, ruidos hidroaéreos escasos, doloroso leve a la palpación en hipocondrio derecho. Como hallazgo incidental se identifican ruidos hidroaéreos en los dos tercios inferiores de hemitórax izquierdo.

Se solicita radiografía abdominal que evidencia opacidad en tercio inferior de hemitórax izquierdo, y TC tórax y abdomen que informa protrusión de elementos abdominales hacia hemitórax izquierdo ocupando hasta el ápice pulmonar ipsilateral. Paciente evoluciona asintomático. Se rescata radiografía de columna realizada hace un año con misma alteración imagenológica. Se sospecha hernia diafragmática congénita de Bochdalek no diagnosticada en periodo neonatal.

Se decide resolución electiva. En intraoperatorio se identifica defecto posterolateral izquierdo de 5x4cm de diámetro por donde protruyen asas de delgado, colon y bazo. Se realiza reducción de contenido y cierre del defecto. Postoperatorio favorable, sin recidiva a los 6 meses.

## **CONCLUSIÓN**

Un mínimo porcentaje de HDC pueden cursar de manera asintomática en el periodo neonatal, manifestándose tardíamente o como hallazgo en un estudio imagenológico. Las principales manifestaciones son gastrointestinales/respiratorias. Además, pueden presentar complicaciones como incarceration y obstrucción intestinal requiriendo resolución quirúrgica urgente. El riesgo asociado de complicaciones (62%) hace mandatorio el manejo quirúrgico electivo de las HDC tardías asintomáticas y no complicadas.

**CG-P55) HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA:  
DIAGNÓSTICO DESENCADENADO POR TRAUMA ABDOMINAL**

Gómez Méndez, N.(1); Leopold González, E.(2); Pinilla Saavedra, C.(2);  
(1): Universidad de los Andes, Santiago, Chile (2): Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile

## Introducción

Las hernias diafragmáticas congénitas (HDC) son defectos en el desarrollo embriológico del diafragma que permiten el ascenso de las vísceras abdominales hacia la cavidad torácica. Mientras que el diagnóstico típico ocurre en el periodo perinatal, las HDC de presentación tardía, definidas como aquellas diagnosticadas después del primer mes de vida, representan sólo el 3% de los casos y constituyen un desafío diagnóstico debido a sus manifestaciones inespecíficas.

## Reporte de caso

Paciente masculino de tres años, RNPT de 34 semanas nacido por cesárea debido a RCIU, con antecedentes quirúrgicos de hernia inguinal bilateral y hernia umbilical. Nueve días después de la reparación quirúrgica de la hernia umbilical, el paciente sufrió una caída desde un resbalín, lo que desencadenó dolor abdominal intenso, vómitos y distensión. Inicialmente, se sospechó una complicación postoperatoria, descartada por ecografía, y fue manejado como una gastroenteritis. Sin embargo, la persistencia de los síntomas, principalmente el dolor abdominal, motivó la realización de una radiografía que reveló asas intestinales y colon en el hemitórax izquierdo. Un TAC confirmó una hernia diafragmática posterolateral izquierda (Bochdalek) con herniación del colon transversal, intestino delgado y bazo. El paciente fue tratado con éxito mediante hernioplastia videolaparoscópica mínimamente invasiva y fue dado de alta a los tres días, sin complicaciones.

## Conclusión

Las HDC de presentación tardía presentan un desafío diagnóstico debido a síntomas inespecíficos que pueden imitar patologías respiratorias y gastrointestinales. La sospecha clínica, apoyada en estudios de imagen como la radiografía y el TAC, es clave para un diagnóstico preciso y un tratamiento oportuno. Se postula que en este caso, el trauma abdominal aumentó la presión intraabdominal, desplazando el bazo que sellaba el defecto, lo que permitió la herniación. Este caso resalta la importancia de considerar la HDC en pacientes con antecedentes de múltiples hernias congénitas y síntomas abdominales agudos tras un trauma.

## CP-P09) EXÉRESIS DE NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO EN CANTO PALPEBRAL EXTERNO + RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LOCAL TIPO MUSTARDÉ

Leiva, R.(1); Maydana, M.(2); Pullin, Y.(2); Andueza, F.(2);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones benignas faciales que se encuentran en relación a estructuras como los párpados representan un desafío para el cirujano plástico. El abordaje quirúrgico debe contemplar tanto la preservación del aspecto funcional como la optimización del resultado estético. El objetivo de este reporte es presentar un caso de exéresis de nevo melanocítico congénito en el canto palpebral externo y reconstrucción con colgajo tipo Mustardé.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años de edad. Desde el nacimiento presenta. Nevus redondeado en canto externo palpebral derecho de 2.8 cm x 1.2 cm, bordes irregulares, con controles dermatológicos anuales, que desea exéresis de lesión por motivos estéticos.

Se realiza exéresis quirúrgica + colgajo tipo Mustardé de lamela palpebral anterior + Cantopexia para cobertura de defecto. La anatomía patológica informa nevus melanocítico compuesto atípico (nevus de Clark). La paciente evoluciona con resultados estéticos satisfactorios.

## CONCLUSIÓN

El manejo quirúrgico de lesiones benignas faciales en el área órbito-palpebral requiere un enfoque que priorice tanto la preservación funcional como los resultados estéticos. El uso de colgajos locales resulta adecuado para brindar cobertura de similares características optimizando así la reconstrucción.

## CP-P10) PILOMATRIXOMA ANETODÉRMICO, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MASA BENIGNA EN PACIENTE ADOLESCENTE.

Leiva, R.(1); Tapia, N.(1); Figueroa, G.(1); Alfaro, M.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN

El pilomatrixoma anetodérmico es una presentación atípica de pilomatrixoma que se caracteriza por áreas de piel adelgazada y flácida. Este tipo de lesión puede ser confundida con una neoplasia maligna debido a su apariencia clínica inusual y sus características histológicas particulares. La correcta identificación y manejo de esta entidad es crucial para evitar tratamientos innecesarios y para asegurar un adecuado enfoque terapéutico.

Objetivo: Reportar un pilomatrixoma de presentación atípica que puede ser confundido con una neoplasia maligna.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 12 años, sin antecedentes mórbidos. Consulta por aumento de volumen de 5.5 x 4.3 x 3.5cm en cara externa de brazo derecho, de 1 mes de evolución, de crecimiento rápido e indoloro. Se realiza estudio con ecografía de partes blandas, identificando masa vascular pediculada con infiltración de tejido celular subcutáneo, sugiriendo como diagnóstico diferencial un hemangioentelioma kaposiforme; AngioTC sugerente de dermatofibrosarcoma protuberans. Se decide biopsia excisional, realizada sin incidentes. La anatomía patológica confirma la presencia de calcificaciones y células fantasmas, compatible con pilomatrixoma anetodérmico. Postoperatorio favorable, con cicatriz levemente engrosada, con indicación de infiltración con triamcinolona

## CONCLUSIÓN

Los tumores de partes blandas de crecimiento rápido son lesiones que deben hacer sospechar un comportamiento maligno hasta tener un diagnóstico anatomopatológico definitivo. Algunos pilomatrixomas pueden tener presentaciones atípicas que pueden hacer sospechar malignidad, y que deben ser abordadas como lesiones malignas hasta tener un diagnóstico claro.

## CP-P11) UNIFICANDO TÉCNICAS PARA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE OREJA GACHA

Lennon, L.(1); Maydana, A.(1); Andueza, F.(1); Pullin, Y.(1);  
(1): Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

### Introducción

A lo largo de los años, la clasificación propuesta por Tanzer para la oreja gacha ha permitido proponer distintas técnicas quirúrgicas para su resolución. Se han descrito colgajos locales, injertos, corrección de tipo Musgrave e incluso reconstrucción tipo microtia. Si bien la literatura establece diferentes técnicas según la clasificación mencionada y la clínica, cada paciente supone un desafío, debiendo recurrir a una combinación de éstas en muchas ocasiones.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico combinando dos técnicas quirúrgicas para la resolución de un paciente con oreja gacha unilateral.

## Caso Clínico

Se presenta el caso de paciente de 13 años con diagnóstico de malformación auricular unilateral; oreja en asa y gacha tipo 2 cuya resolución quirúrgica fue mediante técnicas combinadas. Se realizó reconstrucción auricular mediante corrección de tipo Musgrave con cartílago de concha sumado a plicatura de antihélix utilizando puntos de Mustardé con un buen resultado estético y funcional. Se presenta técnica quirúrgica a través de registro fotográfico y audiovisual y evolución postoperatoria a 6 meses.

## Conclusión

En la literatura se describen distintas técnicas quirúrgicas para la resolución de oreja gacha según su clasificación. No obstante, la elección de cuál o cuáles utilizar depende de cada caso y así como también del bagaje del cirujano, imposibilitando una estandarización. Frente a este escenario, se plantea la combinación de dos técnicas con el objetivo de lograr el mejor resultado estético y funcional.

## CP-P12) LA PROBLEMÁTICA DEL EXCESO CUTÁNEO EN GINECOMASTIA: TÉCNICA CIRCUMAREOLAR

Maydana, A.(1); Lennon, L.(1); Andueza, F.(1); Pullin, Y.(1);  
(1): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

## Introducción

La incidencia de ginecomastia ha presentado un gran aumento en nuestra población adolescente, principalmente asociada al sobrepeso u obesidad y el sedentarismo. Asimismo, la ginecomastia con exceso cutáneo y ptosis se ha vuelto un problema cada vez más frecuente, donde la resolución quirúrgica mediante adenectomía y liposucción no son suficientes para lograr un buen resultado. En estos casos, aparece la técnica circumareolar como alternativa para corregir tanto el exceso de piel como ptosis mamaria.

El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia utilizando la técnica circumareolar para la resolución de pacientes con ginecomastia con exceso cutáneo y/o ptosis mamaria.

## Método

Revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de ginecomastia con exceso cutáneo y/o ptosis operados en nuestro centro desde junio 2020 hasta junio 2024. Se incluyeron pacientes con ginecomastia tipo IIB y III según clasificación de Simon cuya resolución quirúrgica fue mediante la técnica circumareolar. 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 ginecomastia bilateral tipo IIB y III. 5 pacientes con ginecomastia primaria y 1 paciente secundaria a hipogonadismo hipergonadotrófico. A todos se les realizó lipoaspiración, adenectomía, resección de excedente cutáneo y reducción de tamaño areolar. No se registraron incidentes intraoperatorios ni complicaciones inmediatas. Durante seguimiento a largo plazo, se describen 2 dehiscencias que se resolvieron con curación simple. Todos los pacientes operados manifestaron satisfacción con el resultado clínico.

## Conclusión

Nuestra experiencia ha demostrado que la técnica circumareolar es una gran alternativa para pacientes con ginecomastia bilateral con excedente de piel y/o ptosis obteniendo resultados satisfactorios. Es necesaria la estandarización de la técnica quirúrgica para obtener mejores resultados y menor tasa de complicaciones.

## CP-P13) MANEJO DE EXTRAVASACIÓN CON PROTOCOLO DE GAULT: REPORTE DE CASO.

Muñoz Pérez, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Paulos, A.(1); Ellsworth, K.(1);  
(1): Hospital Roberto Del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** La extravasación de medicamentos ocurre de manera frecuente en Pediatría. Existen medicamentos de uso habitual en anestesia como el Propofol, que pueden generar daños severos a los tejidos blandos. En el año 1993 David Gault publica su protocolo de manejo de extravasaciones con la técnica de lavado con solución salina y lipoaspiración, que se utiliza con buenos resultados hasta la actualidad. El objetivo del trabajo es mostrar el caso de un paciente con extravasación medicamentosa en que se aplicó el protocolo de Gault, de manera que los equipos conozcan esta técnica y puedan considerarla como parte de su arsenal.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo. Se analizó el caso de un paciente de 1 año 8 meses con antecedente de Hemofilia Severa que ingresa para instalación de catéter venoso central con reservorio. Durante la inducción anestésica sufre extravasación de Propofol, Fentanyl y Lidocaína. Se realiza protocolo de lavado con solución salina según técnica de Gault, cobertura oclusiva y manejo posicional.

**Resultados:** El paciente evoluciona de manera satisfactoria, con epidermización completa de las incisiones realizadas durante el protocolo, sin lesiones en el resto de la piel, sin infección ni hematoma asociado.

**Conclusiones:** las extravasaciones son eventos frecuentes en los pacientes pediátricos y se deben generar estrategias para prevenirlas, sin embargo, es imprescindible que los equipos conozcan cuáles son los medicamentos que pueden generar lesiones en los tejidos, así como establecer protocolos de manejo precoz y adecuados al volumen y fármaco extravasado. El protocolo de Gault, es una técnica segura en la población pediátrica y puede contribuir a disminuir o limitar el daño a los tejidos producido por la extravasación de medicamentos.

#### **CP-P14) QUEMADURA ELÉCTRICA GRAVE, RECONSTRUCCIÓN CERVICAL COMPLEJA, CASO CLÍNICO.**

Olivares Parra, C.(1); Espinosa, F.(2); Urbina, G.(2); Claire, P.(2); Rojas, D.(2);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de la Florida, Santiago, Chile

Introducción: Las quemaduras eléctricas ocasionan lesiones graves profundas de la piel, que después de un periodo de definición inicial, necesitan procedimientos quirúrgicos para su tratamiento definitivo.

Se describe caso de quemadura eléctrica secuelante en adolescente, con el objetivo de discutir las complejidades de su manejo.

Caso clínico: Paciente de 14 años, recibe descarga eléctrica domiciliaria, resulta con quemaduras 2-3% ABB EESS derecha y B 0.5-1% cervical anterior. Después de su manejo de urgencia, se instala VAC cervical y cobertura con apósitos avanzados en el resto. Se decide reconstrucción cervical con avance de colgajos laterales.

El diseño reconstructivo, incluyó elementos quirúrgicos de un lifting cervical: platismoplastia anterior con sutura en línea media y diseño cutáneo en reloj de arena. La cicatriz resultante, en H horizontal, logra cierre total.

Inicia proceso de rehabilitación desde su post operatorio inicial con posicionamiento y compresión local adecuada.



En la semana 6, comienza con tensión cervical anterior. Usa collar que pronuncia extensión cervical. A las 10 semanas presenta brida vertical de cicatriz resultante. Manejo intensivo de terapia ocupacional semanal: stretching, ultrasonido, masoterapia, compresión y posicionamiento.

Al 4to mes de manejo, se decide cirugía correctiva de brida retráctil, en base a zetoplastias múltiples.

Tras 8 meses de adecuado manejo de cicatrices (12 meses post quemadura), se logra obtener cicatrices planas, no retráctiles, sin limitaciones de los movimientos funcionales de la región cervical.

Discusión: Este caso constituye un desafío por el tamaño del defecto cutáneo resultante y la evolución cicatricial adversa, a pesar, de un manejo ocupacional adecuado y permanente. La necesidad de un segundo tiempo quirúrgico era esperable. Y la ejecución de este, en pleno proceso de remodelación cicatricial tuvo una indicación precisa.

Es fundamental, en toda quemadura eléctrica, esperar un tiempo adecuado de definición total de las lesiones, para evitar así, tener que realizar procedimientos complementarios.

## **CP-P15) GRAN QUEMADO NEONATAL, DESAFÍOS ENFRENTADOS A PROPÓSITO DE UN CASO**

Olivares Parra, C.(1); Claire Soria, P.(2); Espinosa Arcuch, F.(2); Rojas, D.(2); Urbina, G.(2); (1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Hospital de la Florida, Santiago, Chile

Introducción: Las quemaduras en pediatría son mayoritariamente en menores de 5 años, es muy poco frecuente su ocurrencia en el periodo neonatal.

Se describirá un caso de quemadura en un neonato, con el objetivo de discutir las complejidades de su manejo.

Caso clínico: Paciente RN, 39 semanas, presenta distrés respiratorio, con requerimientos de oxígeno, por lo que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital de La Florida, donde tras punción arterial presenta espasmo del vaso humeral. En este contexto, se maneja con calor local, aplicando un matraz de solución de venoclisis entre el brazo y hemitórax derecho. En la reevaluación, se evidencia quemadura tipo ABB comprometiendo brazo, antebrazo, axila y hemitórax derecho 8% SQ.

El manejo consistió en aseos quirúrgicos, el día 13 post quemadura se realiza escarectomía tangencial por profundización de la quemadura.

Se analizan probables zonas donantes. Por nuestra experiencia, y las dificultades de tomar un injerto en una piel tan delgada como la de un RN, decidimos realizar injerto dermoepidérmico de cuero cabelludo, ya que minimiza secuelas visibles.

El injerto prendió 100%, no presentó complicaciones quirúrgicas.

Durante su seguimiento observamos adecuado crecimiento capilar del cuero cabelludo, sin zonas alopecias; cicatrices en hemitórax y extremidad superior derecha sin compromiso funcional.

Discusión: Este caso constituye un desafío por el contexto en el que ocurrió el accidente y la consecuente predisposición de los padres ante el equipo hospitalario, la fragilidad inherente al neonato, inmadurez de sus tejidos y la responsabilidad de decidir su manejo en relación con la zona donante que deje menos secuelas, pero a su vez con riesgo de profundización y alopecia ya que la piel del RN es excesivamente delgada para la toma de injertos.

Existe escasa literatura con reporte de zonas donantes de cuero cabelludo en recién nacido.

## **CP-P16) MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE UN QUISTE DERMOIDE NASOETMOIDAL CON EXTENSIÓN INTRACRANEAL: REPORTE DE UN CASO.**

Giugliano, C.(1); Ortiz, J.(2); Carvajal, M.(2); Ghazal, M.(3);

(1): Clínica Alemana, Santiago, Chile (2): Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile (3): Universidad de Viena, Viena, Austria

**Introducción:** Los quistes dermoides nasoetmoidales son malformaciones congénitas infrecuentes de origen ectodérmico que pueden tener extensión intracraneal, aumentando así su complejidad. Dada su potencial recurrencia y complicaciones asociadas, es fundamental contar con un diagnóstico y un abordaje quirúrgico adecuado. Se presenta el manejo de un quiste dermoide nasoetmoidal con extensión intracraneal.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 14 años que consulta por disconfort estético relacionado con la morfología de su nariz. Al examen físico destaca un leve hipertelorbitismo, frente prominente, nariz gruesa con un dorso alto nodular y una pirámide nasal ancha. Identificando un orificio cutáneo en la zona de transición entre la punta nasal y la columela, con drenaje sebáceo a la compresión. Se realizan estudios de imagen, incluyendo tomografía computarizada y resonancia magnética, que muestran una lesión quística que discurre desde la punta nasal por bajo los huesos propios nasales, infiltrando el tabique óseo y cartilaginoso; destacando un descenso de tejido encefálico del giro recto derecho a través de un foramen ciego amplio. Con diagnóstico de quiste dermoide con extensión intracraneal, se opta por un enfoque quirúrgico combinado, involucrando a los equipos de Cirugía Plástica, Neurocirugía

y Otorrinolaringología. La técnica quirúrgica comprende un abordaje bicoronal con craneotomía frontal asociado a una rinoseptoplastía abierta aislando el agujero de salida cutáneo en forma independiente del colgajo de piel, logrando la excisión completa del quiste. El análisis histopatológico confirmó el diagnóstico. Durante un seguimiento de diez años, la paciente mostró resultados estéticos satisfactorios y sin recurrencias.

**Conclusión:** La intervención quirúrgica interdisciplinaria es crucial para la completa excisión de los quistes dermoides nasoetmoidales con extensión intracraneal. La evaluación preoperatoria con imágenes es esencial para determinar la extensión de la lesión, y el seguimiento a largo plazo es fundamental para monitorizar posibles complicaciones. Este caso subraya la importancia de un enfoque colaborativo.

## **CG-P56) ATRESIA ESOFÁGICA ASOCIADA A AGENESIA PULMONAR. DESAFÍO TERAPÉUTICO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.**

Blanco Martinez, Á.(1); Leoz Fraile, E.(1);  
(1): Clínica Santa Maria, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN.**

La asociación de Agenesia Pulmonar y Atresia Esofágica con o sin fístula traqueo esofágica es muy rara y altamente letal.

El abordaje terapéutico de estos niños es un desafío para el equipo médico.

¿Cuál es la estrategia quirúrgica?¿Cuál es el abordaje correcto?¿Es igual para Agenesia pulmonar derecha o izquierda?. Hay muchas interrogantes.

La oportunidad de realizar derivación esofágica, gastrostomía (GTT), traqueostomía (TQT), Aortopexia, y otros procedimientos son puntos de análisis en este trabajo.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Presentamos 2 casos tratados en la CSM con esta asociación. Realizamos un estudio retrospectivo del primero y el segundo aún está hospitalizado.

### **RESULTADOS**

Paciente 1: RNPT 34 s con diagnóstico prenatal de Agenesia pulmonar izquierda, presenta Atresia Esofágica tipo 3 . Se realiza toracotomía derecha con ligadura de la FTE y GTT. A los 5 meses nuevo abordaje torácico derecho logrando anastomosis esofágica adecuada. 20 días después se realiza una TQT por estenosis subglótica y traqueomalacia severa. Evolucionó con múltiples problemas traqueales hasta los 3 años. A los 3,5 años cierre de GTT y TQT . Actualmente tiene 11 años y una vida totalmente normal.

Paciente 2: RNT 39 s, con sospecha prenatal de Agenesia pulmonar derecha, presenta Atresia Esofágica tipo 3. Al segundo día de vida, por Toracotomía derecha, se ocluye FTE con clips y no se logra realizar anastomosis esofágica, por problemas de compresión cardíaca. A los 20 días se realiza anastomosis T-T esofágica por toracotomía izquierda. A los 60 días por broncomalacia se realiza Aortopexia, a los 80 días GTT con antireflujo y simultáneamente dilatación esofágica endoscópica. Actualmente tiene 90 días de vida, comenzando su alimentación por boca y disminuyendo el apoyo respiratorio.

## CONCLUSIÓN

El pronóstico de estos pacientes depende de un manejo médico/quirúrgico muy riguroso e intensivo en su función respiratoria y una adecuada corrección quirúrgica de su patología.

## CG-P57) ABORDAJE CERVICAL DE ATRESIA ESOFÁGICA CON FÍSTULA TIPO C, REPORTE DE CASO

Canahuate Bravo-iratchet, A.(1); Pedrero M., M.(2); Weibel B., A.(2);

(1): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): Hospital Luis Calvo Mackenna, ,

Reporte de caso:  
Abordaje cervical de atresia esofágica con fístula tipo C, reporte de caso

Área temática:

Cirugía neonatal

Modalidad de presentación:

E-Poster

Introducción:

La atresia esofágica (AE) tipo C es la forma más común de esta malformación congénita. En esta, hay discontinuidad esofágica; el segmento proximal termina en un saco ciego y el distal forma una conexión anormal con la tráquea. La fístula generalmente se localiza

adyacente a la carina. El tratamiento consiste en el cierre de la fístula y anastomosis primaria o diferida de los segmentos esofágicos, habitualmente por toracotomía. Se presenta un caso de abordaje cervical de una AE tipo C.

Descripción del caso:

Paciente RNT masculino. Al nacer evoluciona con distress respiratorio e instalación frustra de SNG, con loop de ésta en la radiografía, aire en la cámara gástrica. Se diagnostica una AE tipo C.

Se realiza revisión de vía aérea (RVA) en la que se observa fístula localizada 8 anillos sobre la carina. En radioscopia se identifican fístula y cabo proximal a nivel cervical. Mediante cervicotomía derecha se liga y secciona fístula y se re-anastomosa esofago sin tensión con instalación de drenaje. Al 4to día presenta filtración, resuelta con manejo médico. Extubación al octavo día. Alta al día 35. Actualmente en seguimiento fonocardiográfico por aspiración, en espera de gastrostomía (11 meses edad).

Conclusión:

Existen escasos casos publicados de abordaje cervical en AE. Destacamos la importancia de realizar una RVA previo a la cirugía para establecer la anatomía y poder determinar la vía de abordaje. El caso presentado pretende aportar mayor evidencia para establecer que pacientes se beneficiarían de este abordaje, y conocer el seguimiento postoperatorio.

## **CG-P58) ANESTESIA ESPINAL EN PREMATUROS EXTREMOS: ¿UNA ALTERNATIVA A CONSIDERAR? UNA SERIE DE CASOS EN HERNIORRAFÍA INGUINAL**

Pérez De Arce, C.(1); Maureira, V.(2); Montedónico, S.(3);

(1): Residente Cirugía Pediátrica, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile (2): Anestesiista pediátrica, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile (3): Cirujano Pediatra, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción

En neonatos, ex prematuros y lactantes con enfermedades respiratorias y neurológicas, la resolución quirúrgica de una hernia inguinal es desafiante para el equipo por los riesgos que implica la anestesia general: exposición a neurotoxicidad de anestésicos, uso de ventilación mecánica (VM) y complicaciones asociadas a prematuridad, siendo la Anestesia Espinal (AE) una alternativa en este grupo.

Nuestro objetivo es presentar una serie de casos de lactantes ex prematuros extremos (<32 semanas de edad gestacional) sometidos a herniorrafía inguinal unilateral bajo AE y evaluar su rendimiento en un centro hospitalario terciario.

## Material y Método

Entre enero 2022 y julio 2024 se realizaron en nuestro centro cinco hernioplastias inguinales unilaterales bajo AE con Bupivacaína isobara 0.5%, sin sedación. Los pacientes fueron monitorizados durante y después del procedimiento. Se registraron datos demográficos, del procedimiento anestésico-quirúrgico y evolución postoperatoria.

## Resultados

Los cinco casos fueron varones, con lateralidad 4:1 izquierda: derecha. La edad gestacional y el peso al nacer promedio fueron 27 semanas y 910 gramos respectivamente. La edad y peso promedio al momento de la cirugía fueron 41 semanas postconcepcionales y 3600 gramos. Las comorbilidades más frecuentes fueron Enfermedad membrana hialina, Displasia broncopulmonar y daño neurológico. El tiempo anestésico promedio fue 13 minutos. 4/5 AE fueron punción única. El tiempo quirúrgico promedio fue 22 minutos, en condiciones quirúrgicas adecuadas para el cirujano. Todos vuelven a neonatología para recuperación postoperatoria. La analgesia postoperatoria fue multimodal, con paracetamol, sin uso de opioides. No se registraron apneas, uso de VM, complicaciones anestésicas, quirúrgicas postoperatorias.

## Conclusión

La AE demostró ser segura y eficaz en esta serie, siendo una técnica a considerar por sus beneficios quirúrgico-anestésicos en esta población de riesgo, incluyendo: menor exposición a anestésicos, menor tiempo de uso de quirófano, no uso de VM, retorno a neonatología con sus padres, entre otros.

## CG-P59) SARCOMA EMBRIONARIO DEL HÍGADO, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HAMARTOMA HEPATICO

Torres Paredes, C.(1); Mora Fritis, C.(1); Lira Gatica, J.(2); Valdivia, N.(2); Feuerhake, S.(2); Olivos, M.(2); Godoy Lenz, J.(3);

(1): Médico Cirujano, Residente de Cirugía Pediátrica, Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Cirujano pediátrico, Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile (3): Cirujano pediátrico, Hospital Luis Calvo Mackena, Clinica Alemana, Santiago, Chile

**Introducción:** El Sarcoma Embrionario del Hígado (SEH) es una neoplasia maligna que afecta principalmente a niños de 6 a 10 años, representando entre el 6-13% de los tumores hepáticos malignos pediátricos. Se manifiesta con dolor abdominal y masa palpable, con lesiones quísticas en ecografía. Este trabajo tiene como objetivo destacar la complejidad diagnóstica del SEH y realizar una revisión de la literatura.

**Caso clínico:** Paciente femenina de 12 años, sana, presenta dolor en hemiabdomen derecho. La ecografía sugiere quistes hidatídicos complicados. Se realiza laparoscopia exploradora que muestra lesión hepática con sangrado activo, que se logra controlar; se envía muestra a biopsia. Ingres a UCI por inestabilidad hemodinámica, evoluciona favorablemente y es dada de alta. La biopsia sugiere hamartoma mesenquimatoso roto hemorrágico. Reingresa por dolor 2 meses después; TC muestra aumento de la lesión hepática por sangrado intralesional. Se realiza hepatectomía derecha, evidenciando masa quística que compromete todo el lóbulo hepático derecho, con sangrado abundante, asociado a glándula suprarrenal derecha indurada. Se recibe biopsia que informa sarcoma embrionario hepático con compromiso suprarrenal. Se presenta a comité nacional y se decide tratamiento según protocolo de rhabdomiosarcoma.

**Discusión y conclusión:** La presentación de SEH con hemoperitoneo por ruptura, como en el caso reportado, es infrecuente. Histológicamente presenta células indiferenciadas y una mezcla de componentes quísticos/mixoides y sólidos. Su similitud histológica y molecular con el hamartoma mesenquimático puede retrasar el diagnóstico, especialmente con muestras no representativas, algo común en hemorragias significativas. Aunque suelen presentarse a diferentes edades, la distinción por imágenes puede ser difícil, llevando a diagnósticos erróneos y manejo inadecuado. El tratamiento óptimo incluye hepatectomía parcial y quimioterapia, con sobrevida del 70% a 5 años. Dada la dificultad en el diagnóstico y los casos

reportados de malignización de hamartomas, se sugiere una resección quirúrgica precoz ante sospecha de hamartoma en población pediátrica.

## **CG-P60) MANEJO CON IMANES DE ESTENOSIS ESOFÁGICA COMPLETA POSTQUIRÚRGICA EN ATRESIA ESOFÁGICA: REPORTE DE UN CASO**

Catán, C.(1); López, C.(1); Vásquez, P.(1); Rojas, M.(1); Hachim, A.(2); Peña, A.(2); Ebensperger, A.(2);

(1): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La atresia esofágica es una patología compleja con variadas complicaciones, siendo una de las más frecuentes la estenosis esofágica. Existen múltiples manejos descritos en la literatura para esto, ya sea dilatación con balón o con dilatadores especiales. Recientemente ha surgido el manejo con imanes para esta complicación. El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico de estenosis esofágica completa, manejada con imanes.

**RESUMEN DEL CASO:** Recién nacido pre-término de 34 semanas, con Síndrome de Down, operado de atresia esofágica tipo C long gap con tracción esofágica externa (4 días de vida), logrando elongación adecuada y cierre 7 días después (11 días de vida), sin incidentes. A los 11 días postoperatorios sufre perforación iatrogénica de anastomosis con sonda nasogástrica (SNG), con manejo médico con antibióticos, evolucionando con estenosis completa de la anastomosis, que no permite paso de guía hidrofílica en endoscopía (EDA), por lo que se realiza gastrostomía (GTT) para alimentación. A los 3 meses de vida, se instalan imanes de joyería combinados de 6 mm de diámetro por vía endoscópica, uno por superior y otro por GTT, confirmando posición adecuada con radioscopia, con distancia de 2mm entre ellos. Se hizo seguimiento clínico-radiográfico por 7 días, hasta visualizar imanes unidos, movilizados y ausencia de sialorrea. En ese contexto se decide retirar imanes, con paso posterior de SNG. Se realiza EDA que confirma apertura de estenosis, logrando paso de dilatador Savary de 21 Fr. Evoluciona favorablemente, con dilataciones endoscópicas seriadas con buena respuesta logrando un ancho de 29 Fr, en rehabilitación.

**CONCLUSIÓN:** El manejo con imanes de estenosis esofágica completa, en pacientes operados de atresia esofágica, es una buena herramienta terapéutica, con buenos resultados a corto y largo plazo con baja tasa de complicaciones reportadas, por lo que debe ser considerado como opción terapéutica en estos casos.

## **CG-P61) ENTEROPLASTÍA SERIAL TRANSVERSA EN NEONATO CON ONFALOCELE Y ATRESIA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO**

Ferrero, M.(1); Veyl, N.(1); Gallardo, C.(1); Díaz, A.(1); Godoy, J.(2);

(1): Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, SANTIAGO, Chile (2): Hospital La Florida Dra. Eloísa Díaz, Clínica Alemana de Santiago, SANTIAGO, Chile



**Introducción:** El onfalocele es un defecto congénito de la pared abdominal que consiste en el prolapso de contenido abdominal cubierto por amnios. La asociación de onfalocele con atresia intestinal es rara. Está descrito el uso de Enteroplastía Serial Transversa (STEP) en neonatos para el manejo de insuficiencia intestinal. **Objetivo:** Mostrar el uso de STEP en un neonato con atresia intestinal asociada a onfalocele.

**Caso clínico:** Recién nacida prematura producto de embarazo interrumpido a las 36 semanas por dilatación de asas intraabdominales. Se sospecha atresia intestinal por lo que se lleva a pabellón. Hallazgo de atresia intestinal Tipo 1 yeyuno-ileal con segmento proximal dilatado mayor a 3 cm. Se decide realizar STEP a los últimos 20 cm de intestino dilatados proximal a la atresia. Anastomosis término-terminal de segmento proximal dilatado a segmento distal a la atresia espatulando el extremo distal para lograr un diámetro adecuado. Instalación de sonda de alimentación percutánea a través de todo el STEP y trans-anastomótica. Se inicia estímulo enteral a los 6 días de vida y logra alimentación enteral completa a los 20 días. La sonda se retira a los 21 días de vida. Alta a los 23 días. Control a los 7 meses con buen incremento ponderoestatural, sin requerimiento de nutrición parenteral.

**Discusión y conclusiones:** El STEP no es un procedimiento habitual en neonatos, pero está descrito su uso en el síndrome de intestino corto en este grupo etario. Presentamos este caso ya que el STEP podría considerarse en forma primaria en recién nacidos que presenten la dilatación suficiente para su realización, incluso el primer día de vida.

## CG-P62) PERFORACIÓN YEYUNAL SECUNDARIA A USO DE CINTURÓN DE SEGURIDAD EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SERIE DE 2 CASOS

Bustos, N.(1); Castillo, F.(1); Ceballos, V.(1); Norambuena, C.(1); Alvarado, M.(1); Burgos, J.(1); (1): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

### Introducción

La perforación intestinal secundaria al trauma abdominal cerrado es una entidad poco frecuente, pero relevante por sus implicancias clínicas. Nuestro objetivo es exponer 2 casos de traumatismo abdominal cerrado complicado, secundario al uso de cinturón de seguridad (CS) en accidente de tránsito y la importancia de la progresión clínica con respecto a la conducta terapéutica.

### Método

Previo autorización de los padres de los pacientes se recopiló información de la ficha clínica.

### Resultados

Presentamos dos pacientes de 12 y 10 años, traídos a la urgencia tras accidentes vehiculares, sin víctimas fatales ni eyección de habitáculo. Ingresaron estables, destacando al examen

físico lesiones erosivas y equimosis en abdomen inferior en relación a CS. Se realizó una tomografía computada con contraste, que mostró líquido libre abdominal y en uno de ellos aire extraluminal. Dado clínica de dolor abdominal difuso persistente asociado a resistencia muscular que progresó en reevaluación a irritación peritoneal, se decidió laparotomía exploradora. En la paciente femenina se describió perforación de 2 cm en el margen antimesentérico del yeyuno a 10 cm del ángulo de Treitz (AT); además se decidió resección de 10 cm proximales a lesión por asas de vitalidad dudosa. En el paciente masculino se describió perforación asociada a hematoma mesentérico a 25 cm del AT; también requirió resección de 5 cm de yeyuno. En ambos pacientes se realizó anastomosis término-terminal. Los dos cursaron su postoperatorio en cuidados intensivos, requiriendo la paciente femenina una reintervención en la que se realizó aseo de colecciones. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente en su estadía hospitalaria y en el seguimiento ambulatorio posterior.

#### Conclusión

En casos de politraumatismo es importante la sospecha clínica acuciosa y la progresión de la sintomatología para tomar conducta, independiente de las lesiones cutáneas o resultados en imágenes. Para disminución de la morbimortalidad la resolución quirúrgica debe ser oportuna.

## SP3-V1030) SESIÓN DE PÓSTERS 3 (VIERNES 10:30-11:00)

### CG-P63) DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE BASADOS EN SIGNOS DE LESION INTESTINAL

Zanotti - Cavazzoni, A.(1); Mendieta, C.(1); Dias Lugo, C.(1);  
(1): CENTRO MEDICO LA COSTA, Asunción, Paraguay

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE BASADOS EN SIGNOS DE LESION INTESTINAL.

#### INTRODUCCION:

Siguiendo los criterios y clasificación de Bell, persisten las dificultades para diagnosticar Enterocolitis Necrotizante (E.C.N.) en recién nacidos (R.N.). No consideran al grupo “en riesgo” y están basados en parámetros subjetivos.

Proponemos realizar el diagnóstico y “Clasificar en grupos clínicos” en base a antecedentes perinatales y datos clínicos, laboratoriales y radiológicos ojetivos, de lesión intestinal.

#### METODO:

Revisión observacional, retrospectiva de pacientes de la unidad de terapia intensiva (U.T.I.) del 2008 – 2019, catalogados como E.C.N., según los criterios de Bell. Fueron incluidos los que tenían datos completos.

#### RESULTADOS:

25 de 42 expedientes cumplían criterios de inclusión en busca de signos objetivos de lesión intestinal.

Signos clínicos: Distensión Abdominal 76% (19/25); Rectorragia macroscópica 28% (7/25).  
Signos laboratoriales: Test de Guayaco 60% (15/25); Discrasia sanguínea 56% (14/25).

Signos radiológicos: Dilatación de asas intestinales 96% (24/25); Edema de pared intestinal 76% (19/25); Neumatosis Intestinalis (N.I.) 44% (11/25).

Solo los pacientes con N.I., fueron diagnosticados como E.C.N. en estos expedientes.

#### DISCUSIÓN.

Postulamos que el grupo de “R.Ns. en riesgo” de E.C.N., lo constituyen todos los R.Ns. que ingresan a U.T.I., por estar en riesgo de vida.

Signos objetivos de lesión intestinal:

a. Clínicos: Distensión abdominal; Sangrado intestinal macroscópico.

b. Laboratoriales: Discrasias; Sangre oculta en heces; PCR; Procalcitonina; Calprotectina; I-FABP.

c. Radiológicos: Dilatación de asas; Edema de pared.; N.I.; Neumoperitoneo.

Clasificación:

GRUPO I: Riesgo de E.C.N..

GRUPO II: Sospecha de E.C.N.

GRUPO III: E.C.N. establecida.

GRUPO IV: E.C.N. complicada.

#### CONCLUSIONES:

1.- Los signos de lesión intestinal considerados, son más frecuentes y precoces que la Neumatosis, para diagnosticar E.C.N.

2.- La “Clasificación en Grupos Clínicos”, podría reemplazar a la “Clasificación de Bell”.

3.- “Para muestra vale un botón”; Los datos son consistentes, pero el Universo pequeño y necesitan validación.

## **CG-P64) PUNCION LAPAROSCOPICA DE QUISTE OVARICO GIGANTE NEONATAL, PRESENTACION DE CASO CLINICO**

Silva, A.(1); Retamales, F.(2); Colmenares, T.(2); Conti, T.(2); Castillo, C.(2);

(1): HOSPITAL DE IQUIQUE, IQUIQUE, CHILE (2): HOSPITAL DE IQUIQUE, IQUIQUE,

INTRODUCCION: El quiste ovárico es la masa quística abdominal más frecuente en neonatas. Su diagnóstico prenatal ha aumentado por la mejora en los equipos ecográficos. Tenemos quistes simples y complejos según sus características y el curso natural de la mayoría es a la regresión progresiva por la interrupción de la estimulación hormonal materna, siendo su manejo es conservador. Los quistes de gran tamaño tienen mayor riesgo de complicaciones con pérdida del ovario afectado siendo su manejo más quirúrgico. La punción guiada por laparoscopia es una técnica mínimamente invasiva que busca disminuir riesgo de complicaciones con una mínima intervención en el ovario para su mejor preservación.

CASO CLINICO: RNT con diagnóstico prenatal ( 33 semanas) de quiste intrabdominal de 7 x 7 x 6 cm evaluada al nacer por equipo quirúrgico. Al examen físico abdomen globuloso con masa móvil palpable en epigastrio y flanco izquierdo, abdomen blando y depresible. Radiografía de abdomen desplazamiento de asas a derecha por efecto de masa. Ecografía abdominal: quiste simple de 8,7 x 6,7 x 4,8 cm de pared fina y regular de probable origen ovárico. RN presenta problemas de alimentación por lo que se decide manejo quirúrgico. Al 4º día de vida se realiza laparoscopia exploradora observando gran masa quística de ovario izquierdo sin signos de complicación. Se realiza punción evacuadora bajo visión sin incidentes. En seguimiento ecográfico a los 5 meses de vida quiste simple de 3 cm de diámetro en ovario izquierdo que desaparece en control al año de vida sin otras complicaciones.

CONCLUSIONES: Los quistes ováricos gigantes neonatales tienen alto riesgo de complicación principalmente torsión uterina, por lo que su manejo es principalmente quirúrgico. La punción evacuadora bajo visión laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva que permite realizar diagnóstico diferencial y una punción segura siendo un procedimiento rápido y eficaz.

## **CG-P65) MANEJO QUIRÚRGICO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN UN CENTRO TERCIARIO: EXPERIENCIA EN 10 AÑOS**

Vuletin, F.(1); Muñoz, C.(2); Moreno, M.(2); Olivares, C.(2); Pattillo, J.(1); Zavala, A.(1); Sáez, J.(1);

(1): Sección de Cirugía Pediátrica, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de

Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, Santiago, Chile (2):  
Residente Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia  
Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** La hernia diafragmática congénita (HDC) tiene una incidencia de 1/5000 recién nacidos (RN). En su pronóstico destaca una mortalidad considerable, reportada entre un 20-30%. El objetivo del estudio es comunicar la experiencia en el manejo quirúrgico de HDC en los últimos 10 años en un centro hospitalario.

**Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de RN con diagnóstico de HDC posterolateral entre 2014 y 2023. Se incluyeron solo los pacientes con registro completo y operados en nuestro centro. Se extrajeron datos demográficos y clínicos del registro institucional. Se utilizó estadística descriptiva.

**Resultados:** En el período descrito se operaron 161 RN con HDC. 85% fueron de término, predominando el género masculino (60,2%). 80,1% de los pacientes presentaron defecto izquierdo, 64,5% fueron clasificados como C/D, y 69,5% presentó ascenso hepático. Un 89,4% de los pacientes se abordaron por laparotomía subcostal y 10,5% por videotoracoscopia, con una mediana de 4 días de vida al momento de la cirugía. La mayoría se reparó con malla sintética (60,2%), seguida por cierre primario y luego colgajo local. El cierre de la pared en su mayoría fue primario o con malla, solo 10 pacientes se manejaron con silo y cierre diferido. 59 pacientes (36,6%) requirieron conexión a circulación extracorpórea (ECMO) previo a su cirugía para manejo de hipertensión pulmonar. Un 41,6% de los pacientes presentaron complicaciones postoperatorias: la más frecuente fue ocupación pleural (11,8%), seguida por obstrucción intestinal (11,1%) e infección de herida operatoria (11,1%). La estadía hospitalaria promedio fue de 67 días. La mortalidad de la serie fue de 20,5%.

**Conclusión:** La HDC es una patología compleja, cuyo abordaje debe ser multidisciplinario. Nuestros resultados son comparables a los reportados en la literatura, destacando una alta proporción de defectos de mayor tamaño y de pacientes que requirieron ECMO, probablemente explicada por ser centro de derivación para esta patología.

## CG-P66) PERFORACIÓN DE COLON TRANSVERSO EN PACIENTE CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA. REPORTE DE UN CASO.

Henríquez, F.(1); Montero, I.(1); Pattillo, J.(1); Sáez, J.(1); Vuletin, F.(1);  
(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** Las perforaciones intestinales previas a la reparación de una hernia diafragmática congénita (HDC) en recién nacidos (RN) son infrecuentes, con pocos casos documentados en la literatura. Su etiología es generalmente desconocida, sin embargo, se sugiere que pueden presentarse en el periodo prenatal o de estabilización del paciente. Se presenta un caso de un RN con diagnóstico antenatal de HDC y perforación colónica como hallazgo intraoperatorio.

**Caso clínico:** RN de término masculino, adecuado para la edad gestacional, con diagnóstico prenatal de HDC izquierda con LHR O/E 36%. Al segundo día de vida evoluciona con acidosis metabólica, hiperglicemia y elevación de parámetros inflamatorios. Destaca virus herpes en líquido cefalorraquídeo y se aísla Escherichia coli en urocultivo, por lo que inicia tratamiento antiviral y antibioterapia, logrando mejoría clínica. Al noveno día se realiza reparación quirúrgica de HDC, encontrando defecto tipo B y perforación contenida del colon transversal intratorácico. Se realiza resección de segmento perforado y colostomía terminal, además de plastia diafragmática. Biopsia diferida de pieza quirúrgica revela infarto hemorrágico transmural de intestino grueso.

**Discusión:** La incidencia documentada de HDC es de 1 cada 5.000 a 10.000 RN vivos. Existen escasos reportes de perforaciones intestinales como la presentada en este trabajo, y su manejo no ha sido ampliamente discutido. Se prefirió la ostomía sobre una reparación primaria como alternativa de salvataje en un paciente grave, con perforación colónica y patología infecciosa concomitante objetivada. Si bien no existe consenso respecto al manejo óptimo, estas complicaciones inciden de manera importante en la evolución y pronóstico del paciente, especialmente en el manejo de la hipertensión pulmonar.

**Conclusión:** Las perforaciones intestinales asociadas a HDC son extremadamente infrecuentes e impactan significativamente en la evolución de los pacientes. Es esencial el reporte de casos para aportar a la discusión y manejo de estos pacientes.

## CG-P67) MIGRACIÓN ESCROTAL DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULOOPERITONEAL EN UN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA

Lavado, I.(1); Kurtzig, A.(2); Guelfand, M.(3);

(1): Residente de Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile, Santiago, Chile, Santiago, Chile (2): Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile, , (3): Cirujano Pediátrico, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA, ,

**Introducción:** Las válvulas de derivación ventrículooperitoneales (VDVP) son una opción terapéutica para tratar la hidrocefalia en niños y adultos. Aunque suelen ser efectivas y seguras, pueden presentar complicaciones como infección, obstrucción y, raramente, migración. La migración escrotal es una complicación infrecuente, vinculada a la persistencia del conducto peritoneovaginal y a una presión intraabdominal elevada, lo que puede afectar las estructuras circundantes y aumentar el riesgo de malfunción.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un recién nacido pretérmino de 32 semanas de gestación, sin antecedentes prenatales, peso adecuado para la edad gestacional, con antecedentes de hemorragia intraventricular grado III bilateral e hidrocefalia triventricular normotensiva secundaria. Patología manejada al 25º día de vida con la instalación de una VDVP. Durante el postoperatorio mediato, al examen físico destaca cuerpo extraño palpable a nivel escrotal derecho, sin deterioro neurológico ni otros síntomas asociados. La radiografía

de abdomen en proyección anteroposterior, se visualiza extremo de la VDVP en región escrotal sugerente de migración del mismo.

A los 30 días de vida, se llevó a cabo una laparoscopia exploradora, que confirma la migración de la VDVP hacia el escroto derecho a través del canal inguinal ipsilateral. Además, se observó persistencia del conducto peritoneovaginal izquierdo. Bajo visión directa, vía laparoscópica se reubicó el extremo distal de la VDP desde el escroto hacia la cavidad abdominal. Posteriormente, a través de un abordaje inguinal se realizó una hernioplastia inguinal bilateral, sin incidentes.

El paciente mostró una evolución favorable en el postoperatorio sin complicaciones adicionales.

**Conclusiones:** Este caso subraya la importancia de la identificación temprana clínica e imagenológica de la migración de la VDVP. Se requiere un manejo quirúrgico oportuno para evitar mayor morbilidad neurológica o urológica. La intervención laparoscópica resultó ser un abordaje eficaz, mínimamente invasivo, para corregir esta inusual complicación en un recién nacido.

## **CG-P68) RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN LINFÁTICA RETROPERITONEAL POR INCISIÓN PERIUMBILICAL EN UN RECIÉN NACIDO.**

Alvarez Izaguirre, J.(1); Mendoza Plata, A.(2); Ubias Osorio, J.(1);

(1): Hospital Materno Infantil ISSEMYM, Toluca, México (2): Hospital para el niño IMIEM, Toluca, México

Introducción.

El linfangioma quístico retroperitoneal en el recién nacido es un tumor benigno, poco frecuente, suelen ser asintomáticos. Las opciones de tratamiento incluyen drenaje, escleroterapia y resección quirúrgica. La relevancia de este caso es la incidencia, el reto diagnóstico y la decisión de una incisión mínima para su resección.

Descripción del caso.

Paciente femenino de término internada en sus primeras horas de vida para abordaje por diagnóstico prenatal de tumoración abdominal quística >5cm. A la exploración general solo se identifica a la palpación abdominal tumoración blanda, móvil, no dolorosa, resto de exploración aparente normal, evacuación y micción espontánea, se decide vía oral, niveles de alfafetoproteína y gonadotropina coriónica humana rangos normales, Ultrasonido abdominal postnatal con imagen hipoecogénica de >5cm quística aparente dependiente de ovario derecho, TC de abdomen con imagen hipodensa, quística de 57x48mm que desplaza

polo renal derecho, asas intestinales y vejiga, invade a retroperitoneo, sin calcificaciones, se decide resección quirúrgica por abordaje circumbilical, se coloca retractor de heridas Alexis Xs, observamos tumoración quística y se drena de manera electiva más de 40ml de líquido citrino, permitiendo una disección segura de las caras laterales del tumor al polo inferior renal, uréter derecho y ovario, íntimamente adherido a pared muscular posterior en retroperitoneo, se logra retirar en su totalidad sin complicaciones, extubación en las primeras 24 horas post quirúrgicas, se inicia la vía oral y se egresa a los 4 días por poliuria post obstructiva en manejo conservador, reporte de patología tumoración benigna linfática.

Conclusión.

Considerando que los tumores retroperitoneales son excepcionales, 0.2% de todas las neoplasias, el linfangioma es responsable de 1.2%. La clínica por lo general es asintomática, se decidió tratamiento quirúrgico por el tamaño y compromiso de otros órganos con resección completa por una herida mínima logrando además un resultado estético favorable a nuestra paciente.

## **CG-P69) MANEJO DE NEUMONÍA NECROTIZANTE CON LOBECTOMÍA EN NEONATO PREMATURO EXTREMO**

Leiva, R.(1); Donoso, C.(1); Guzmán, D.(1); Leiva, M.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

Las lobectomías en recién nacidos son infrecuentes y generalmente se realizan por malformaciones pulmonares sintomáticas. Ante la ausencia de reportes de lobectomías por neumonías complicadas en recién nacidos, se presenta este caso clínico. Objetivo: Describir caso de neumonía necrotizante con manejo quirúrgico de lobectomía en un recién nacido prematuro.

### **CASO CLÍNICO**

Paciente femenina prematura extrema, Gemelar I, 25 semanas de edad gestacional, peso nacimiento 774 g. Al mes de vida cronológico, cursa con enterocolitis necrotizante manejada médicamente requiriendo ventilación mecánica invasiva (VMI) por 48 horas. Cinco días después presenta apremio ventilatorio, y neumotórax espontáneo extenso a izquierda manejado inicialmente con punciones pleurales, intubación y posterior pleurostomía. La radiografía de tórax mostró pleuroneumonía en el lóbulo inferior izquierdo (LII) con líquido pleural hematopurulento, con cultivo positivo para *Staphylococcus aureus* meticilino-



resistente (SAMR+). Desarrolló una gran bula en el mismo lóbulo, dependiente de VMI, con múltiples intentos frustrados de extubación.

Se realizó toracotomía exploradora que confirmó la presencia de gran bula aérea en parénquima pulmonar. Se efectuó aseo de la cavidad pleural y se intentó el cierre de la bula sin mejoría clínica significativa. Ante la persistencia de la condición clínica y dependencia de VMI, se decide realizar lobectomía del LII cuando la paciente alcanzó un peso de 2,4 kg. En el postoperatorio sin complicaciones quirúrgicas, siendo extubada satisfactoriamente al décimo día.

## CONCLUSIÓN

La lobectomía en recién nacidos, aunque infrecuente fuera del contexto de malformaciones pulmonares, puede ser una opción efectiva en casos seleccionados de neumonías necrotizantes complicadas. En el caso reportado, la paciente presentaba una evolución desfavorable a pesar de manejo intensivo, destacando la lobectomía como medida determinante para una mejoría significativa y que permitió la extubación exitosa. Resecciones pulmonares en neumonías graves y refractarias deben ser consideradas en recién nacidos cuando el tratamiento convencional no logra una mejoría significativa.

## CG-P70) DIEZ AÑOS DE ANÁLISIS DE RECLAMOS E INSATISFACCIÓN USUARIA EN PEDIATRÍA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN CHILE

Cuevas, C.(1); Mena, J.(2); Montedónico, S.(3); Velarde, J.(2);

(1): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago, Chile (2): Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar, Chile (3): Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

**Introducción:** La insatisfacción usuaria en salud, asociada o no a un evento adverso, puede derivar en un reclamo. Los reclamos y las demandas por mal praxis han aumentado considerablemente. Los niños tienen características que pueden dificultar o retrasar los diagnósticos y verse expuestos a eventos adversos, con el consiguiente mayor riesgo de reclamo.

El objetivo de este trabajo es analizar la proporción de reclamos en el área pediátrica respecto al área de adultos e identificar y analizar las causas más frecuentes de reclamos en Cirugía Pediátrica.

**Material y método:** Estudio observacional, descriptivo con orientación analítica. Se cuantificaron los reclamos ingresados a través de la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) y se analizaron los reclamos de la Unidad de Responsabilidad Clínica (URC) en el Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, en un periodo de 10 años. Se cuantificaron los

reclamos del área pediátrica, se compararon con el área de adultos, y se identificaron las patologías por las cuales más se reclama en Cirugía Pediátrica.

**Resultados:** Se recibieron 29.583 reclamos, que corresponden al 1,7% del total de atenciones. 1582 (0,23%) corresponden al área pediátrica. Del total de reclamos pediátricos, 63 fueron analizados en la URC siendo 29 de ellos por una patología quirúrgica. La causa más reclamada en Cirugía Pediátrica es el retraso o error diagnóstico y la patología fue la apendicitis aguda. Sólo un caso quirúrgico culminó en demanda, lo cual constituye el 0,06% del total de reclamos pediátricos.

**Conclusión:** Los reclamos han aumentado de manera sostenida en los últimos años, siendo los reclamos del área pediátrica menos frecuentes que de la área de adultos. En Cirugía Pediátrica, la apendicitis aguda es la patología que más se reclama. El retraso o error diagnóstico es la principal causa de reclamos. Un porcentaje mínimo de reclamos culmina en demanda.

## CG-P71) IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN LA PRESENTACIÓN Y MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS

Cruz, D.(1); Ramos, A.(2); Valenzuela, M.(2); Rodriguez, J.(2);

(1): Complejo Asistencial Victor Rios Ruiz, Los Angeles, Chile (2): Hospital Roberto del Rio, Santiago, Chile

La apendicitis aguda (AA) es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en pediatría. Durante la pandemia por COVID-19, el confinamiento enlenteció los procesos quirúrgicos, retrasando la consulta médica. Objetivo: Analizar el impacto de la pandemia en la presentación y manejo de la AA. Pacientes y Método: Cohorte retrospectiva, que incluyó pacientes menores de 15 años atendidos en el servicio de urgencia con diagnóstico de AA, durante marzo a diciembre de periodo prepandémico 2018 y periodo pandémico en 2020. Se analizaron datos demográficos, síntomas, tratamiento y complicaciones. Los pacientes se dividieron en grupos según la gravedad de la afección. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa de un valor de  $p < 0,05$ . Resultados: Se incluyeron 629 pacientes con AA de ambos periodos. El tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas, hasta la consulta del total de pacientes con AA en pandemia fue mayor, con 41,2 horas versus 35,5 horas en prepandemia ( $p < 0,05$ ), y en el subgrupo de apendicitis aguda complicada (AAC) fue de 59,5 horas versus 45,4 horas en prepandemia ( $p < 0,01$ ). El ingreso a unidad de paciente crítico fue mayor en pandemia 3,9% versus 0,6% en prepandemia ( $p < 0,05$ ). En plastrón apendicular, hubo mayor número de días hospitalización en pandemia con 11,6 días versus 7,8 días en prepandemia ( $p < 0,05$ ) y días de tratamiento antibiótico con 17 días en pandemia versus 11,1 días en prepandemia ( $p < 0,05$ ). La vía de abordaje quirúrgico en pandemia fue mayormente laparoscópica, 62,4% ( $p < 0,001$ ). Conclusión: Durante la pandemia hubo retraso en la consulta y mayor requerimiento de manejo intensivo en los pacientes con AA. El tiempo de hospitalización y tratamiento antibiótico de plastrón apendicular fue más extendido y la técnica laparoscópica fue el abordaje de elección.

## CG-P72) ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, REPORTE DE UN CASO.

Rojas, M.(1); Morales, K.(2); De La Torre, M.(2); Catán, C.(1); López, C.(1); Vásquez, P.(1);  
(1): Becada Cirugía Pediátrica Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile (2):  
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones vulvovaginales en la infancia generan alarma en el equipo tratante dado la connotación social que estas tienen por su asociación a Infecciones de transmisión sexual ITS y presunción de abuso.

Las lesiones ulcerativas vulvovaginales responden a múltiples etiologías, las cuales deben ser consideradas, un diagnóstico diferencial es la úlcera de Lipschütz.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 9 años sin antecedentes, acude a servicio de urgencias por lesión genital ulcerada de 4 días de evolución, sin exudado, afebril y sin historia de sospecha de contacto sexual.

Al examen físico destaca lesión única en borde interno de labio mayor derecho de 2x1 cm, ulcerada, de bordes eritematosos y centro blanquecino. Sensible al tacto.

Se hospitaliza y se completa estudio con laboratorio general y panel completo de infecciones de transmisión sexual, ambos sin alteraciones.

A la anamnesis dirigida se rescata antecedente de una semana previa al ingreso presenta cuadro respiratorio agudo con fiebre, odinofagia y congestión nasal, autolimitado.

Evaluada por equipo de infectología y dermatología, se constata cuadro clínico compatible con úlcera de lipschütz, por lo que se decide alta y manejo ambulatorio.

Dos semanas posteriores, paciente es controlada en policlínico de cirugía pediátrica donde se evidencia zona de introito vaginal sana y sin lesiones.

### CONCLUSIÓN

La úlcera de Lipschütz, es una lesión poco frecuente, no relacionada a ITS y autolimitada, se presenta como la aparición aguda de una lesión necrótica ulcerada, dolorosa, localizada a nivel vulvovaginal.

La incidencia es aún indeterminada. La presentación es principalmente en población adolescente, sexualmente inactiva, puede ser precedida por sintomatología respiratoria alta como en el caso de nuestra paciente.

El virus más frecuentemente asociado a este tipo de lesiones es el Virus Epstein-Barr, sin embargo, estudios la asocian a infecciones por múltiples agentes.

Es importante considerarlo como diagnóstico diferencial de ITS de tratamiento médico.

### **CG-P73) EL INDICADOR DE CALIDAD “TASA DE REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO PROGRAMADA” ES MÁS REPRESENTATIVO QUE EL INDICADOR “TASA DE REHOSPITALIZACIÓN” PARA UNA UNIDAD DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA**

Galindo, M.(1); Contreras, C.(2); Benavente, A.(3); Cancino, B.(3); Montedónico, S.(3);

(1): Hospital San Camilo, San Felipe, Chile (2): Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

(3): Hospital Carlos van Buren, Valparaíso, Chile

**Introducción:** La Tasa de Reintervención quirúrgica no programada (RQNP) y la Tasa de Rehospitalización (RH) son dos indicadores de calidad que se utilizan para evaluar y mejorar el desempeño en salud. El objetivo de este trabajo fue analizar ambos indicadores y validar su uso en un Servicio de Cirugía Pediátrica.

**Metodología:** Estudio observacional que revisó los casos de pacientes complicados, que requirieron una RQNP, una RH o ambas durante un periodo de 6 años. Se analizaron la incidencia, indicaciones y causas de estas complicaciones y se compararon los resultados de ambos indicadores de calidad.

**Resultados:** Se realizaron un total de 6.376 cirugías. Hubo 37 RQNP (0,58%) y 20 RH (0,31%) ( $p < 0,05$ ). 2.437 fueron cirugías de urgencia y 3.939 fueron cirugías electivas. Entre las cirugías de urgencia hubo 23 RQNP (0,94%) y 14 RH (0,57%). Entre las cirugías electivas hubo 14 RQNP(0,35%) y 6 RH (0,15%) ( $p < 0,05$ ). Las cirugías mayores ambulatorias tuvieron 3 /1.639 RQNP (0,18%) y 1/1.639 RH (0,06%) versus 11/2.300 (0,47%) y 5/2.300 (0,21%) de las cirugías mayores no ambulatorias ( $p = ns$ ). Se realizaron 1.570 apendicetomías; 8/1.570 (0,5%) requirió una RQNP y 8/1.570 (0,5%) requirió una RH. Las principales indicaciones de RQNP o RH fueron infecciones intraabdominales o de la herida operatoria. La principal causa de RQNP fue por un error técnico durante una cirugía (70%) y la principal causa de RH fue por un error en el tratamiento médico (35%).

**Conclusión:** En cirugía pediátrica, las RQNP son más frecuentes y representativas que las RH. Las cirugías de urgencia tienen un mayor riesgo de someterse a una RQNP o a una RH. La apendicitis aguda es el diagnóstico que más frecuentemente requiere de una RQNP o de una RH. La mayoría de las RQNP se debe a un error técnico durante una cirugía.

## CG-P74) HALLAZGOS INESPERADOS POR TRAUMA PENETRANTE FACIAL: REPORTE DE UN CASO

Guevara, M.(1); Jiménez, A.(2); Ramos, A.(3); Rosas, F.(3);

(1): Universidad de Chile, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

Palabras claves: traumatismo facial, almohadilla de Bichat, herniación, niños, cirugía facial.

### RESUMEN

Introducción: Los traumas en el periodo infantil son frecuentes, no así la herniación de la almohadilla de grasa de Bichat producida por un desgarro de la mucosa bucal y del músculo buccinador. En la práctica clínica es posible enfrentar esta urgencia, por lo que conocer su diagnóstico y manejo es de suma importancia.

Caso clínico: Paciente masculino de 1 año y 3 meses sin antecedentes previos consulta en el Servicio de Urgencia por cuadro ocurrido el día anterior, refiere traumatismo con lápiz dentro de cavidad oral. Ingresó por dolor y aumento de volumen de reciente aparición, al examen físico destaca masa pediculada de color eritemato-violáceo protruyendo hacia la cavidad oral que impresiona glandular. Se decide ingreso a pabellón para exploración, destorsión e introducción a posición anatómica, se evalúa conducto salival que permanece permeable, se toma biopsia y se da de alta con antibiótico vía oral. Evoluciona con infección de tejidos blandos manejándose con drenaje y mantención de antibioticoterapia vía oral, debido a evolución tórpida se hospitaliza resecando tejido graso desvitalizado.

Conclusión: El diagnóstico diferencial incluye granuloma piógeno, pseudotumor inflamatorio, granuloma de cuerpo extraño, neuroma traumático, lipoma, hemangioma y neoplasia salival. El diagnóstico de herniación de almohadilla de Bichat aparece frente a una

historia de trauma con aparición reciente de masa indolora de apariencia adiposa, en sitio anatómico específico. El tratamiento consiste en la reposición o extirpación dependiendo de la vitalidad del tejido. Tener conocimiento de estas patologías poco frecuentes nos llevarán a diagnósticos más certeros con tratamientos adecuados y menos complicaciones.

## **CG-P75) DIÁSTASIS DE RECTOS PERSISTENTE Y HERNIA EPIGÁSTRICA DE UBICACIÓN PARAMEDIANA EN PACIENTE PEDIÁTRICO**

Roldán, N.(1); Sepúlveda, J.(2); González, M.(3);

(1): Cirujana pediátrica, Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE (2): Cirujano pediátrico. Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE (3): Interno de medicina. Universidad de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE

### **INTRODUCCIÓN**

La diástasis de los músculos rectos abdominales (DMRA) es la separación >2cm de los músculos rectos sin afección de la fascia, provocando una línea alba anormalmente ancha y delgada. En niños en general es autolimitada por inmadurez de la pared abdominal; sin embargo, en algunos casos puede persistir.

La hernia epigástrica (HE) es un defecto aponeurótico en la línea alba entre el xifoides y el ombligo, que permite la protrusión de contenido graso a través de éste.

La prevalencia de ambas está poco descrita en pacientes pediátricos.

Presentamos un caso clínico de HE asociado a DMRA persistente en paciente pediátrico, con el objetivo de exponer esta asociación.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Caso clínico y revisión de literatura

### **CASO**

Adolescente masculino de 12 años, trisomía 21, sin antecedentes quirúrgicos ni traumáticos. Consultó por aumento de volumen y dolor epicrítico de pared abdominal con esfuerzo físico, se solicitó ecografía y scanner que evidencian DMRA de 3cm y HE con saco de 37x30x29mm con contenido graso.

### **CLÍNICO:**

### **CONCLUSIÓN**

La DMRA persistente en pediatría se ve más comúnmente cuando hay aumento de presión intraabdominal o afectación del tejido conectivo como en la trisomía 21.

En pacientes adultos la asociación con HE está bastante descrita, sin embargo la prevalencia en la población pediátrica no. Guías de adulto aconsejan la resolución de ambas patologías en un mismo tiempo quirúrgico

para evitar la recidiva o aparición de nuevas hernias ventrales; sin embargo, en pacientes pediátricos no existe consenso, dado que muchas DMRA se resuelven espontáneamente cuando los músculos rectos abdominales maduran y el peritoneo y la fascia se unen alrededor del ombligo.

En casos como el de nuestro paciente, donde la DMRA es persistente dado su condición de base, es planteable realizar la hernioplastía asociada a la plicatura de línea alba de manera mínimamente invasiva.

## CG-P76) IMPLEMENTACIÓN DE GUÍA LOCAL PARA PADRES, SOBRE CUIDADOS Y MANEJO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS USUARIOS DE GASTROSTOMÍA

Menchaca Steinfort, P.(1); Payahuala Díaz, N.(1); Silva León, V.(2); Curti Olgado, F.(2); Arredondo Soto, C.(1); Vargas Teuber, J.(1); Coutinho Aguilera, F.(1); Valdivieso Ruiz-tagle, J.(1);

(1): Hospital Base San José de Osorno, Osorno, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

**Introducción:** Las complicaciones más frecuentes de la gastrostomía (GGT) están relacionadas con el manejo inadecuado por parte de los cuidadores y del equipo de salud. La capacitación tanto del personal como de los tutores puede disminuir significativamente las visitas a urgencias. En el Hospital de Osorno (HBSJO), se implementó una capacitación junto con una guía sobre el manejo de estas complicaciones.

**Materiales y métodos:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos y revistas nacionales e internacionales sobre complicaciones de la GGT y consultas en el servicio de urgencias pediátricas antes y después de la implementación de guías anticipatorias en el HBSJO.

**Resultados:** En Chile, no existe una amplia documentación sobre la incidencia de consultas en urgencias pediátricas por complicaciones de GGT. Estudios en países con servicios de salud similares reportan que el 10-20% de las consultas de usuarios de GGT en urgencias son por complicaciones menores, como filtración, desplazamiento y obstrucción. Un estudio publicado en el Journal of Pediatric Surgery demostró que la educación a tutores mediante guías anticipatorias redujo en un 40% las consultas en urgencias de pacientes con GGT. En noviembre de 2023, se implementó una guía de manejo de GGT en el HBSJO para los tutores de 26 usuarios de GGT. Sin embargo, hasta la fecha, no se ha observado una disminución en las consultas por complicaciones en el servicio de urgencias.

**Conclusión:** A nivel mundial, la educación adecuada en el manejo de gastrostomías ha demostrado reducir las consultas en urgencias y la necesidad de intervención quirúrgica para complicaciones menores. En Chile, se requiere más tiempo y estudios adicionales para evaluar el impacto de estas medidas educativas y determinar su eficacia.

## CP-P17) COLGAJO DE FASCIA DE OCCIPITAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE MICROTIA

Paulos, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1); Ellsworth, K.(1); Muñoz, M.(1);  
(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción: el colgajo de fascia temporal es frecuentemente usado para reconstrucción de microtia, ya sea para cobertura del marco cartilaginoso tallado, creación del surco retroauricular, el implante tipo Surpore o Medpore o para rescate por exposición de estos elementos. Cuando este colgajo no está disponible, las opciones reconstructivas están limitadas. En este paciente el colgajo de fascia dependiente de su arteria occipital con base inferior fue usado para reconstrucción del surco retroauricular.

Métodos: se describe un caso clínico donde la fascia occipital dependiente de la arteria occipital de base caudal fue utilizado para reconstrucción del surco retroauricular en un paciente con ausencia de arteria temporal superficial dado antecedentes de trauma en la zona temporal previo.

Resultados: Paciente con antecedentes de trauma encéfalo-craneano y pérdida traumática de pabellón auricular a los 2 años de edad. Presenta ausencia de arteria temporal superficial y múltiples cicatrices en zona mastoidea. En cirugías previas se realiza expansión tisular de la zona mastoidea y se instala marco cartilaginoso completo tallado en la zona de la mastoides en una segunda cirugía. A los 8 meses después de la instalación del marco, se realiza creación de surco retroauricular con cuña de cartílago guardado en bolsillo de cicatriz torácica, rotación de fascia occipital dependiente de la arteria occipital identificada por doppler intraoperatorio la cual se cubre con injerto de piel. Evoluciona con exposición pequeña de marco en el polo superior que cerró por segunda intención con curaciones avanzadas, que no generó deformidad en el resultado.

Conclusión: El colgajo de fascia de arteria occipital es un colgajo que se debe conocer para aumentar el arsenal reconstructivo de microtias. En este caso el colgajo de fascia occipital permitió crear el surco retroauricular siendo una buena alternativa frente al déficit de fascia temporal y mastoidea.

## CP-P18) PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE CICATRICES QUELOIDES CON USO DE MITOMICINA C INSTILADA



Quiñonez Silvero, E.(1); Jurado Tabares, M.(1); Stout Dore, C.(1); Montero García, J.(1);  
Martínez Del Castillo, M.(1); García Soldevila, N.(1);  
(1): Hospital Regional de Málaga, Málaga, España

## Introducción

El tratamiento de las cicatrices queloides (CQ) sigue representando un reto, derivando en problemas de autopercepción y autoestima que afectan a un paciente que se encuentra aún en desarrollo. La mitomicina C es un citostático que inhibe el crecimiento de fibroblastos previniendo la recurrencia de queloides tras su exéresis. Nuestro objetivo es presentar el resultado preliminar de nuestra serie de casos tratados con instilación de mitomicina C sobre el lecho quirúrgico durante su exéresis y su papel previniendo la recurrencia.

## Material y métodos

Se incluyen todos los pacientes con CQ, candidatos a exéresis que llegaron a nuestra consulta de cirugía plástica entre marzo 2023–actualidad. Se dividieron en: grupo1: exéresis + instilación + cierre directo, y grupo2: exéresis + instilación + cierre por segunda intención, en función de las características clínicas de la lesión.

## Resultados

Se trataron un total de 8 pacientes. En el grupo1 se aplicó una dilución 0.4mg/5ml o 0.4mg/1ml durante 4-5 minutos y cierre directo; en el grupo2 se instiló una dilución 1mg/1ml durante 3 minutos y se dejó cierre por segunda intención. Se realizó un registro fotográfico previo al tratamiento y tras la cicatrización de la herida. Ningún caso ha presentado efectos secundarios, ni recidiva hasta el momento (tiempo de seguimiento máximo 1 año y 7 meses).

## Conclusiones

Los resultados de los tratamientos convencionales son normalmente poco satisfactorios. La mitomicina C parece ser un coadyuvante eficaz en el tratamiento de estas lesiones en nuestra serie de casos, aunque hacen falta estudios con mayor número de casos, y mayor seguimiento a largo plazo para confirmar el beneficio de este fármaco.

## **CP-P19) NEUROFIBROMA PLEXIFORME, LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN PUNTA NASAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I.**

Tapia, N.(1); Alfaro, M.(1); Maldonado, L.(1); Kong, S.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriaran, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN

La neurofibromatosis tipo I (NF1) es una enfermedad genética autosómica dominante y de alta penetrancia que pertenece al grupo de los síndromes neurocutáneos.

La lesión distintiva de la NF1 es la presencia de neurofibromas, tumores que afectan a las estructuras del nervio y que pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo y a cualquier edad, siendo más comunes después de la pubertad. Los neurofibromas localizados son los más comunes, sin embargo una forma de presentación rara pero patognomónica, es el neurofibroma plexiforme, presente en el 17% de las NF1. A continuación se presenta un caso de neurofibroma plexiforme en paciente pediátrico de localización atípica.

## CASO CLÍNICO

Se presenta caso de adolescente 13 años con antecedentes de NF1, y aumento de volumen en punta nasal de larga data, de crecimiento lento pero progresivo en el tiempo. El estudio imagenológico muestra nódulo subcutáneo de la punta de la nariz, de aspecto sólido y de 2,1 x 0,8 x 1,7 cm, que no compromete cartílago nasal. Se realiza rinoplastia abierta con extirpación completa de la lesión, el diagnóstico histopatológico fue compatible con neurofibroma plexiforme.

## CONCLUSIÓN

El neurofibroma plexiforme es un tumor complejo y que puede ocasionar una distorsión del lugar donde se encuentran, originando problemas estéticos y médicos.

Para el tratamiento de las lesiones sintomáticas, inestéticas o malignas es de elección la resección quirúrgica; el tipo de abordaje es variable de acuerdo a la localización de la masa y el tamaño de esta.

Entre un 7-12% de estas lesiones presentan degeneración maligna por lo que el seguimiento de los neurofibromas plexiformes a lo largo del tiempo es fundamental.

## **CP-P20) USO DE SISTEMA DE CONTROL FECAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUEMADURA 53% DE SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA Y COMPROMISO PERINEAL GRAVE: REPORTE DE CASO CLÍNICO.**

Villegas Galilea, S.(1); Yáñez Valdés, J.(2); Cabrera Arandia, M.(3); Santos Marín, M.(4); Nally Rodríguez, M.(2);

(1): Hospital Exequiel González Cortés - Clínica Indisa, Santiago, Chile (2): Hospital Exequiel González Cortés, Santiago, Chile (3): Hospital de Villarrica, Villarrica, Chile (4): Hospital de San Felipe, San Felipe, Chile

**Introducción:** Las quemaduras en la región perineal están expuestas a contaminación por deposiciones. La profundidad de las lesiones, la extensión total de la quemadura y la diarrea incrementan el riesgo de infección local, sepsis, profundización de quemaduras y pérdidas de injerto. Una estrategia efectiva utilizada en quemados adultos para reducir este riesgo es el sistema de control fecal (SCF), dispositivo diseñado para recolectar y contener deposiciones. Consiste en un tubo con un balón inflable que se inserta en el recto y se conecta a una bolsa recolectora. Las complicaciones incluyen lesiones rectales, sangrado, atonía esfinteriana, dolor. No está diseñado para niños.

**Objetivo:** Reportar el uso del SCF en paciente pediátrico quemado en el 53% de superficie corporal quemada (SCQ), compromiso perineal grave.

**Material y Métodos:** Paciente de 8 años con quemaduras de tronco, glúteos, periné y extremidades 53% de SCQ . Sepsis por gérmenes multirresistentes e infecciones fúngicas filamentosas. Requirió terapias antimicrobianas de amplio espectro, nutrición enteral y presentó disfunción intestinal derivada en diarrea de difícil manejo y contaminación inmanejable. Se utilizó el SCF con volúmenes del balón entre 15 a 45 ml, por un período de 2 meses con intermitencias, evitando uso continuo mayor a 28 días.

**Resultados:** La paciente fue sometida a 40 cirugías, requiriendo injerto de la totalidad de sus glúteos, alcanzando el margen anal, con prendimiento exitoso. No hubo complicaciones asociadas al SCF.

**Discusión:** El sistema de control fecal resultó eficaz para manejar las deposiciones y permitir la reconstrucción perineal en esta paciente pediátrica.

## CP-P21) USO DE FIBRINA RICA EN PLAQUETAS (L-PRF) PARA COBERTURA FASCIOCUTÁNEA CERVICAL EN ADOLESCENTE CON FASCITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ODONTOGÉNICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Aguilar, T.(1); Valladares, S.(2); Zamorano, E.(3);

(1): Hospital El carmen de Maipu, santiago, Chile (2): Hospital El camen de Maipu, santiago, Chile (3): hospital el carmen de maipu, santiago, chile

**Introducción:** La fascitis necrotizante es una infección rara en pediatría, grave y potencialmente letal. Desde el punto de vista quirúrgico, el paciente requiere debridación y aseo agresivo para controlar la expansión y contribuir a la mejoría global.

Posterior al manejo inicial, la cobertura cutánea de las zonas debridadas representa un desafío, existiendo numerosas formas de afrontarla. El **objetivo** de este trabajo es mostrar nuestra experiencia inicial en el tratamiento y rehabilitación temprana de un caso de fascitis necrotizante cervical secundaria a foco odontogénico, donde se utilizó fibrina rica en plaquetas (L-PRF) para la cobertura fasciocutánea, obteniendo excelentes resultados postoperatorios funcionales y estéticos a un año de seguimiento.

**Caso clínico:** Adolescente de 14 años, sexo femenino, con antecedentes de trastorno de personalidad en tratamiento. Presenta 24 horas de evolución con aumento de volumen submentoniano derecho, seguido de trismus y cambios de coloración de la piel. Antes de las 24 horas, desarrolla shock séptico grave. Tras estabilización, ingresa a pabellón para aseos quirúrgicos con necrosectomía amplia submentoniana y cervical anterior. Se realizan 6 aseos quirúrgicos y terapia de presión negativa VAC® durante 16 días. A los 20 días, con la paciente fuera de sepsis, se realiza cobertura fasciocutánea del defecto con L-PRF (secuencia de imágenes). Posteriormente, se llevan a cabo curaciones ambulatorias y manejo de cicatriz. A un año de seguimiento, la paciente no presenta dolor, hipertrofia ni adherencias, sin alteraciones del movimiento y con hipopigmentación.

**Conclusión:** Presentamos una alternativa adicional de cobertura fasciocutánea. L-PRF tiene las ventajas de ser de bajo costo, reproducible, de fácil obtención, manipulación simple y pocas complicaciones. Esta técnica permite, en condiciones ideales, la continuidad del tratamiento de forma ambulatoria inmediata, disminuyendo el tiempo de estadía hospitalaria y sus costos asociados

## **CP-P22) HEMANGIOMA CONGÉNITO EN CRECIMIENTO: EMBOLIZACIÓN Y PLASTIA PARA RESULTADOS ÓPTIMOS.**

Arriagada Rosales, C.(1); Morales Grandón, B.(1); Varela Hermosilla, V.(1); Maldonado Chávez, C.(1); Canela Tovar, H.(2);

(1): Universidad San Sebastián, Concepción, Chile (2): Complejo Asistencial Doctor Victor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

### **INTRODUCCIÓN:**

Los hemangiomas son tumores vasculares benignos producidos por la proliferación de células endoteliales, afectan hasta el 3% de los neonatos, mayormente a niñas (5:1). Localizados principalmente en cabeza y cuello, suelen involucionar espontáneamente. Sin embargo, en casos complejos, como el presentado, donde se observa un crecimiento progresivo y complicaciones, el manejo requiere un enfoque especializado, combinando embolización y cirugía para evitar úlceras, infecciones, sangrado, dolor y compromiso de órganos vitales. El tratamiento principal es propranolol, reservándose la cirugía para casos complicados.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO:**

Escolar con hemangioma congénito sangrante en región occipital, tratado inicialmente con curaciones, presentó un crecimiento progresivo. Una ecografía sugirió una fase proliferativa, y aunque se utilizó propranolol durante nueve meses, se optó por cirugía debido a la fase avanzada. Una resonancia magnética mostró una lesión subcutánea occipital de 53 x 13 x 62

milímetros, con características exofíticas y realce post contraste, extendiéndose hacia el tejido subcutáneo epicraneal. Por la naturaleza vascular de la lesión, se realizó una embolización por radiología intervencional vía arteria femoral derecha, observándose una malformación vascular occipital con aferencias de arterias occipitales. Ambas arterias fueron cateterizadas y embolizadas con Onyx, logrando una involución progresiva de la lesión. Diecisiete días después, se realizó extirpación quirúrgica y plastia con afrontamiento de bordes. Al observar una separación menor a 2 centímetros, se empleó la técnica de colgajos laterales. La biopsia confirmó la ausencia de malignidad.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**

El manejo de hemangiomas congénitos con crecimiento sostenido o complicaciones vasculares pueden requerir un enfoque más agresivo que el conservador. Este caso demuestra que la embolización seguida de extirpación quirúrgica es efectiva y segura para tratar hemangiomas complejos, reduciendo el riesgo de sangrado y logrando un resultado estético y funcional satisfactorio. La intervención temprana y un manejo personalizado son claves para evitar complicaciones a largo plazo.

## **CP-P23) INJERTO DE PIEL PROCURADA EN HERIDA COMPLEJA DE MANO EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO.**

Bustos, N.(1); Zapata, P.(1); Alvarado, M.(1); Castillo, F.(1); Fica, M.(1);  
(1): Universidad de La Frontera, Temuco, Chile

Introducción:

En el manejo de heridas complejas, ha surgido con mayor relevancia el uso de aloinjertos cutáneos como una excelente opción de cobertura temporal. En Chile, sin embargo, debido a diversos factores las experiencias publicadas han sido escasas, más aún en pacientes pediátricos. El objetivo es presentar el caso de un paciente pediátrico receptor de un aloinjerto de piel procurada en el manejo de herida compleja de mano.

Método: Revisión de ficha clínica previo consentimiento de padres de paciente.

Resultados:

Paciente de sexo masculino, sufrió desforramiento de cara palmar de dedo anular derecho (segmento de falange proximal, media y distal) tras cizallamiento con malla de arco de fútbol. En centro derivador se realizó aseo abundante y radiografía que descartó fractura. Se derivó a cirujano pediátrico, donde se realizó aseo en box, cobertura con telfa y vendaje, y se inició antibiótico triasociado. Evaluado por traumatóloga infantil, se descartó lesión tendínea. Se realizó aseo quirúrgico al tercer día de evolución. Se planteó posibilidad de uso

de injerto de piel procurada. Se realizó injerto de piel total al sexto día. Al tercer día postoperatorio se decidió alta hospitalaria, a la revisión a los 4 días se evidenció injerto íntegro, suturas in situ, sin signos de epidermolisis superficial ni signos de infección. El día 30 de evolución se realizó nueva revisión de injerto. Se observaron signos de epidermolisis y escara superficial de predominio hacia distal. Se realizó escarectomía con navaja hasta tejido neodérmico vascularizado. Se realiza injerto definitivo, eligiendo como zona dadora cara anteromedial de antebrazo derecho. En controles post quirúrgicos ha evolucionado con rangos de movilidad completos y funcionalidad conservada.

Conclusión:

El uso de injertos de piel procurada en heridas complejas de manos es una alternativa viable, económica y con óptimo resultado funcional posterior. Debe ser considerado como una alternativa en heridas complejas.

#### **CP-P24) USO DE VAC E INJERTO DERMO-EPIDÉRMICO SOBRE ZONA EVISCERADA POR FASCEITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL CON DÉFICIT DE APONEUROSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Ellsworth, K.(1); Broussain, V.(1); Paulos, A.(1); Lagos, C.(1); Muñoz, M.(1);  
(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** La fasciitis necrotizante es una patología poco frecuente en pediatría pero significa un gran desafío para los cirujanos principalmente por la necesidad de cobertura cutánea de urgencia en pacientes inestables y con infecciones activas. El manejo habitual es aseo quirúrgico seriado e injerto dermo-epidérmico (IDE) sobre lecho vital ya que el cierre con colgajos no suele ser posible por las condiciones del paciente y por riesgo a perder el colgajo perdiendo un recurso reconstructivo futuro y generando un defecto nuevo en la zona dadora.

La evidencia respalda el uso de terapia de presión negativa (VAC) como preparación del lecho previo a injerto pero no existe literatura publicada respecto a uso de IDE sobre tejido granulatorio peritoneal por lo que presentamos este caso exitoso de injerto dermo-epidérmico sobre tejido granulatorio formado en zona eviscerada preparada con VAC como opción terapéutica en casos complejos.

**Material y método:** Revisión de un caso, paciente de 2 años 4 meses con antecedente de enfermedad de Hirschsprung operada que evoluciona con complicación quirúrgica abdominal precoz y posterior fasciitis de pared abdominal requiriendo debridamiento seriado resultando con gran defecto cutáneo de pared abdominal y una zona de 10x7cm de defecto aponeurótico con evisceración de asas. Se instaló VAC desde el primer aseo quirúrgico y

luego de múltiples aseos se injerta tejido granulatorio tipo peel formado sobre asas intestinales y resto de defecto cutáneo de pared.

Resultados: Se logra prendimiento del 100% del injerto dermo-epidérmico de pared abdominal tanto en zona con aponeurosis como en zona eviscerada, al año de seguimiento zona injertada sin aponeurosis presenta características de hernia abdominal sin complicaciones intraabdominales ni cutáneas.

Conclusión: En casos muy complejos con déficit de aponeurosis el uso de VAC puede generar tejido granulatorio sobre asas intestinales que permita el injerto dermo-epidérmico directamente sobre éstas.

## UP-P01) EVOLUCIÓN DE QUISTES PARAPIÉLICOS EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS

Moreno, M.(1); Baquedano, P.(2);

(1): Residente Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Sección de Urología, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Los quistes parapiélicos son formaciones benignas situadas en el hilio renal, adyacentes a la pelvis. Representan el 2.5%-6% de los quistes renales en adultos. La información en pediatría es escasa y se basa en reportes de casos. Aunque usualmente son asintomáticos, pueden simular síntomas de obstrucción pieloureteral. Este reporte presenta la diferente evolución de dos pacientes pediátricos con quistes parapiélicos y revisión de la literatura.

Reporte de Caso: Caso 1: Paciente femenina con malformación anorectal operada y sospecha prenatal de hidronefrosis derecha, cuya ecografía del 1er mes de vida mostró un quiste parapiélico de 29mm, sin hidronefrosis. Se realizó seguimiento ecográfico cada 3 meses el primer año y luego anual hasta los 4 años con disminución del quiste a 4mm. Durante este periodo se mantuvo asintomática.

Caso 2: Paciente femenina con sospecha prenatal de hidronefrosis bilateral. Seguimiento ecográfico por hidronefrosis izquierda que evoluciona hacia la desaparición. A los 8 meses aparece una lesión quística en el hilio del riñón derecho, con crecimiento sostenido en los siguientes controles. A los 2 años presenta una infección urinaria y la ecografía evidenció un quiste parapiélico de 34mm con leve dilatación de los calices, se completa estudio con cintigrama renal dinámico que mostró función renal conservada y defecto de captación medial, sin obstrucción. El control ecográfico semestral objetivó un crecimiento progresivo hasta los 75mm a los 4 años. Cintigrama dinámico de control mostró una función renal adecuada, con aumento de el defecto de captación medial que desplaza aún más la vía urinaria. Paciente a la espera de resolución quirúrgica.

Conclusión: Los quistes parapiélicos son raros en pediatría, existen escasas publicaciones sobre la evolución de éstos y la mayor información proviene de reporte de casos de pacientes sintomáticos. Dada su diferente evolución, el manejo conservador con seguimiento ecográfico es una opción en pacientes asintomáticos.

## UP-P02) PROLAPSO GENITAL NEONATAL: UN CASO...POCOS CASOS

Sepulveda, C.(1); Vargas, E.(1); Sepulveda, J.(2);

(1): UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE, OSORNO, Chile (2): HOSPITAL CLINICO DE MAGALLANES, PUNTA ARENAS, Chile

### Introducción

El prolapso genital neonatal (PGN) o prolapso uterovaginal es una entidad clínica poco frecuente que generalmente se presenta en los primeros días de vida (1,2). En Chile no existen reportes clínicos sobre esta condición bajo nuestro conocimiento. Se caracteriza por la protrusión del útero y las paredes vaginales a través del introito vulvar. Existen múltiples teorías que pudieran explicar este defecto, sin embargo, la etiopatogenia no está del todo clara.

Los factores de riesgo para presentar esta patología incluyen: espina bífida (mielomeningocele, 85%), aumento de la presión intraabdominal del feto, parto traumático, deformidades esqueléticas y anomalías cervicales (3). La explicación fisiopatológica estaría en la denervación parcial o completa de la musculatura pelviana. Otros factores son la obstrucción uretral prenatal y el tétanos neonatal (1,2,3).

Las opciones de tratamiento varían desde la simple reducción manual hasta procedimientos quirúrgicos más invasivos, como la sutura en bolsa de tabaco y la fusión labial temporal (1, 2, 3)

### Descripción del caso

RNT sexo femenino, S. Down evaluada por urología infantil por prolapso genital al nacer. Se descartan pólipo vaginal y quistes parauretrales como entidades clínicas. Para completar estudio y descartar diagnósticos diferenciales no visibles al examen físico (rabdomyosarcoma vesical, sarcoma botrioides) se solicita ecografía de abdomen y pelvis que resulta normal. Se decide observar y controlar clínicamente.

### Conclusión

El PGN es una entidad clínica poco frecuente y representa un desafío en su diagnóstico y tratamiento. La literatura disponible sugiere que la reducción inmediata y la sutura en bolsa de tabaco son métodos efectivos y seguros, tanto para tratar esta condición como para



prevenir su recurrencia y evitar complicaciones, sin embargo, en este caso el manejo conservador resultó exitoso.

A pesar de lo inusual del PGN, es importante que los profesionales de la salud estén familiarizados con sus características clínicas y opciones de tratamiento.

### **UP-P03) TUMOR DE WILMS ASOCIADO A DESORDEN WT-1: REPORTE DE UN CASO**

López Pérez, C.(1); Catán Valenzuela, C.(1); Vásquez González, P.(1); Rojas Navarrete, M.(1); Gang Gong, Y.(1); Bag, M.(1); Ebensperger, A.(1); Hachim, A.(1); Encalada, R.(1); (1): Universidad de Santiago de Chile - Hospital Sótero del río, Santiago, Chile

**INTRODUCCIÓN:** El tumor de Wilms (TW) es la neoplasia renal maligna más frecuente de la infancia. Una presentación a menor edad, malformaciones urogenitales y alteraciones de la función renal deben hacer sospechar un síndrome de malformaciones múltiples. El objetivo de este trabajo es describir el manejo en un paciente con TW bilateral asociado al desorden WT-1.

**RESUMEN DEL CASO:** Paciente con antecedente de criptorquidia en seguimiento desde periodo neonatal. En ecografía renal a los 9 meses de edad se evidenció riñón en herradura con lesiones altamente sugerentes de TW en ambos riñones. Se realiza etapificación y quimioterapia según protocolo PINDA-UMBRELLA. Control imagenológico posterior no mostró reducción de tamaño tumoral. Concomitantemente, al ingreso se pesquiza HTA de difícil manejo y proteinuria nefrótica sin insuficiencia renal. Dado contexto clínico se sospechó de Sd. Denys Drash. El estudio genético evidenció variante patogénica WT1(c.1384C>T (p. Arg462Trp).

A los 12 meses de edad se realiza cirugía. Dada la ubicación y tamaño tumoral izquierda se realiza nefrectomía y en riñón derecho tumorectomía con delimitación ecográfica intraoperatoria. Estudio anatomopatológico mostró riñón izquierdo: TW de tipo estromal, etapa I y lesión derecha: TW de tipo epitelial, etapa III por margen microscópico positivo. Recibió quimioterapia y radioterapia acorde a etapificación postoperatoria. Se realizó descenso testicular a los 14 meses de edad. Actualmente sin interurrencias desde punto de vista quirúrgico.

**CONCLUSIÓN:** el TW asociado a mutaciones del gen WT1 tiene una presentación atípica a menor edad, con mayor frecuencia de tumor sincrónico y malformaciones urológicas. El manejo de los pacientes debe ser por equipo multidisciplinario y con seguimiento estricto.

### **UP-P04) BOTÓN DE VESICOSTOMÍA PARA CATETERISMO URINARIO INTERMITENTE: UNA ALTERNATIVA ANTE ESCENARIOS ADVERSOS**

Sepulveda Lenck, X.(1); Cortes Cortes, C.(1); Celis Lagos, S.(1); Figueroa Diaz, S.(1); Reyes Cabala, D.(1);

(1): Hospital Clinico San Borja Arriaran, santiago, Chile

## **INTRODUCCIÓN**

El cateterismo intermitente limpio (CIL) es parte del manejo de pacientes con disfunciones miccionales. Este se realiza comúnmente por uretra o por un conducto urinario cateterizable. El uso de balón de gastrostomía como botón de vesicostomía permite el cateterismo en pacientes que no son candidatos a CLI.

## **MÉTODO**

Paciente masculino de 12 años, con antecedente de diabetes insípida nefrogénica, manejado con restricción de agua libre y Desmopresina con regular adherencia.

Evaluated por hallazgo de hidroureteronefrosis (HUN) bilateral en ecografía renovesical. Al examen físico destacaba uretra que no permite paso de sonda mayor a 10 Fr. Cartilla miccional mostró diuresis diaria total promedio de 6 litros. RMN cerebro, silla turca y columna sin hallazgos patológicos. Uretrocistografía, cistoscopia y cintigrama MAG3 sin evidencia de factor obstructivo, con residuos elevados. Se instala sonda Foley, con mejoría parcial de HUN. Evolucionó con deterioro de la función renal (enfermedad renal etapa IIIa). Inicia kinesioterapia de piso pélvico y tamsulosina, sin embargo, persiste con volúmenes miccionales elevados, con mal vaciamiento. Se sospecha vejiga neurogénica de causa no neurogénica y se plantea necesidad de CIL. Debido a dificultades para seguir instrucciones, se decide instalación de botón de vesicostomía.

## **RESULTADOS**

Se instala botón de gastrostomía 16Fr - 2cm en cúpula vesical vía abierta, sin incidentes. Evolucionó con desplazamiento de botón a los 30 días postoperatorios, que requirió cambio a sonda de gastrostomía de 20Fr en vesicostomía. Actualmente con buen drenaje urinario por sonda, con escasa filtración. Ecografía de control evidencia disminución importante de HUN previa.

## **CONCLUSIÓN**

El uso del botón puede ser una buena medida en casos en donde otras formas de derivación urinarias no son factibles por problemas sociales, en plan de poder mejorar los factores desfavorables para optar a otro manejo definitivo.

## UP-P05) DIVERTÍCULO DE HUTCH BILATERAL, REPORTE DE CASO

Pedrero Mizunuma, M.(1); Sepúlveda Cuevas, J.(2); Sepúlveda Passano, C.(3);

(1): Residente Cirugía Infantil Universidad de Chile, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): Urólogo Infantil, Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas, Chile (3): Interna de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

Introducción: El divertículo de Hutch es una patología congénita infrecuente, definida como una protrusión sacular en la unión vesicoureteral (paraureteral). Se diagnostica durante la edad pediátrica en ? de los casos, afectando mayormente a varones, y suele ser unilateral. Su etiología es incierta, postulándose un defecto en la capa muscular del detrusor. Puede tener asociación con otras malformaciones. La forma de presentación incluye síntomas miccionales, infecciones urinarias a repetición o retención aguda de orina, y se asocian frecuentemente a reflujo vesicoureteral (RVU). El estándar diagnóstico es la uretrocistografía miccional, la cual se complementa con ecografía y estudios dinámicos. El manejo de elección es quirúrgico, pero la temporalidad y la vía de abordaje dependerán de la sintomatología, edad del paciente y asociación con otras patologías. Se presenta caso de divertículo de Hutch bilateral, asociado a RVU derecho, e hidroureteronefrosis (HUN) con megaureter obstructivo primario (MOP) izquierdo.

Descripción del caso: Paciente masculino de 2 meses de vida, con diagnóstico prenatal de HUN izquierda. En estudio postnatal con ecografía, uretrocistografía miccional y MAG-3 se diagnostican divertículos de Hutch bilaterales, RVU grado II derecho, e HUN izquierda con curva ureteral distal obstructiva. Se realizó una cistoscopia que visualizó ambos divertículos y un MOP izquierdo. Mediante una laparotomía en pliegue inguinal izquierdo se realizó ureterostomía distal en asa y al final del procedimiento una circuncisión. El paciente fue dado de alta al día siguiente, y en 6 meses de seguimiento se encuentra asintomático, sin HUN y en espera de realizar la resección de los divertículos y reimplante ureterovesical.

Conclusión: Es infrecuente la presentación de divertículos de Hutch bilaterales, y más aún su asociación con MOP. Nuestro caso resalta la importancia de un estudio completo para poder decidir el plan quirúrgico adecuado, oportuno, y así poder evitar el deterioro futuro de la función renal.

## SP4-V1615) SESIÓN DE PÓSTERS 4 (VIERNES 16:15-16:45)

### CG-P77) EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE MALFORMACIONES TORÁCICAS PEDIÁTRICAS EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT

Tagle, J.(1); Ojeda, A.(2); Angel, V.(2); Leopold, E.(3); Medina, C.(2); Manriquez, F.(2);

(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Varas, Chile (2): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile (3): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile

## INTRODUCCIÓN

Las malformaciones torácicas en niños incluyen un conjunto de anomalías congénitas que afectan la estructura del tórax, siendo las más comunes el pectus excavatum (PE) 90% y el pectus carinatum (PC). Estas condiciones pueden variar en gravedad y en su impacto sobre la función respiratoria y cardiovascular, además de tener implicaciones estéticas y psicológicas. El tratamiento depende de la gravedad del cuadro. Si no tienen repercusión sintomática, física o psicológica, no requiere de tratamiento específico, sólo observación. La elección de tratamiento (ortopédico o quirúrgico) requiere una adecuada selección en cada caso.

## OBJETIVO

Presentar experiencia del manejo de malformaciones torácicas pediátricas en el Hospital Puerto Montt.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cohorte retrospectivo de 54 pacientes de 2012 a 2024. Análisis de tipo de malformación, perfil del paciente, tipo de tratamiento y evolución.

## RESULTADOS

En el periodo descrito ingresaron 54 pacientes con el diagnóstico de malformación torácica. Predominio sexo masculino (70,37%), y PE (70,37%) como diagnóstico de ingreso. Edad primera consulta rango de 1 a 18 años con una media de 9,5 años. La distribución del manejo fue la observación (42,5%), tratamiento ortopédico (42,5%), y tratamiento quirúrgico en un (14,8%). Del total, el 42,59% se encuentra de alta posterior al tratamiento por buena evolución.

## CONCLUSIONES

Es importante para los equipos tratantes consolidar su experiencia sobre la prevalencia y el manejo de las malformaciones torácicas en pacientes pediátricos. En nuestra experiencia la mayoría de los pacientes y sus cuidadores prefirieron un manejo no invasivo. El tratamiento ortopédico debe estar disponible dentro de las alternativas terapéuticas y el tratamiento quirúrgico debe ser cuidadosamente seleccionado.

## CG-P78) DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ONICOCRIPTOSIS

Rosselot Carrera, A.(1); Lesterman Farías, C.(1); Marambio-alfaro Campusano, T.(1); Torres Gueren, A.(2);

(1): Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile (2): Hospital de La Serena, La Serena, Chile

**Introducción:** La onicocriptosis, o uña encarnada, es una patología común en pediatría y su manejo puede verse limitado por la falta de una clasificación estandarizada, llevando a manejos que varían según el profesional que lo evalúa. El objetivo de este trabajo es diseñar y validar una clasificación considerando presencia de infección, inflamación, granuloma y anatomía del lecho ungueal, evaluando la concordancia entre profesionales de la salud.

**Materiales y métodos:** Se diseñó un estudio observacional utilizando una encuesta electrónica la cual incluyó 23 imágenes de onicocriptosis. Los participantes fueron seleccionados mediante criterios de conveniencia, considerando su formación académica y experiencia previa en el manejo de onicocriptosis. Cada participante evaluó las imágenes según los criterios definidos anteriormente. Los datos recolectados fueron analizados utilizando el índice kappa de Cohen para medir la concordancia interobservador entre pares de evaluadores en cada ítem de la clasificación.

**Resultados:** La encuesta fue respondida por 24 participantes incluyendo estudiantes de medicina, médicos generales y cirujanos infantiles, observando una variabilidad significativa en la concordancia entre los ítems. Para inflamación, el índice kappa varió de -0.6 a 1.0, con un promedio de concordancia moderada. La presencia de granuloma mostró índices de -0.23 a 1.0, indicando variabilidad en los acuerdos. La magnitud del granuloma mostró índices de 0.0, con algunos acuerdos moderados ( $\text{kappa} = 0.5$ ) o perfectos ( $\text{kappa} = 1.0$ ). El ítem de anatomía no proporcionó datos suficientes para calcular concordancias debido a inconsistencias entre evaluadores.

**Conclusión:** La nueva clasificación mostró variabilidad en la concordancia interobservador, sugiriendo que los criterios pueden ser ambiguos o subjetivos. Se requiere revisar y clarificar los criterios para mejorar su aplicabilidad y consistencia. Se recomienda formación adicional y mayor cantidad de ejemplos estandarizados para reducir la variabilidad y mejorar la utilidad en la práctica clínica.

## **CG-P79) PERFORACIÓN YEYUNAL EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO: ROL DE LAPAROSCOPIA EXPLORADORA.**

Aguirre, A.(1); Torres, A.(2);

(1): Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Atacama, Chile., Copiapó., Chile (2): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital San Juan de Dios de La Serena, Chile., La Serena., Chile

**Introducción:**

**Las perforaciones intestinales debidas a traumatismos cerrados son infrecuentes, pero graves, con una mortalidad asociada del 20%. La laparoscopia ha emergido como una técnica crucial en el manejo de estas lesiones, permitiendo diagnósticos rápidos y tratamientos**

efectivos, minimizando el riesgo de sepsis intraabdominal y otras complicaciones. El objetivo es describir un caso clínico de perforación yeyunal secundaria a trauma abdominal cerrado, destacando la utilidad de la laparoscopia en su manejo.

**Material** **y** **Método:**  
Se trata de un reporte de caso clínico. Un escolar de 6 años sufrió un trauma contuso en la región púbica e hipogástrica tras caerse sobre una piedra. A pesar de una radiografía inicial sin hallazgos, presentó una segunda consulta en nuestro servicio de urgencias debido a la persistencia de los síntomas. Se utilizaron criterios clínicos de irritación peritoneal y mínimos signos de neumoperitoneo en la TAC para decidir exploración quirúrgica. La laparoscopia identificó una perforación en el yeyuno proximal, la cual fue reparada primariamente. El paciente fue seguido postoperatoriamente para evaluar la resolución del cuadro y ausencia de complicaciones.

**Resultados:**  
El procedimiento laparoscópico fue exitoso, con reparación de la perforación yeyunal y sin complicaciones postoperatorias. El paciente fue dado de alta a los tres días, con tratamiento antibiótico oral. La evolución clínica fue favorable, sin signos de infección o recurrencia.

**Conclusión:**  
La identificación oportuna y el manejo laparoscópico de perforaciones intestinales en niños tras trauma contuso pueden mejorar significativamente el pronóstico, minimizando complicaciones. Este caso resalta la importancia de un alto índice de sospecha clínica y de protocolos de intervención quirúrgica temprana en centros especializados.

## CG-P80) DESDE TIMO ECTÓPICO HASTA LIPOBLASTOMA: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE MASAS CERVICALES EN PEDIATRÍA

Lira Gatica, J.(1); Mora Fritis, C.(2); Valenzuela Aguilera, M.(1); Torres Pesántez, J.(1);  
(1): Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Universidad de Chile, Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** Los lipoblastomas son tumores mesenquimales benignos que representan menos del 3% de los tumores de partes blandas en niños. Se originan del tejido adiposo embrionario y suelen encontrarse en tronco y extremidades, siendo raros en cabeza y cuello. Se presentan como masas subcutáneas indoloras de crecimiento progresivo. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente femenina con diagnóstico de lipoblastoma cervical.

**Caso clínico:** Paciente femenina, en controles desde los 3 años de edad por aumento de volumen cervical en línea media, de crecimiento lento, de 2 x 3 cm aproximadamente, indoloro, móvil, sin cambios de coloración en la piel. Al estudio con ecografía se informa lesión sólida compatible con timo ectópico, por lo que se mantuvo conducta expectante debido a la posible involución de la lesión. Luego de 2 años de seguimiento, la lesión no

disminuyó de tamaño, y se asoció a molestias estéticas, por lo que se realizó una biopsia excisional, observando una pieza de 4.5 x 3.2 x 2.6 cm, con diagnóstico anatomopatológico de lipoblastoma. La paciente se recuperó sin complicaciones. Conclusión: El diagnóstico preciso de masas cervicales en niños es complejo debido a la diversidad de diagnósticos diferenciales y la similitud clínica entre ellos. El lipoblastoma es un tumor benigno, sin embargo su naturaleza expansiva y potencial de compresión de estructuras adyacentes lo convierten en un reto clínico y quirúrgico. Su principal diagnóstico diferencial es el liposarcoma mixoide, patología que requiere resección extensa asociado a radioterapia. El tejido tímico ectópico tiene una presentación similar al lipoblastoma, lo que hace que el informe histopatológico sea esencial. El seguimiento del lipoblastoma es crucial, dada su recurrencia reportada de hasta el 46%. Este caso aporta al escaso número de reportes de lipoblastoma en nuestro medio y resalta la dificultad diagnóstica de las masas cervicales pediátricas.

## **CG-P81) UTILIZACIÓN DE CATÉTER RESERVORIO SUBCUTÁNEO COMO MANEJO PARA PSEUDOQUISTE ABDOMINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO**

Acuña Pinto, L.(1); Gehrung, A.(1); Sáez, J.(1); Pattillo, J.(1); Vuletin, F.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

Pseudoquiste Abdominal de Líquido Céfalorquídeo (LCR), es una complicación relativamente poco frecuente pero significativa en pacientes usuarios de Derivación Ventrículo Peritoneal (DVP). Se caracteriza por la formación de una membrana serosa peritoneal alrededor del extremo distal de la DVP, que crónicamente y secundario a diversos factores predisponentes, produce una superficie inflamatoria que impide paso de LCR hacia la cavidad abdominal, con consecuencias directas sobre función de la DVP. El objetivo de este trabajo es exponer un caso clínico, mencionando un manejo quirúrgico alternativo para estos pacientes.

### **CASO CLÍNICO**

Paciente 5 años, con antecedentes de Recién nacido de Pretérmino 28 semanas, adecuado a la edad gestacional, Enterocolitis Necrotizante IIIB con resección intestinal y múltiples laparotomías, Hemorragia interventricular grado IV bilateral e Hidrocefalia secundaria con Derivación Ventrículo Atrial con posterior disfunción y cambio a DVP. Paciente evoluciona con varios episodios disfunción DVP, evidenciándose desde los 2 años Pseudoquistes Abdominales, manejados mediante laparotomía con drenaje de pseudoquiste y revisión DVP. Actual paciente con cuadro 2 meses evolución de aumento significativo del perímetro abdominal, circulación colateral, sin alteración neurológica. Se controla con Ecografía

Abdominal, que identifica presencia de tres pseudoquistes abdominales, dos de los cuales presentan comunicación entre sí. En reunión multidisciplinaria con Neurocirugía, se plantea alternativa quirúrgica de instalación de catéter reservorio subcutáneo al pseudoquiste. Se realiza cirugía sin incidentes, con disminución del tamaño de los pseudoquistes mediante la aspiración del contenido en forma percutánea.

## CONCLUSIÓN

En el tratamiento de los Pseudoquistes Abdominales, se han descrito varias estrategias de manejo, no obstante, la mayoría de ellas se han centrado en el drenaje y resección del Pseudoquiste, implicando con ello, nuevos factores inflamatorios que perpetuarían la condición crónica. Presentamos un manejo quirúrgico alternativo, que de manera segura permite descomprimir pseudoquistes mediante utilización de un catéter reservorio.

## CG-P82) HIBERNOMA LIPOMA-LIKE: REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Moreno, M.(1); Muñoz, C.(1); Saez, J.(2); Pattillo, J.(2); Vuletin, F.(2);

(1): Residente Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Sección de Cirugía Pediátrica, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Los hibernomas son tumores lipomatosos benignos originados de la grasa parda, extremadamente infrecuentes en la población pediátrica. Se han identificado cuatro subtipos histológicos distintos de hibernoma: hibernoma típico (82%), variante lipoma-like (7%), mixoides (9%) y de células fusiformes (2%). El hibernoma lipoma-like es una variante rara que puede confundirse con otros tumores adiposos. Sus características histopatológicas incluyen un predominio de adipocitos univacuolados maduros con escasas células granulares eosinófilas y pocas células de grasa parda multivacuoladas.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un niño de 9 meses con una masa axilar izquierda, en el que se sospechó por ecografía un hamartoma fibroso de la infancia versus una lesión de estirpe sarcomatosa. La intervención quirúrgica resultó en una resección completa sin complicaciones. El estudio histopatológico realizó el diagnóstico de un hibernoma variante lipoma-like. El paciente evolucionó de forma favorable y se mantiene en seguimiento, sin signos de recidiva.

Conclusión: El hibernoma es una neoplasia benigna poco frecuente, pero en cuyo diagnóstico diferencial se incluyen patologías malignas como el liposarcoma. La resección quirúrgica es curativa y no se han reportado recurrencias en la literatura. El diagnóstico histopatológico es fundamental para distinguir entre las distintas neoplasias lipomatosas.



## **CG-P83) TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO CON ESCLEROTERAPIA EN RÁNULA CERVICAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO**

Tagle, J.(1); Alonso, A.(2); Saitua, F.(2); Medina, C.(2); Ojeda, A.(2);

(1): Hospital Puerto Montt, Puerto Varas, Chile (2): Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

### **INTRODUCCIÓN**

Las ránulas son pseudoquistes benignos de glándulas sublinguales y conductos submandibulares, congénitas o secundarias a drenaje inadecuado posterior a traumatismo bucal. El diagnóstico es mediante imágenes e histopatología. La escisión completa de la glándula lesionada con eliminación del contenido del quiste es la primera opción de manejo, con potencial de recurrencia y lesionar estructuras cercanas. Existe evidencia en la literatura de tratamiento mínimamente invasivos con drenaje percutáneo guiado por imágenes y escleroterapia con bleomicina, con altas tasas de erradicación.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Femenina de 9 años. Antecedente de procedimiento dental y posterior aumento de volumen submandibular izquierdo, manejado inicialmente como linfadenitis. Por persistencia se realiza ecografía y resonancia magnética que confirman ránula sumergida. En conjunto con el radiólogo intervencionista, se realiza drenaje percutáneo e inyección de bleomicina. Evolución clínica y ecográfica satisfactoria que requirió segundo procedimiento a los 7 meses. Seguimiento actual asintomática, sin signos ecográficos de recidiva.

### **DISCUSIÓN**

No existe evidencia significativa que compare la tasa de recidiva ni el tiempo postquirúrgico de recidiva entre el abordaje mínimamente invasivo versus el quirúrgico de la ránula, sin embargo, se ha demostrado que el abordaje mínimamente invasivo posee menor tasa de complicaciones locales, debiendo ser considerado como manejo de primera línea en centros que cuenten con el recurso.

## **CG-P84) EXPERIENCIA DEL DRENAJE PERCUTÁNEO GUIADO POR IMÁGENES COMO ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE QUISTES HIDATÍDICOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO.**

Ojeda, A.(1); Alonso, A.(2); Fica, D.(3); Pastene, F.(3); Hodali, A.(1); Saitúa, F.(1); Tagle, J.(1);

(1): Servicio de Cirugía y Traumatología Infantil, Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile

(2): Servicio de Imagenología, Hospital Puerto Montt, Puerto Montt, Chile (3): Universidad San Sebastián sede Patagonia, Puerto Montt, Chile

**Introducción:** La Equinococosis quística se considera enfermedad endémica en Chile con una tasa de 1,8 a 2,5/ 100.000 habitantes. El hígado es el órgano más frecuentemente afectado. Cuando ameritan manejo quirúrgico, se ha preferido las técnicas clásicas conservadoras, o laparoscópicas, sin embargo, recientemente la técnica percutánea realizada en conjunto, Cirujano / Radiólogo intervencional, ha demostrado buenas tasas de éxito y menores complicaciones postoperatorias en adultos, pero se carece de información en pacientes pediátricos. El objetivo es compartir nuestra experiencia en pacientes seleccionados para estimular el desarrollo de esta técnica.

**Caso clínico:** Cohorte retrospectiva de dos pacientes pediátricos con hidatidosis hepática que contaban con condiciones recomendadas para manejo por vía percutánea. Quistes tipo CE1 (WHO – Gharbi tipo 1). La edad promedio de las pacientes fue de 5 años y 2 meses. Recibieron tratamiento con Albendazol 2 semanas previas al procedimiento. Se usó un mix entre las técnicas de PAIDS/MoCat. Ambas pacientes fueron sometidas a papilotomía previa para evitar fístulas biliares. El tiempo de hospitalización promedio fue de 10 días (7-13) y las pacientes no presentaron complicaciones post operatorias. Al alta completaron tratamiento con albendazol por 3 meses. En seguimiento ambas mostraron mejoría clínica y disminución considerable del tamaño de los quistes.

**Conclusiones:** El tratamiento percutáneo es una opción viable y segura para el manejo de la hidatidosis hepática en paciente pediátrico. Es fundamental el apoyo de la imagenología intervencional como una opción de manejo de esta patología. Planteamos la necesidad de estudio multicéntrico y mayor casuística para evaluar efectividad y seguridad de este tratamiento en pacientes pediátricos.

## **CG-P85) DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PÁNCREAS ECTÓPICO EN INTESTINO MEDIO.**

Muñoz, C.(1); Moreno, M.(1); Sáez, J.(2); Vuletin, F.(2); Pattillo, J.(2); Ziehe, L.(3); Esparza, P.(3);

(1): Residente de Cirugía Pediátrica. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Sección de Cirugía Pediátrica, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile., Santiago, Chile (3): Departamento de Radiología Pediátrica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, Santiago, Chile

**Introducción:** El páncreas ectópico (PE) es una lesión de baja incidencia en pediatría y generalmente constituye un hallazgo. Sin embargo, es importante considerarlo ante dolor abdominal persistente, sin etiología evidente. Su diagnóstico mediante imágenes representa un desafío. El objetivo de este trabajo es exponer un caso clínico, mencionar las dificultades diagnósticas y el abordaje terapéutico.

**Caso clínico:** Paciente masculino de seis años, previamente sano, y en estudio por dolor abdominal recurrente. Sus exámenes de laboratorio, ecografías y tomografía abdominal

resultaron normales. Se solicitó una enteroclasia por Resonancia Magnética (ERM) que identificó una lesión nodular endoluminal del yeyuno medio, de 12 mm, planteando como diagnóstico diferencial un pólipo o tumor neuroendocrino. Se realizó una laparoscopia exploradora, sin identificar lesiones. Se convirtió mediante incisión periumbilical, encontrándose una lesión de 1.5 cm en yeyuno proximal, que se reseca en cuña, sin incidentes. Fue dado de alta al 4º día postoperatorio sin complicaciones. La biopsia diferida confirmó PE.

**Discusión:** El PE tiende a tener una presentación asintomática en aproximadamente un 85% de los casos y los sintomáticos se presentan con dolor en 23–50%. Su localización en yeyuno es la 3ª más frecuente. La dificultad del diagnóstico radica en la falta de sospecha y baja especificidad de exámenes imagenológicos, aumentando el riesgo de complicaciones por detección tardía. Existen opciones no invasivas como RM, ERM y cápsula endoscópica, no obstante, ninguna es específica. La enteroscopia permite toma de biopsia y tatuaje, siendo su principal limitante el acceso a ella. La laparoscopia tiene la ventaja de ser diagnóstica y terapéutica. Existe consenso que lesiones sintomáticas deben ser resecadas, pero en asintomáticas es controversial.

**Conclusión:** El PE es una lesión poco frecuente, generalmente asintomática, pero que puede presentar complicaciones. Conocer herramientas diagnósticas es fundamental en el enfrentamiento, siendo su tratamiento definitivo la resección quirúrgica.

## CG-P86) ESPLENOPEXIA LAPAROSCÓPICA PARA EL MANEJO DE BAZO ERRANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mora Fritis, C.(1); Lira Gatica, J.(2); Feuerhake Larraín, S.(2); Aldunate Riedemann, M.(2);

(1): Universidad de Chile, Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Hospital de Niños Roberto del Río, Santiago, Chile

**Introducción:** El bazo errante (BE) es una condición infrecuente caracterizada por la movilidad anormal del bazo debido a la laxitud o ausencia de sus fijaciones ligamentarias, lo que puede llevar a torsión esplénica e infarto. El manejo del BE varía desde esplenopexia en pacientes asintomáticos hasta esplenectomía en casos de infarto. Este trabajo tiene como objetivo presentar la experiencia de una esplenopexia con malla mediante abordaje laparoscópico en un paciente pediátrico y exponer una revisión de la literatura actual sobre el manejo de esta patología.

**Caso clínico:** Niño de 4 años con episodios de dolor abdominal intenso y resolución espontánea. Al examen físico se palpa bazo aumentado de tamaño. Se realiza ecografía abdominal que informa hallazgo de bazo errante, sin alteraciones del Doppler. Se realiza una esplenopexia laparoscópica mediante la colocación de una malla de polipropileno para fijar el bazo a la pared abdominal. La cirugía transcurrió sin complicaciones, con un tiempo operatorio de 1 hora y 21 minutos. El paciente fue dado de alta 48 horas después de la intervención, presentando dolor postoperatorio manejable. No se observaron complicaciones postoperatorias.

**Conclusión:** La esplenopexia con malla por vía laparoscópica es una técnica segura y efectiva

para fijar el BE, reduciendo el riesgo de complicaciones y favoreciendo una rápida recuperación gracias a la mínima manipulación y excelente visualización que proporciona la laparoscopia. Este enfoque minimiza la necesidad de incisiones grandes y asegura una fijación estable del bazo, siendo una opción preferida en pacientes pediátricos. Existen escasas publicaciones internacionales sobre esta patología, en su mayoría reportes de casos clínicos, y no se han comunicado casos de esplenopexia mínimamente invasiva en nuestro país. Este reporte aporta experiencia local en el manejo de una patología infrecuente, mejorando el diagnóstico, tratamiento y resultados clínicos.

## **CG-P87) TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO TRAQUEAL SUBGLÓTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO.**

Norambuena Cuadra, C.(1); Alvarado Navarrete, M.(1); Prinic Pérez, K.(1);  
(1): Hospital Hernan Henriquez Aravena de Temuco, Temuco, Chile

**Introducción:** Los tumores primarios de vía aérea en pediatría son infrecuentes. El objetivo de este trabajo es reportar el caso de una paciente de 6 años con un tumor miofibroblástico traqueal, tratada exitosamente con cirugía resectiva de la lesión, evitando la realización de una traqueostomía.

**Material y Método:** Se revisa la ficha clínica de una paciente del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco con diagnóstico de tumor subglótico, y cuyo estudio histopatológico reveló un tumor miofibroblástico inflamatorio.

**Resultados:** Paciente de sexo femenino, de 6 años de edad con cuadro clínico de 2 meses de evolución de estridor, infecciones respiratorias a repetición y dificultad respiratoria con el ejercicio, requiriendo finalmente ser hospitalizada para conexión a ventilación mecánica no invasiva con BiPAP. El estudio endoscópico e imagenológico demostró presencia de una masa sólida en región subglótica que ocluía 90% del lumen traqueal. Se realizó tumorectomía, evolucionando en forma satisfactoria en su postoperatorio, asintomática y sin requerimiento de asistencia ventilatoria. Biopsia fue informada como tumor miofibroblástico inflamatorio. En controles postoperatorios se ha mantenido asintomática y sin recidiva de lesión.

**Conclusiones:** El estridor y las sibilancias son motivos de consulta frecuente en pediatría y habitualmente se deben a cuadros virales. Frente a episodios recurrentes y a la falta de respuesta a manejo sintomático habitual, es importante realizar el estudio complementario que permita abordar otros diagnósticos diferenciales. Los tumores miofibroblásticos inflamatorios son muy infrecuentes en pediatría. La hospitalización y soporte ventilatorio no invasivo, permitió mantener a nuestra paciente sin traqueostomía hasta el momento de la cirugía. La extirpación quirúrgica de tumores subglóticos a través de cirugía abierta es un tratamiento seguro, efectivo y que permite una pronta recuperación.

## CG-P88) RESULTADOS DE LA ANASTOMOSIS HEPATODUODENAL VS. HEPATOEYUNAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON QUISTE DE COLÉDOCO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS

Lavado, I.(1); Santos, M.(2); Guelfand, M.(3); Iñiguez, R.(4);

(1): Residente Cirugía Pediátrica, Universidad de Chile, Santiago, Chile (2): Cirujana Pediátrica, Hospital San Camilo, San Felipe, Chile (3): Cirujano Pediátrico, Cleveland Clinic, Cleveland, USA (4): Cirujano Pediátrico, Hospital Dr Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

**Introducción:** La anastomosis hepatoduodenal (HD) y hepatoyeyunal (HY) son técnicas quirúrgicas utilizadas en la reconstrucción biliar de pacientes pediátricos con quiste de colédoco. El objetivo de este estudio es comparar los resultados, complicaciones y reintervenciones en pacientes sometidos a ambas técnicas en nuestro centro.

**Material y métodos:** Se incluyeron 17 pacientes pediátricos operados por quiste de colédoco entre 2013 y 2022, sometidos a anastomosis HD (n = 8) o HY (n = 9). Se recolectaron datos demográficos, quirúrgicos y postoperatorios. Se analizaron edad, peso al momento de la cirugía, abordaje quirúrgico, tipo de sutura, tiempo operatorio, uso de drenajes, días de régimen cero y estadía hospitalaria.

**Resultados:** Ambos grupos presentaron una distribución similar en cuanto al sexo (HD: 50% femenino; HY: 66.66% femenino) y presencia de comorbilidades (HD: 50%; HY: 66.66%). La edad promedio al momento de la cirugía fue de 5 años para HD y 4.5 años para HY.

El abordaje laparoscópico fue predominante en ambos grupos (87.5% HD; 77.7% HY), con un 28.5% de conversión a cirugía abierta en cada grupo. El tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo HY (263.88 vs 212.87 minutos).

Las complicaciones postoperatorias se observaron en el 25% (n=2) de los pacientes con HD, destacando pancreatitis, filtración de la anastomosis y reflujo biliar, todos ellos requirieron reoperaciones (5 reintervenciones en total). En HY, el 44% (n=4) presentó complicaciones, principalmente colangitis y colecciones intraabdominales, con una sola reoperación.

**Conclusiones:** Las técnicas HD y HY presentan perfiles distintos de complicaciones y reintervenciones. El tiempo quirúrgico fue mayor en HY, sin embargo el grupo sometido a HD tuvo un mayor porcentaje de complicaciones más severas, que llegaron a requerir reoperaciones. En base a la experiencia expuesta, la anastomosis HY es actualmente la técnica de elección en nuestro centro.

## CG-P89) SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN LESIONES OVÁRICAS BENIGNAS PEDIÁTRICAS.

Moncada Vidal, K.(1); González García, G.(1); Neira Terraza, C.(1); Bravo-iratchet, A.(1);  
(1): Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile

**Antecedentes:** Los tumores ováricos (TO) representan el 1% de las neoplasias infantiles, y el 90% son benignos. La cirugía conservadora (OSS) está indicada en TO benignos (TOB) con tasas de recurrencia de hasta 10%. La cirugía mínimamente invasiva (CMI) ofrece amplias ventajas sobre la técnica abierta. El objetivo de esta revisión fue evaluar la viabilidad y seguridad de la CMI en TOB, medida por la tasa de recurrencia tumoral postoperatoria.

**Materiales y métodos:** Análisis descriptivo-retrospectivo de una sola institución de pacientes pediátricos diagnosticados con TOB, tratados mediante CMI desde 2013 hasta 2020. Se estudiaron datos demográficos, imágenes, procedimiento quirúrgico, rotura intraoperatoria, complicaciones postoperatorias, histología, seguimiento postoperatorio y recurrencia.

**Resultados:** Se analizaron 28 TOB en 26 pacientes. Edad media 11 años (RIC 7). El principal motivo de consulta fue dolor abdominal (60,1%). Los marcadores tumorales fueron normales en el 100%. La ecografía fue el estudio inicial en el 97%. Las imágenes mostraron que las masas eran predominantemente quísticas en el 78%; el tamaño medio fue de 6 cm (RIC 5). El diagnóstico por imágenes más frecuente fue teratoma maduro (45%). Se realizó por CMI, OSS en 19 unidades ováricas (OU), ooforectomías totales en 8 y 1 laparoscopia exploratoria en un quiste funcional. Se informó rotura tumoral en 1 paciente. La correlación preoperatoria imagen-histología fue del 75%; no se encontraron malignidades en la revisión histológica. Con seguimiento de 2 a 10 años, hubo 2 teratomas asincrónicos contralaterales y una recurrencia (3.8%) a 25 meses de seguimiento.

**Conclusiones:** La resección quirúrgica es crucial en el manejo de neoplasias ováricas pediátricas. Se ha reportado una mayor tasa de recurrencia en CMI comparada con la cirugía ovárica abierta. En este estudio, se reportó un 3.8% de recurrencias durante el seguimiento, lo que apoya la CMI para TOB.

## **CG-P90) ATRESIA DE VÍAS BILIARES ASOCIADA A CITOMEGALOVIRUS, REPORTE DE UN CASO**

Osses, J.(1); Gong, Y.(1); Mora, F.(2); Ibañez, C.(1); Ibañez, T.(1); Guiñez, J.(1);  
(1): Hospital Félix Bulnes, Santiago, Chile (2): Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Introducción:

La atresia de vías biliares (AVB) es una grave afección infrecuente, manifestada en neonatos, causando obstrucción de la vía biliar. Es la primera causa de trasplante hepático (TH) en niños. Su técnica correctora, la portoenterostomía de Kasai (KPE), consigue el drenaje biliar en un 60% de los casos y aunque un 20% llega a edad adulta con su hígado nativo, algunos presentan complicaciones como colangitis, fibrosis hepática e hipertensión portal (HTP). El TH precoz implica peores resultados. La infección por citomegalovirus podría ser un agente causal de AVB.

Descripción del caso:  
Paciente femenino de 2 meses, embarazo de término, 3.750 kg al nacer, icterica desde el nacimiento. Al séptimo día de vida presenta bilirrubina total (BT) de 10 mg/dl, con patrón colestásico. Alimentándose con lactancia materna y fórmula, con hipocolia. Ecografía a los 2 meses sugiere diagnóstico de AVB. Exámenes preoperatorios muestran BT de 14.3 mg/dl, transaminasas elevadas y citomegalovirus positivo. Esto retrasó la cirugía 10 días para objetivar la carga viral a petición del equipo de anestesia, por el riesgo de diseminación viral. Con 74 días de vida y carga viral reducida sin infección activa, se realizó la intervención. La colangiografía operatoria y biopsia hepática confirman AVB. Se realiza una KPE en Y de Roux por vía abierta. La paciente, con un año y medio de edad, sigue estable, mantiene controles con equipo multidisciplinario, con elevación intermitente de BT de hasta 4.5 mg/dl con predominio directo, daño hepático crónico e HTP. Se planifica TH al cumplir 7 años.

#### Conclusión:

Se prefiere una KPE como primera elección y el TH como tratamiento de rescate. Conocer las complicaciones asociadas a esta patología y mantener un control multidisciplinario es fundamental para así decidir el momento oportuno para el TH. La identificación de citomegalovirus no debería retrasar el momento de la cirugía.

### **CP-P25) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GRAN MALFORMACIÓN VASCULAR LINFÁTICA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA.**

Figueroa Galdame, G.(1); Leiva Ferrer, R.(1); Tapia Reyes, N.(2); Alfaro Aguirre, M.(2);  
(1): Residente de Cirugía pediátrica Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Cirujana Pediátrica. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Pediatría y Cirugía infantil Campus Centro Universidad de Chile, Santiago, Chile

#### Introducción:

Las Malformaciones vasculares linfáticas (MVL), es una anomalía congénita del sistema linfático caracterizada por la formación de estructuras anormales de los vasos linfáticos. Se localizan habitualmente en cabeza y cuello hasta en el 75% de los casos. En el manejo de esta patología es crucial el estudio completo de la lesión con imágenes que incluyen la ecografía, tomografía computada y la resonancia nuclear magnética, con el fin de seleccionar el tratamiento más adecuado. El objetivo es presentar el abordaje quirúrgico de una MVL de gran tamaño y localización inhabitual en pared abdominal.

#### Presentación del caso:

Adolescente masculino con diagnóstico prenatal de Linfangioma dorso-lumbar izquierdo de crecimiento paulatino, en seguimiento con manejo compresivo. Evoluciona con prurito y dolor en relación a aumento de volumen, se complementa estudio con angioresonancia magnética: "Gran malformación vascular de tipo linfática, de la pared abdomino - pélvica izquierda, destaca la presencia dos grandes quistes en pared ventral pélvica con diámetros

mayores de 10.3 x 7.6 cm y 8.2 x 5.3 cm uniloculares de pared fina". Se presenta a radiología intervencional: sin indicación de escleroterapia. Se planifica resolución quirúrgica, abordaje por incisión transversa infraumbilical izquierda, resecao lóculo mayor y 3 menores adyacentes, instalando drenaje. Paciente evoluciona favorablemente, se retira drenaje y se da de alta. Actualmente conforme con resultado estético, sin necesidad de reintervención.

### **Conclusión:**

Las MVL a pesar de ser lesiones benignas, pueden por su localización y dimensiones generar complicaciones y limitar las actividades de la vida diaria lo que hace imperativo su tratamiento. Si bien el tratamiento actual comprende un manejo menos invasivo como escleroterapia no todos los pacientes son candidatos a este y requieren un manejo quirúrgico. Es fundamental el estudio de imágenes previas para la correcta planificación y buen resultado estético y funcional.

## **CP-P26) ANOMALÍAS VASCULARES DEL BAZO ¿QUE SABEMOS DE ELLAS?: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Fuentes, T.(1); Triana, P.(2); Lopez, J.(2);

(1): Hospital Dr Sotero Del Rio, Santiago, Chile (2): Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

### **Introducción**

La clasificación de las anomalías vasculares del bazo se basa actualmente solo en criterios histológicos, con una nomenclatura que sigue siendo confusa e inadecuada según los estándares de la ISSVA, a diferencia de las anomalías vasculares cutáneas. Los términos "hemangioma" y "hemangiomatosis" se utilizan de manera inconsistente, sin correlación con datos radiológicos, clínicos o genéticos, lo que complica la creación de protocolos terapéuticos, limitando las opciones a la esplenectomía. En la actualidad, la inmunohistoquímica es la única técnica que permite identificar las células endoteliales involucradas. Se ha observado una posible asociación entre las anomalías vasculares esplénicas y el cáncer de próstata, aunque esta relación aún no está completamente entendida.

### **Caso Clínico**

Presentamos el caso de un prematuro de 33 semanas, con distensión abdominal. El paciente mostró múltiples anomalías vasculares en el bazo, hígado y piel (tumor glómico y angioma en penacho), desarrollando anemia severa y trombocitopenia. A pesar de recibir tratamientos farmacológicos, su estado empeoró, lo que llevó a realizar una esplenectomía total a los 10 meses de vida debido a hiperesplenismo. La biopsia reveló una proliferación vascular benigna, sin ningún tipo de caracterización histológica, inmunohistoquímica específica, ni genética y, por tanto sin diagnóstico definitivo. Hemos aprovechado este caso



para revisar el conocimiento actual de las anomalías vasculares esplénicas, incluyendo la frecuente asociación con el adenocarcinoma de próstata.

### Conclusión

No hay ningún paralelismo entre las anomalías vasculares cutáneas y esplénicas, y la clasificación de la ISSVA no parece tener vigencia en este grupo de pacientes, lo que no permite establecer opciones de tratamiento farmacológico alternativas a la esplenectomía. Es imprescindible establecer criterios internacionales de diagnóstico y nomenclatura, y realizar estudios moleculares que permitan identificar patrones específicos de angiogénesis, así como buscar terapias dirigidas con inhibidores farmacológicos, con el fin de mejorar el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

## CP-P27) ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE CON FISURA LABIO PALATINA PARTICIPE DEL OPERATIVO DE LA FUNDACIÓN GANTZ EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT DR. EDUARDO SCHÜTZ SCHROEDER

Fuentes Orellana, M.(1); Schwaner, A.(2); Campodónico, M.(3);

(1): DERMOKINE, Frutillar, Chile (2): HOSPITAL PUERTO MONTT, PUERTO MONTT, CHILE (3): Fundación Gantz, Santiago, Chile

### *Introducción*

Post rinoplastia en pacientes fisurados se tiende a a depresión del cartílago alar, retracción e hipertrofia de la cicatriz de los orificios nasales pudiendo perder la nueva morfología. Por este motivo es habitual el uso de conformadores nasales en el postoperatorio.

El problema radica en que durante la espera del conformador se produce retracción e hipertrofia cicatrizal. Por lo tanto, los esfuerzos deben estar dirigidos en conseguir la pronta estabilización. Otra dificultad ocurre al realizar instalación, activación (aumento) o descansos del conformador, donde al intentar introducirlo en un espacio de menor calibre, entendiéndose que el lumen en minutos disminuye ante una cicatriz muy activa y retráctil, se generan micro lesiones por fricción.

### *Objetivos*

1. Presentar técnica de modificación del negativo.
2. Presentar técnica de dilatación de la cicatriz de la fosa nasal.

### *Descripción caso clínico*

Mujer, 33 años, dg. FLP bilateral. El 16/11/23 queilorinoseptoplastía y turbinectomía bilateral. Retiro puntos a los 14 días post cirugía.

Evaluación: disminución lumen fosas nasales y aplanamiento de los vértices por externo.

Toma de molde e instalación dilatadores a los 19 días, instalación conformadores unilaterales a los 21 y 23 días.

Previo a la toma de molde (20 minutos), se instalaron dilatadores de silicona moldeable. Al molde (o negativo), se le realizaron agregados, permitiendo una morfología más anatómica del conformador.

Los dilatadores se utilizaron también durante la instalación, pausas y activación de los conformadores, dando menor fricción.

Se estabiliza el resultado a los 42 días post instalación de los conformadores. Buena forma narina y permeabilidad.

### ***Conclusiones***

El uso de dilatadores y modificación del negativo permitieron tener un molde más amplio que conllevó a un conformador más anatómico de forma precoz, ahorrando controles de activación.

El uso de dilatadores, dio continuidad al tratamiento y evitó heridas durante la instalación, descansos o activaciones.

## **CP-P28) MANEJO ORTÉSICO POST CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA AURICULAR EN MICROTIA**

Fuentes Orellana, M.(1); Morovic Inostroza, C.(2);

(1): DERMOKINE, Frutillar, Chile (2): CLINICA CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA, Santiago, Chile

### ***Introducción***

Post cirugía de microtia, posibles dificultades podrían presentarse: necrosis de la piel, edema, hipertrofia y retracción de la cicatriz auricular y/o injerto retro auricular y pérdida del ángulo de elevación auricular.

En la literatura se describen órtesis para el manejo post operatorio, sin embargo, no se realizan modificaciones de éstas en el tiempo post entrega, que permitan la correcta definición de la oreja y entrada de la órtesis.

## **Objetivos**

- 1.
2. Describir el tratamiento órtésico realizado en un caso clínico con cicatrización patológica.

## **Descripción caso clínico**

Niño de 15 años, diagnóstico microtia izquierda normotópica. Sometido a tres cirugías reconstructivas fallidas, sin post operatorio ortésico.

Se evalúa post cuarta cirugía reconstructiva. Cicatriz hipertrófica severa cubriendo la oreja, lo cual hace imposible diferenciar los componentes internos. Aumento de la elevación, vascularización, consistencia, disminución de la flexibilidad, presencia de dolor y prurito.

Paciente fue seleccionado por presentar cicatrización lo suficientemente patológica para poder evaluar el tratamiento órtésico propuesto, "CASO EXTREMO".

Se realiza un conformador auricular de silicona moldeable pesada. Sobre la misma órtesis cada control se agudiza su ángulo de entrada con fresa suave, para hacer progresiva la apertura y evitar úlceras por presión. Se fija con telas micropore y retira con removedor. Al inicio se cambian telas diariamente, al lograr estabilidad se cambian dos veces por semana. Los controles requeridos fueron dos a uno mensual.

## **Conclusión**

Al alta el paciente presenta cicatriz plana, blanda y flexible, buena definición de los componentes internos de la oreja, sin gran actividad en su vascularidad (casi hialina), sin dolor ni prurito. Esta óptima evaluación se logra gracias a la derivación precoz (al retiro de puntos), modificaciones sutiles que persiguen la anatomía auricular de la salida inmediata de pabellón. Razón por la cual las adaptaciones deben ser en conjunto con el cirujano(a), dando opción de cambios consensuados.

## **CP-P29) EXPERIENCIA LOCAL INICIAL EN CASOS DE PACIENTES CON MICROTIA, EN BASE A LA REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN (AAR) DE CIRUGÍAS PREVIAS. HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, TEMUCO**

Gómez, A.(1); Iturriaga, P.(1); Zapata, P.(1); Alfaro, P.(2);

(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (2): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

## **Introducción**

Microtia es una malformación congénita donde existe escaso o nulo desarrollo del pabellón auricular. El Gold Standard es la reconstrucción auricular con tejido autólogo de cartílago costal. En el Hospital Hernán Henríquez Aravena durante el año 2024 se ejecutaron las dos primeras intervenciones de este tipo a cargo, exclusivamente, de cirujanas plásticas pediátricas locales. El objetivo de este reporte es presentar la experiencia inicial en nuestro centro en base a la revisión posterior a la acción de cirugías previas en 2016 y 2024.

## **Material y métodos**

Reporte de 2 casos clínicos, donde se realizó reconstrucción auricular a partir de cartílago costal autólogo, luego de revisar los casos operados en 2016 y 2024.

## **Resultados**

Se presenta paciente N°1, femenina de 15 años, con antecedente de microtia izquierda, tipo IIIa según Firmin. Paciente N°2, femenina de 14 años, con antecedentes de microsomía hemifacial izquierda y microtia izquierda, tipo I.

Durante el año 2024 se realizaron, primeros tiempos de ambas intervenciones, luego de analizar el accionar de las cirugías del 2016 y 2024 realizadas con ayuda de 2 invitadas, cirujanas plásticas pediátricas Chilenas. Durante la cirugía se utilizó técnica quirúrgica según Firmin para ambas.

## **Conclusión**

Microtia es una patología congénita que puede ser corregida quirúrgicamente, para obtener buenos resultados y minimizar las secuelas es fundamental tener una técnica depurada de reconstrucción auricular utilizando tejido autólogo. En los casos clínicos presentados ambas pacientes obtuvieron resultados estéticos esperados con ausencia de complicaciones a corto y mediano plazo. Esto se consiguió a nuestro parecer, gracias a la revisión minuciosa de los casos operados previamente en los años 2016 y 2024. Según estudios se requiere una curva de aprendizaje de 0.9 a 2 pacientes por mes para poder implementar la técnica quirúrgica, sin embargo, planteamos que AAR es un muy buen método para disminuir esta brecha.

**CP-P30) CASO CLÍNICO: LIPOBLASTOMA EN EXTREMIDAD INFERIOR DE PACIENTE PEDIÁTRICO, DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO**

Guzmán, D.(1); Figueroa, G.(1); Alfaro, M.(1); Kong, S.(1); Maldonado, L.(1); Tapia, N.(1);  
(1): Hospital Clínico San Borja Arriaran, Santiago, Chile

## **Introducción**

Los lipoblastomas son tumores benignos poco frecuentes compuestos de células adiposas en diversos estadios, su presentación más frecuente es en la edad pediátrica y en un 70% se localizan en las extremidades. Este estudio presenta el caso de una escolar que presentó un lipoblastoma en el pie izquierdo, describiendo el proceso diagnóstico, la intervención quirúrgica y el seguimiento postoperatorio.

## **Materiales y Métodos**

Se estudió a una paciente de 12 años derivada al servicio de cirugía pediátrica debido a un aumento de volumen lentamente progresivo en cara lateral de pie izquierdo asociado a dolor leve manejado con antiinflamatorios. La lesión llevaba 5 años aproximadamente de evolución. Se realizaron las siguientes evaluaciones imagenológicas: ultrasonido y resonancia magnética para obtener una imagen detallada del tumor y su extensión. Tras la sospecha diagnóstica se realiza una cirugía bajo anestesia general para extirpar completamente el tumor y envió a biopsia diferida.

## **Resultados**

Las imágenes describieron una masa bien delimitada de 4 x 1 cm aproximadamente, polilobulada, en el tejido celular subcutáneo de la cara lateral, plantar y dorsal del pie izquierdo, sin invasión en tejidos cercanos pero con desplazamiento y deformación de la articulación metatarsofalángica del quinto orjejo. Se realizó una resección completa de la lesión con biopsia diferida que confirmaría por histología e inmunohistoquímica el diagnóstico de lipoblastoma. La recuperación postoperatoria no presentó mayores complicaciones ni alteraciones en la funcionalidad de la extremidad afectada. Los controles posteriores no han evidenciado de recurrencia del tumor.

## **Conclusiones**

Este caso describe el proceso de detección, estudio y resolución quirúrgica de una lesión de partes blandas en un paciente pediátrico. Aunque el lipoblastoma es un tumor benigno, su localización puede comprometer la función del miembro afectado. El seguimiento continuo multidisciplinario después de la cirugía es esencial para permitir una adecuada recuperación estética y funcional.

**CP-P31) MANEJO DE SECUELA ESTÉTICA DE HEMANGIOMA INFANTIL FACIAL EN PACIENTE ADOLESCENTE CON ABORDAJE QUIRÚRGICO Y LÁSER**

Leiva, R.(1); Maydana, M.(2); Andueza, F.(2); Pullin, Y.(2);

(1): Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile (2): Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Santiago, Chile

## **INTRODUCCIÓN**

El hemangioma infantil es una malformación vascular común en la infancia, caracterizada por un crecimiento rápido y una involución lenta, que puede dejar secuelas estéticas significativas. El tratamiento multimodal, que incluye la resección quirúrgica, la kinesioterapia y el uso de láser, ha demostrado ser efectivo en la mejora de los resultados estéticos y funcionales en estos pacientes. El objetivo de este reporte es presentar el caso de una paciente con hemangioma infantil, tratada mediante cirugía y láser, con resultados estéticos favorables.

## **CASO CLÍNICO**

Paciente femenina de 10 años con antecedente de hemangioma facial segmentario, previamente manejado con propranolol, el cual ha involucionado. Al examen físico, se observa asimetría facial con aumento de los tejidos blandos, principalmente en la mejilla izquierda y el labio superior, lo que provoca una leve caída de la comisura labial. Además, se identifican telangiectasias en la región cigomática y en el labio superior. En la mejilla, presenta una placa hiperpigmentada de superficie irregular, de aproximadamente 6x3 cm.

Se realiza la exéresis de la región cutánea hiperpigmentada, la remoción de vestigios de hemangioma en planos supra-SMAS, y bichectomía unilateral con abordaje externo para lograr simetría facial. El cierre se realiza con una doble zetoplastia. Posteriormente se maneja cicatriz con kinesioterapia y se realizan 2 sesiones de tratamiento láser con protocolo ND-Yag y Erb-Yag - Plataforma Sciton para tratamiento de cicatriz y telangiectasias.

## **CONCLUSIÓN**

Las lesiones faciales extensas, como algunos hemangiomas, pueden dejar secuelas estéticas desafiantes. La combinación de terapias médicas y quirúrgicas ofrece la posibilidad de obtener resultados más satisfactorios en comparación con el uso aislado de cada una. Además, el acceso a terapias como el láser en un hospital público amplía considerablemente el arsenal de herramientas para tratar telangiectasias y cicatrices, optimizando los resultados estéticos.

## **CP-P32) COLGAJO BUCCINADOR PARA FÍSTULAS PALATINA Y DEHISCENCIAS DE PALADAR BLANDO**

Paulos Parot, M.(1); Ellsworth, K.(1); Muñoz, M.(1); Broussain, V.(1); Lagos, C.(1);  
(1): Hospital de Niños Dr. Roberto del Río, Santiago, Chile

Introducción: El colgajo buccinador es una alternativa reconstructiva en caso de fístulas palatinas Pittsburg tipo I, II y III. El objetivo de este estudio es evaluar la evolución de complicaciones y de presión intraoral o insuficiencia velofaríngea en 5 pacientes que evolucionaron con dehiscencia del paladar y que requirieron colgajo de buccinador para su reconstrucción.

Metodología: análisis retrospectivo de casos donde se evalúa la técnica quirúrgica, las complicaciones y la evaluación fonaudiológicas de 5 pacientes que requirieron colgajos de buccinador uni o bilateral, para cierre de dehiscencia del paladar blando. El cierre se realiza con plano nasal de mucosa palatina, separación de la mucosa oral a nivel del paladar óseo y blando. Se identifican ambas bolas de Bichart que se traccionan y se sutura en la línea media en la porción posterior del paladar óseo, colocar los colgajos buccinadores miomucosos en el plano oral a ese nivel, suturando el complejo muscular del paladar posterior a los colgajos buccinador.

Resultados: Se logró el cierre de las 5 dehiscencia de paladar blando. Las edades en las que el cierre del paladar se logran definitivamente fluctúan entre el año y 5 meses de edad y los 6 años de edad, con un seguimiento de entre 8 meses a 3 años. Un paciente refiere morderse la base del colgajo y otro presenta una fístula de 2mm asintomática. De los 2 pacientes mayores de 5 años uno de ellos evoluciona con hipernasalidad y mecanismo insuficiente y 3 pacientes menores de 5 años evolucionan sin emisión nasal o hipernasalidad y están en fase de incorporación de sonidos.

Discusión: los colgajos buccinadores permiten elongar el paladar y retroponer el complejo muscular del paladar. El mecanismo velofaríngeo en paladares dehiscentes cerrados con los colgajos buccinadores permiten lograr presión intraoral en la mayoría de los casos.

## **UP-P06) DUPLICACIÓN URETRAL EN Y EN NIÑA CON HIPERPLASIA SUPRA RENAL CONGÉNITA: UN HALLAZGO INFRECIENTE**

Yankovic, F.(1); Zavala, G.(1); Reed, F.(1); Letelier, N.(1); Recabal, X.(1); Finsterbusch, C.(1);  
López, P.(2);  
(1): Hospital Exequiel González Cortés, San Miguel, Chile (2): UH Rainbow Babies and  
Children Hospital, Cleveland, EEUU

**Introducción:** La duplicación uretral es una malformación rara que puede encontrarse en asociación a malformaciones urogenitales complejas. Se presenta el caso de paciente con hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) asociado a duplicación uretral en Y.

**Caso clínico:** Niña con diagnóstico prenatal de masa quística intraabdominal. Al nacimiento se constatan genitales atípicos, hipertrofia de clítoris, seno urogenital y masa hipogástrica, correspondiente a hidrocolpos. Se realiza vesicostomía y drenaje de hidrocolpos. Al mes de vida se decide vaginostomía que no logra drenaje adecuado por lo que se realiza cierre y se indica cateterismo perineal. Cariograma 46XX y diagnóstico de HSC. Traslado a nuestro centro a los 4 años; vesicostomía funcional con cateterismo perineal 3 veces al día para vaciar hidrocolpos. Sin infecciones urinarias, ecografía con hidrocolpos moderado, riñones, anexos y útero normales. Cistoscopías y vesicoscopías no logran identificar comunicación de cuello vesical a periné. **Cirugía a los 5 años:** Vaginoscopía con cavidad vaginal amplia y presencia de orina por orificio perineal único, tercio distal estenótico, sin identificar desembocadura uretral. Cistoscopía por vesicostomía; paso de guía hidrofílica 0.025 a través de cuello vesical, ésta se exterioriza por la punta del clítoris, correspondiendo a uretra hipoplásica. Se realiza liberación y descenso de seno urogenital, al abrir vagina por dorsal se identifica uretra funcional que desemboca en tercio medio de la vagina, constatándose una duplicación uretral en Y. Se realiza cierre de vesicostomía, descenso del seno urogenital, remoción de uretra hipoplásica y descenso de uretra funcional. Se retira sonda Foley al 12vo día, presentando diuresis espontánea por uretra. Control 2 meses con ecografía sin hematocolpos, iniciando continencia, al examen físico introito de aspecto normal, uretra y vagina separadas.

**Conclusiones:** La duplicación en Y en mujeres es una condición extremadamente infrecuente, su sospecha clínica en hidrocolpos refractario puede llevar a optimizar el plan quirúrgico en estas pacientes.

## UP-P07) URINOMA FETAL: DIAGNOSTICO POSTNATAL A PROPOSITO DE UN CASO

Hidalgo, D.(1); Zambrano, C.(1); Delgado, N.(1); Flores, S.(1); Zurita, Y.(1); Poblete, A.(1); Fuentes, A.(1);

(1): Hospital Clínico Herminda Martín, Chillan, Chile

**Introducción** Los urinomas fetales se diagnostican mediante ecografía prenatal, son el resultado de una uropatía obstructiva con aumento de la presión intrarrenal con rotura del sistema colector, que pone en riesgo la futura función renal. Aunque el urinoma es un hallazgo prenatal poco común, su sospecha diagnóstica es muy importante, ya que indica una posible enfermedad obstructiva del tracto urinario y daño renal ipsilateral irreversible en la mayoría casos. Se presenta un caso de Urinoma fetal bilateral con diagnostico postnatal en nuestro hospital. **Material y métodos:** Reporte de caso de recién nacida femenina con diagnostico prenatal de lesiones quísticas fetales por anomalías del seno urogenital con diagnostico postnatal de Urinoma fetal. **Resultados:** Recién nacida femenina con diagnostico prenatal de anomalías del seno urogenital, quien presento Insuficiencia renal aguda,



ecografía abdominal con lesiones quísticas, que determina leve a moderada hidronefrosis bilateral: lesión quística de origen ovárico versus quiste del mesenterio al 4 día de vida. Se realizó laparotomía exploradora que determinó el origen renal de las lesiones quísticas: urinomas bilaterales causados por la obstrucción de la unión ureterovesical bilateral, lo que provocó la extravasación de orina, mayor a izquierda, demostrado por la rápida recuperación de la función renal y la desaparición de la lesión quística perirrenal derecha posterior a la ureterostomía terminal, y a la desaparición de la lesión quística del polo superior izquierdo no funcionante posterior a su drenaje. **Conclusión** Es importante la sospecha diagnóstica de Urinoma ante el hallazgo prenatal de masa quística y dilataciones del tracto urinario, dada su asociación a obstrucción y daño renal irreversible, lo que nos obliga a un seguimiento prenatal riguroso, diagnóstico e intervención posnatal precoz, e informar a los padres del pronóstico de este diagnóstico sobre la función renal.

Palabras clave: Urinoma fetal, obstrucción del tracto urinario, daño renal.

## UP-P08) LIPOSUCCIÓN SUPRAPÚBICA COMO TRATAMIENTO COADYUDANTE EN PACIENTES CON PENE SUMIDO.

Lagos, C.(1); Retamal, G.(2); Muñoz, O.(2); Contreras, R.(2); Muñoz, M.(2);  
(1): Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile (2): Hospital Roberto del Río, ,

**Introducción:** El pene sumido se caracteriza por una mala fijación de la piel en la base peniana. Se asocia a obesidad y otras cicatrices postquirúrgicas. El grado de compromiso es variable y las técnicas también.

La liposucción suprapúbica puede ayudar a mejorar los resultados, ya que delimita la base peniana y permite mayor proyección lateral del pene.

El objetivo de este trabajo es presentar el manejo de penes sumidos con liposucción coadyudante.

**Método:** Cohorte prospectiva entre enero y mayo 2024. Criterios de inclusión pacientes con pene sumido con lipodistrofia púbica (acumulación de tejido que sobrepasa la base peniana). Criterios de Exclusión Sin cirugías previas. Técnica de liposucción tumescente independiente de la técnica utilizada para corregir el pene sumido. Manejo posterior con kinesioterapia.

Evaluación fotográfica pre y postoperatoria de resultados por cirujanos y satisfacción de los pacientes. Seguimiento mínimo 3 meses.

**Resultados:** 4 pacientes operados. 1/4 con lesión epidérmica que sana en forma espontánea. Sin complicaciones de la cirugía urológica. Control seriado por urología y plástica.

Todos los pacientes satisfechos con sus resultados.

**Discusión:** Los pacientes tuvieron distintas técnicas correctoras una vez realizada la liposucción.

**Conclusión:** La liposucción suprapúbica es una herramienta útil y segura como manejo coadyudante en el tratamiento del pene sumido independiente de la técnica quirúrgica utilizada para su corrección. Tiene un alto índice de satisfacción de los pacientes y correlación positiva con la evaluación de cirujanos.

## UP-P09) ¿ES FACTIBLE REALIZAR CIRUGIA INTRA-RENAL RETROGRADA SIN RADIOSCOPIA? PRESENTACION DE UN CASO CLINICO

Muñoz Moreno, O.(1); Contreras Boero, R.(1); Rocha Garces, P.(1); Lira Gatica, J.(1); Valdivia Alfaro, N.(1); Falcon Alfaro, N.(1); Retamal Pinto, M.(1);  
(1): HOSPITAL ROBERTO DEL RIO, SANTIAGO, CHILE

### RESUMEN

#### INTRODUCCIÓN

La cirugía intra-renal retrógrada es una técnica muy efectiva para el manejo de litiasis renal tanto en adultos como en niños. La radioscopia intraoperatoria se ha utilizado desde el inicio de la Endo-urología como una herramienta de apoyo para visualizar la anatomía de la vía urinaria y realizar procedimientos seguros y reduciendo complicaciones tanto intraoperatorias como postoperatorias, sin embargo, conlleva los riesgos inherentes de la irradiación ionizante tanto para el paciente como para el equipo médico con evidencia demostrada de daño a la salud. El objetivo de esta presentación es compartir el primer caso realizado de cirugía intra-renal retrógrada sin apoyo de fluoroscopia en el Hospital Roberto del Río.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, de 10 años, con cólico renal con pielotAC que muestra litiasis renal de 12mm en cáliz medio (760UH) y 10mm en cáliz inferior (610 UH). Se decide pre-stenting y luego cirugía sin exposición radioscópica, que se logra con apoyo ecográfico portátil y visión endoscópica directa.

#### CONCLUSIÓN

El no uso de radioscopia en procedimientos Endo-urológicos en pediatría es factible sin comprometer la efectividad del procedimiento y siendo más seguro para el paciente el equipo médico y personal de pabellón, al no ser expuestos a irradiación ionizante.

## **UP-P10) INTERVENCIÓN LAPAROSCÓPICA EN AGENESIA RENAL: CASO CLÍNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.**

Miranda, C.(1); Tapia, C.(1); Figueroa, I.(1); Herrera, I.(1); Luna, C.(2); Navarrete, H.(3);  
(1): Universidad Andrés Bello, Concepción, Chile (2): Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz, Los Ángeles, Chile (3): Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruíz, Los Ángeles, Chile

**INTRODUCCIÓN:**La Agenesia renal (AR) es una malformación congénita, caracterizada por ausencia total de uno o ambos riñones. Compromete mayormente el riñón izquierdo (RI) y afecta principalmente a hombres. Constituye un factor de riesgo para presentar infecciones del tracto urinario a repetición (ITUR). Se presenta este caso con objetivo de documentar el abordaje quirúrgico vía laparoscópica (VL) de una paciente pediátrica (PP) con antecedentes de AR e ITUR.

**PRESENTACIÓN CASO:**Niña de 7 años con antecedentes de Pie de bot, Polidactilia y Malrotación intestinal. En controles con Nefrología presenta reiterados exámenes de orina inflamatorios y urocultivos (+) para E coli y K pneumoniae. Ecografía renal informa estructura quística tubuliforme extendida a flanco izquierdo, RI ausente. Cirujano infantil indica nefroprotección y resonancia pélvica que informa misma estructura quística. Por hallazgos imagenológicos, se decide realizar cirugía exploratoria VL, dado los beneficios de ésta versus cirugía abierta tradicional (CAT). Protocolo describe ausencia de ovario derecho y masa retroperitoneal que impresiona remanente ureteral (RU), se disecciona lesión hasta llegar a la vejiga donde disminuye calibre, se reseca lesión completa, que es enviada a biopsia. Mantiene sonda Foley durante 5 días, por suturas próximas a vejiga; y profilaxis antibiótica con cefazolina, luego cefadroxilo. Se rescata biopsia, que informa fragmento de uréter con dilatación acentuada. Evolución favorable post alta.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:**La cirugía laparoscópica urológica pediátrica constituye un desafío, especialmente por la ubicación retroperitoneal de los órganos urológicos, que agrega dificultad debido al tamaño reducido de estos, en PP. Sin embargo, es cada vez más utilizada por sus beneficios, tales como recuperación más rápida y menos dolor y cicatrices; siempre y cuando se realice por un equipo especializado. El manejo de RU por AR no siempre es quirúrgico, de requerir cirugía, la VL es una excelente opción, dado los beneficios de ésta ante una CAT, cada vez más utilizada en pediatría.

## **SP5-V1550) SESIÓN DE PÓSTERS CIRUGÍA GENERAL (VIERNES 15:50-16:10)**

## CG-P22) NEUMONÍA NECROTIZANTE PEDIÁTRICA: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OPORTUNA.

Arriagada Rosales, C.(1); Morales Grandón, B.(1); Schneider Rivera, Q.(1); Rodríguez Bobadilla, M.(1); Schneider Rivera, M.(2);

(1): Universidad San Sebastián, Concepción, Chile (2): Complejo Asistencial Doctor Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

### INTRODUCCIÓN

La neumonía es la principal causa de hospitalización en pediatría, con buena respuesta al tratamiento estándar. Las etiologías más comunes son virales y bacterianas, con estas últimas representando más del 50% en niños mayores de 5 años. Bacterias como *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* se asocian a cuadros graves.

### PRESENTACIÓN DEL CASO:

Escolar femenina de 5 años, asmática, con múltiples consultas previas por cuadros respiratorios. Inicialmente recibió tratamiento sintomático, luego broncodilatación, y finalmente antibióticos por mala evolución. Ingresó en malas condiciones generales, subfebril, frecuencia cardíaca 158, frecuencia respiratoria 26. El scanner inicial mostró neumonía en el lóbulo inferior izquierdo y derrame paraneumónico. En el laboratorio destacó acidosis metabólica, PCR 320, TP 58%, creatinina 1,7. Ingresó a unidad de cuidados intensivos, evolucionó tórpidamente. A los 12 días, un nuevo scanner reveló neumonía necrotizante y derrame organizado. Dado el estado clínica estacionario y parámetros inflamatorios elevados, se decidió realizar videotoracotomía para desbridamiento y drenaje. Durante la cirugía, se observó neumonía necrotizante que afectaba segmentos basal medial, lateral y posterior de lóbulo inferior izquierdo, y parcialmente los segmentos anterior y basal anterior. Con absceso pulmonar drenando parcialmente con fuga aérea en segmento basal lateral. Se realizó lobectomía inferior izquierda debido a extenso compromiso necrótico. Se diagnosticó empiema fibrinopurulento en fase II. El lóbulo superior izquierdo estaba libre de lesiones y con expansión completa.

### CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La cirugía en casos de neumonía necrotizante complicada es una herramienta crucial para el manejo exitoso de pacientes que no responden a tratamiento médico. La intervención quirúrgica oportuna, que incluyó videotoracotomía y lobectomía, resultó ser esencial en este caso para la resolución del proceso infeccioso y la preservación de la función pulmonar. Este

enfoque resalta la importancia de una evaluación continua y un manejo agresivo cuando se enfrentan complicaciones graves en neumonías, obteniendo un desenlace favorable.

## CG-P23) ESTUDIO CLÍNICO PRELIMINAR DE UN DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA PARA FACILITAR EL USO DE SONDAS FOLEY EN GASTROSTOMÍAS PEDIÁTRICAS, EN ENTORNOS CON RECURSOS LIMITADOS

Hu, K.(1); Saez, J.(2); Ludueña, L.(3); Caro, I.(2); González, A.(2); Wall, J.(1); Barja, S.(2); Pattillo, J.(2);

(1): Stanford University, California, USA (2): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (3): Hospital Josefina Martínez, Santiago, Chile

**Introducción:** Las sondas de gastrostomía permiten entregar nutrición enteral. En entornos de recursos limitados, por alto costo y baja disponibilidad de botones y sondas, se usan alternativas como sondas urinarias (Foley). Tienen métodos de sujeción deficientes y propensos a complicaciones, especialmente en niños. Para optimizar su uso se desarrolló un dispositivo de bajo costo.

**Objetivo:** Validar la función y seguridad del dispositivo en un Hospital pediátrico.

**Métodos:** El dispositivo tiene un cuerpo de silicona que enrolla la sonda y una estructura plástica que la asegura contra la piel. Su costo es <5 USD. Este estudio prospectivo, incluyó su prueba en el Hospital Josefina Martínez, que recibe pacientes con enfermedades crónicas. Se enrolaron 11 pacientes hospitalizados entre 1-15 años, usuarios de gastrostomía y sonda Foley por más de un mes, sin complicaciones previas. Fue aprobado por comités de ética de Stanford y UC/SSMSO. El dispositivo se usó 8-14 días y se realizaron registros diarios. El personal de salud y cuidadores reportaron complicaciones y completaron una encuesta de satisfacción.

**Resultados:** El uso del dispositivo no tuvo complicaciones mayores; se reportó filtración menor y pérdida del ensamblaje. 73% del personal y cuidadores informó que tuvo las mismas o menos complicaciones que métodos anteriores. 36% (4/11) experimentó fugas ( $0,82 \pm 1,40$  instancias/paciente). El dispositivo se desarmó al menos una vez en 91% (10/11) ( $3,55 \pm 1,92$  veces/paciente). La piel periestomal no tuvo cambios. 95% del personal y cuidadores pudieron alimentar a los niños con el dispositivo, y 85% pudo usarlo sin ayuda. 82% volvería a utilizarlo con mejoras.

**Conclusiones:** Este estudio valida el potencial del dispositivo para fijar externamente las sondas Foley en gastrostomías: permite la alimentación y tiene complicaciones leves, pero requiere mejoras en la durabilidad. Esta información se utilizará para mejorar el dispositivo y avanzar en la innovación de la alimentación por sonda en el mundo.

## **CG-P24) RECONSTRUCCIÓN DE PARED COSTAL CON MATERIAL ABSORBIBLE TRAS RESECCIÓN EXTENSA POR SARCOMA DE EWING EN PACIENTE PEDIÁTRICO**

Moreno, M.(1); Muñoz, C.(1); Vuletin, F.(2); Pattillo, J.(2); Saez, J.(2);

(1): Residente Cirugía Pediátrica, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2): Sección de Cirugía Pediátrica, División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Los tumores primarios de la pared torácica representan un grupo heterogéneo de neoplasias. Son poco frecuentes en pediatría y el tumor maligno más común es el sarcoma de Ewing. Suelen ser de gran volumen y requieren tratamiento multimodal. La reconstrucción después de la resección en bloque representa un desafío, pues debe ser funcional, estética y compatible con el crecimiento.

Caso clínico: Paciente de 8 años, con antecedentes de asma bronquial y trastorno del espectro autista, quien consultó por un aumento de volumen en la región mamaria izquierda. La evaluación inicial mediante ecografía y tomografía computarizada reveló una gran masa osteolítica con compromiso de la cuarta costilla. Se realizó una biopsia incisional que confirmó un sarcoma de Ewing. El paciente recibió quimioterapia neoadyuvante, logrando una reducción significativa del tamaño tumoral. La intervención quirúrgica fue llevada a cabo por un equipo multidisciplinario. Se realizó una resección en bloque que incluyó tercera, cuarta costilla y parcialmente la quinta costilla, además de una resección no anatómica del lóbulo superior izquierdo. La reconstrucción de la pared torácica se realizó con malla DualMesh y placas de reconstrucción costal reabsorbibles (BioBridge), además de colgajo local. La recuperación fue favorable, sin complicaciones. La biopsia diferida confirmó una resección R0. Se mantiene en seguimiento clínico e imagenológico, sin limitaciones en la actividad física ni signos de recidiva.

Conclusión: Este caso ilustra los desafíos asociados con el sarcoma de Ewing de pared torácica, destacando la necesidad de un abordaje colaborativo para la resección y reconstrucción. La resección en bloque es fundamental pues determina el pronóstico oncológico. La selección de técnicas y materiales para la reconstrucción torácica debe asegurar la protección de órganos vitales, una adecuada función respiratoria y permitir el crecimiento.

## **CG-P25) PLANIFICACIÓN 3D DE RESECCIÓN TORACOSCÓPICA DE TUMOR MEDIASTÍNICO GERMINAL: UNA HERRAMIENTA INVALUABLE**

Roldán, N.(1); Carranza, A.(2); Loyola, P.(2); Nuñez, F.(3); Acuña, R.(4); Sepúlveda, J.(5);

(1): Cirujana pediátrica, Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE (2): Pediatra Hematocóloga, Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE (3): Cirujano maxilofacial, Laboratorio 3D. Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE (4): Cirujano Pediatra colaborador con Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE

(5): Cirujano Pediatra, urólogo pediatra. Jefe de Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico de Magallanes, PUNTA ARENAS, CHILE

## **INTRODUCCIÓN**

El mediastino es el sitio de presentación más común de las masas torácicas en la infancia. Estas pueden ser de origen congénito, infeccioso, neoplásico benigno, maligno o pseudomasas.

Es de suma importancia conocer su ubicación topográfica y los métodos de estudio que puedan ayudar en su diagnóstico, así como las consideraciones anestésicas y quirúrgicas que éstas presentan.

La impresión 3D ha sido utilizada ampliamente en la medicina de adultos, creando modelos tridimensionales, manipulables, basados en imágenes de alta resolución como tomografías o resonancias, lo cual permite conocer la anatomía específica de nuestros pacientes y preparar una cirugía personalizada a cada caso.

El objetivo es presentar el primer caso de nuestra institución en que usamos una impresión 3D para la planificación de resección de una masa mediastínica.

## **MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico**

### **CASO**

Paciente femenina de 14 años, asintomática. Hallazgo radiológico de ensanchamiento mediastínico en estudio de escoliosis. TAC tórax describe una masa en mediastino medio superior izquierdo entre arco aórtico y arteria pulmonar, con poca captación del medio de contraste y presencia de calcificaciones, de 47x37x27 mm, lo que hace sospechar un origen germinal. Estudio de laboratorio normal, marcadores tumorales negativos. Se imprime biomodelo 3D y se planifica resección toracoscópica. El procedimiento se realiza con éxito y alta a las 48hrs postoperatorias.

### **CLÍNICO:**

### **CONCLUSIÓN:**

La localización y relaciones anatómicas de este tumor es infrecuente, presentando un desafío en su abordaje. La impresión 3D al tener biomodelos específicos para la anatomía de cada paciente, permite una planificación más precisa y personalizada en cada acto quirúrgico, disminuyendo así los riesgos intra y postoperatorios, como en nuestro caso donde se logró la resección segura, considerando la delicada situación anatómica.

La utilidad de esta tecnología está bien documentada en especialidades de adulto y su uso altamente recomendable en pediatría.

## CG-P26) HIDATIDOSIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. REPORTE DE 2 CASOS

Bustos Bravo, N.(1); Zapata, P.(1); Fica, M.(1); Alvarado, S.(1);  
(1): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

### Introducción

La hidatidosis es una enfermedad zoonótica contraída por ingestión de huevos del parásito *Echinococcus spp.* El principal huésped definitivo es el perro, quien se contagia al alimentarse de vísceras de un huésped intermediario que contengan quistes hidatídicos, llegando el parásito a su forma adulta en el intestino del can y liberando huevos al ambiente a través de las heces, perpetuando el ciclo. Se presenta principalmente a nivel hepático y pulmonar, y en menor medida renal, esplénico, muscular, entre otros. Lo más frecuente es que se presente de forma asintomática en los primeros años. Se pretende exponer dos casos pediátricos en localizaciones atípicas.

### Materiales y Método:

Revisión de ficha clínica electrónica previo consentimiento de padres de pacientes.

### Resultados:

Masculino de 6 años, sin antecedentes mórbidos, con aumento de volumen nodular en región glútea derecha de 3 años de evolución, de aproximadamente 6x4 cm, asintomática. Ecografía y resonancia describen lesión quística, con diagnóstico diferencial entre absceso y origen parasitario. Se realiza extirpación quirúrgica, donde se describen membranas hialinas amarillentas y escaso líquido citrino. Biopsia compatible con membranas y pared de quiste hidatídico. Estudio pulmonar y abdominal normal.

Femenina de 7 años, con antecedente de quiste hidatídico pulmonar derecho extirpado a los 5 años. Evoluciona con aumento de volumen en cicatriz de toracotomía. Ultrasonido evidencia quiste de pared torácica. Se realiza de manera electiva extirpación quirúrgica. Biopsia informa alteraciones compatibles con quiste hidatídico inflamado.

### Conclusión:

Las localizaciones inusuales de quistes hidatídicos en la literatura se remiten principalmente a series de casos en población adulta. Menos de un 5% se presenta en el sistema musculoesquelético. Por lo que resulta importante estudiar la prevalencia de estas localizaciones en pacientes pediátricos, más aún en el sur de Chile donde dicha patología es endémica.



## **CG-P27) EXPERIENCIA EN CIERRE SUTURELESS DE GASTROSQUISIS: UNA SERIE DE CASOS.**

Gallardo, C.(1); Ferrero, M.(1); Veyl, N.(1); Díaz, A.(1); Godoy, J.(1);

(1): Hospital Clínico Metropolitano Dra. Eloisa Díaz Insunza de La Florida, Santiago, Chile

Introducción: La gastrosquisis es un defecto congénito de la pared abdominal, determinado por el prolapso de vísceras hacia la cavidad amniótica sin recubrimiento. Se produce por falla en el cierre de la pared abdominal. La mayoría es de diagnóstico prenatal. Tradicionalmente, el manejo quirúrgico se ha dividido en cierre primario y diferido. La técnica sutureless de cierre primario fue introducida en 2004 y consiste en usar el cordón umbilical como autoinjerto para cierre del defecto por segunda intención. Presentamos resultados con esta técnica.

Objetivo: Describir los resultados precoces de los pacientes intervenidos con técnica sutureless en nuestro centro.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de fichas de pacientes con cierre sutureless durante los años 2022-2023.

Resultados: Fueron 5 pacientes, en uno de ellos no se logró cierre sutureless por pérdida de domicilio. La media de edad gestacional al diagnóstico fue 17,2 semanas (12+2 - 21+2). Todos los pacientes recibieron maduración pulmonar y fueron interrumpidos vía cesárea a las 36 semanas. La media de peso de nacimiento fue 2480 gr (2040-2900). La media de ventilación mecánica en pacientes sin complicaciones fue de 9,3 horas (6-12). Un paciente estuvo 120 horas en VM quien requirió cirugía a los 14 días por suboclusión intestinal. El inicio de la alimentación enteral fue a los 3,3 (2-4) días, exceptuando al paciente con complicación, que inició a los 20 días (2 días post cirugía). La media de ALPAR fue 17 días (9-34). Alcanzaron alimentación enteral completa a los 21 días promedio (9-38). Hasta ahora no han requerido nuevas intervenciones.

Discusión y conclusión: La selección de pacientes para esta técnica es fundamental. La interrupción a las 36 semanas permite un equilibrio entre los riesgos del prematuro y posibles complicaciones por la exposición de las vísceras al líquido amniótico.

## **CG-P28) VÓLVULO DE COLON TRANSVERSO. REPORTE DE UN CASO.**

Henríquez, E.(1); Peña, M.(1); Pattillo, J.(1); Vuletin, F.(1); Sáez, J.(1);

(1): Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: El vólvulo de colon es una etiología relativamente frecuente de obstrucción de intestino grueso, siendo más frecuente el de sigmoides, luego de ciego y por último de colon

transverso, que es altamente infrecuente. Se presenta el caso de una paciente con vólvulo de colon transverso.

Caso clínico: Paciente femenino, de 14 años, sin antecedentes. Consulta por cuadro de seis días de constipación, distensión abdominal y múltiples episodios de vómitos. Destaca abdomen distendido y timpánico, pero sin signos de irritación peritoneal. Radiografía de abdomen describe un vólvulo de colon sigmoides. Se realiza destorsión endoscópica que no logra identificar claramente la zona volvulada, pero se alcanza el colon proximal. Una vez resuelto el cuadro de obstrucción intestinal, se amplía estudio con tomografía computada y enema contrastado que evidencian dilatación de colon transverso y ángulo hepático, determinada por compresión extrínseca a nivel de tercio medio de colon transverso. Se realiza una biopsia rectal que resulta normal y una laparoscopia exploradora en la que se demuestra banda fibrosa en colon transverso. Se reseca la zona comprimida y el colon proximal dilatado, con anastomosis primaria.

Discusión: El vólvulo de colon transverso representa una etiología infrecuente de obstrucción intestinal en niños. Su incidencia no está clara y su presentación se conoce por series de casos reportados en la literatura que sugieren incidencias menores al 2%. En el caso descrito, la sospecha inicial fue de vólvulo de colon sigmoides, demostrándose en los estudios posteriores que el segmento comprometido era el colon transverso. El manejo definitivo después de un cuadro de vólvulo de colon es la resección segmentaria.

Conclusión: El vólvulo está incluido dentro de las etiologías de obstrucción de intestino grueso. El compromiso de colon transverso es infrecuente, pero está considerado dentro del diagnóstico diferencial.

## **CG-P29) OBSTRUCCIÓN COLÓNICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO SECUNDARIO A BRIDA CONGÉNITA ÚNICA. REPORTE DE UN CASO**

Bello Rivera, N.(1); Carreño Bahamondes, F.(1); Pincheira Rey, C.(2); Saez Puentes, V.(1); (1): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile (2): Universidad de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción**

La persistencia del conducto onfalomesentérico, es una anomalía congénita del tracto gastrointestinal que puede existir hasta en un 2% de la población. Las bandas congénitas son una forma infrecuente de presentación de este remanente. Un 40% de los niños presentan síntomas como dolor abdominal, obstrucción intestinal o sangrado gastrointestinal. Se presenta caso de escolar con obstrucción intestinal secundaria a brida congénita, etiología infrecuente que debe ser considerada en el diagnóstico diferencial.

### **Presentación del caso**

Escolar sano, presenta cuadro de 2 días de evolución de dolor abdominal, náuseas, vómitos, consulta inicialmente en hospital periférico donde se controlan exámenes que destacan

parámetros inflamatorios altos y TC compatible con ileitis. Se ingresa para manejo. Al segundo día de hospitalización evoluciona con distensión abdominal, ausencia de deposiciones y persistencia de dolor, se controla radiografía abdomen que muestra niveles hidroaéreos por lo que ante sospecha de obstrucción intestinal se deriva a centro de referencia para evaluación por cirujano. En HHA ingresa estable, se realiza sondeo rectal que da salida a deposiciones con restos hemáticos antiguos. Se ingresa en UTIP para monitorización y seguimiento. Al día siguiente persiste sintomático, radiografía de control similar, se toma tomografía computada que informa obstrucción a nivel de sigmoides con signos de isquemia y sangrado. Se realiza laparotomía exploradora evidenciando brida obstructiva a nivel de sigmoides que comunica con el ombligo, se reseca. Asas vitales, sin otras lesiones. Paciente durante el postoperatorio bien, dado de alta al cuarto día asintomático. Resultado de biopsia compatible con remanente onfalomesentérico

### **Conclusión:**

La obstrucción intestinal secundaria a brida congénita es una forma infrecuente de presentación en niños, más aún a nivel colónica. Los hallazgos imagenológicos no son específicos. Se debe considerar en los diagnósticos diferenciales de obstrucción intestinal en niños sin cirugías previas y realizar estudios histopatológicos confirmatorios.

## **CG-P30) APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG**

Peña, P.(1); Lavado, I.(2); Maluje, R.(3);

(1): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Ñuñoa, Chile (2): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Las Condes, Chile (3): Hospital Exequiel Gonzales Cortes, Las Condes, Chile

### **Introducción**

La enfermedad de Hirschsprung (EH) es un trastorno congénito caracterizado por la ausencia de células nerviosas ganglionares en el plexo mientérico colónico, lo que interfiere con la motilidad intestinal. El diagnóstico precoz y el manejo adecuado son fundamentales para mejorar el pronóstico y calidad de vida del paciente. Su tratamiento es quirúrgico, enfocado en reseca el segmento afectado y restaurar la función intestinal normal mediante diversas técnicas quirúrgicas. El presente estudio tiene como objetivo describir las modificaciones en la técnica quirúrgica empleadas en dos pacientes del Hospital Exequiel González Cortés.

### **Descripción del caso**

Se presentan dos casos clínicos en los que se realizó una reparación primaria laparoscópica y abordaje perineal. El primer paciente de 2 años ileostomizado en periodo neonatal y el segundo de 3 meses en el que se realizó una reparación primaria. En ambos se realizó una disección desde zona a descender hasta el plano pélvico, con visualización de la musculatura elevadora del ano. Posteriormente, se realizó un prolapso

controlado del recto hasta exponer la línea pectínea y se efectuó la extracción endoanal del colon hasta alcanzar el segmento seleccionado para la anastomosis, la cual se realizó a este nivel de manera extracorpórea. Luego, se redujo el recto y se realizó una revisión laparoscópica. El primer paciente es realimentado a las 24 hrs post operado y es dado de alta al 4to día de la cirugía y el segundo paciente es realimentado a las pocas horas y fue egresado al tercer día post operado.

## Conclusiones

Consideramos que el prolapso rectal como parte de la cirugía en la enfermedad de Hirschsprung facilita la anastomosis perineal siendo una técnica reproducible y que en nuestros casos ha tenido buenos resultados. Esta propuesta podría optimizar el manejo quirúrgico pero se requiere mayor investigación para considerarla como el tratamiento de elección.

## CG-P31) VÓLVULO SIGMOIDES EN ADOLESCENTES: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Vásquez, P.(1); Morales, K.(2); Rivera, B.(2); De La Torre, M.(2); Rojas, M.(1); Catán, C.(1); López, C.(1);

(1): Becada Cirugía Pediátrica USACH Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile (2): Cirugía Pediátrica Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

**Introducción.** El vólvulo sigmoide se observa principalmente en pacientes sobre los 60 años y es poco frecuente en pacientes pediátricos, siendo una condición rara y potencialmente letal si no se diagnostica a tiempo. La presentación clínica y los hallazgos de los estudios imagenológicos pueden ser inespecíficos y dependerán del grado de estrangulación del intestino. El objetivo de este estudio es describir tres casos pediátricos de vólvulo sigmoide y su manejo respectivo en nuestro centro.

**Caso Clínico.** Este trabajo recoge la experiencia de tres pacientes entre 14 y 15 años resueltos en nuestro servicio entre el año 2022 y 2023. Todos consultaron en servicio de urgencia por cuadro de distensión y dolor abdominal asociado a vómitos y diarrea, dos de estos con antecedentes de constipación crónica. De estos, en uno se confirmó la sospecha clínica con radiografía y en dos con tomografía computada. Dos fueron tratados en un primer tiempo con desvolvulación endoscópica (colonoscopia) y uno mediante laparotomía y reducción manual del vólvulo. A los tres pacientes se les realizó diagnóstico de megacolon sigmoide y en un segundo tiempo se les practicó una sigmoidectomía videoasistida con anastomosis termino-terminal con stapler circular. A un año de seguimiento ninguno ha presentado complicaciones postoperatorias.

**Conclusión.** El dolor abdominal supone uno de los motivos de consulta más frecuentes en los servicios de urgencias pediátricas. El vólvulo sigmoide es una entidad infrecuente en la edad pediátrica, por lo que resulta necesario tener un alto índice de sospecha ya que los exámenes complementarios pueden ser inespecíficos. Esta patología representa una urgencia y el no

realizar un diagnóstico y tratamiento posterior con sigmoidectomía, puede llevar a complicaciones y aumento de morbimortalidad de los pacientes.

## **CG-P32) INVAGINACIÓN INTESTINAL CRÓNICA SECUNDARIA A SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS. REPORTE DE CASO**

Bustos Bravo, N.(1); Gómez, A.(1); Ceballos, V.(1); Alvarado, S.(1);

(1): Universidad de la Frontera, Temuco, Chile

### Introducción

El síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) es una patología de herencia autosómica dominante la que se caracteriza por presentar poliposis hamartomatosa del tracto gastrointestinal, hiperpigmentación mucocutánea y alto riesgo de cáncer (mama, pulmón, estómago, ovario, testículos). Tiene una incidencia de 1:50.000-200.000. Los pólipos intestinales generan importantes complicaciones: invaginación intestinal (II) en un 70%, principalmente entre los 10 y los 30 años, obstrucción intestinal, perforación o anemia, por lo que nuestro objetivo es presentar un caso de invaginación intestinal extrínseca para conocimiento del cirujano pediátrico general como diagnóstico diferencial.

### Materiales y métodos

Paciente femenina de 11 años con diagnóstico de SPJ, con antecedente de 3 episodios de II, 2 de ellos a los 5 años que requirieron resolución quirúrgica. Consulta en SUI por dolor abdominal intenso de horas de evolución. 2 días previo había presentado dolor abdominal leve, manejado con antiespasmódicos.

### Resultados

Ecografía abdominal informa II ileocecal de 10 cm. Laparoscopia exploradora muestra invaginación intestinal yeyuno-yeyunal de aproximadamente 20 cm, de aspecto violáceo. No se logra desinvaginar, por lo que se decide realizar laparotomía media supraumbilical. Se desinvaginan asas intestinales las que se habían deslizado a través de una brecha mesentérica previa. Se palpan 3 pólipos en intestino delgado, que se resecan de forma diferida resuelta estabilidad de paciente.

### Conclusión

El SPJ es una entidad clínica con importante morbimortalidad asociada. Dentro de las complicaciones la II es la más frecuente, desarrollada principalmente a nivel íleo-ileal o yeyuno-yeyunal, a diferencia de la II primaria que se presenta en lactantes, que se forma en su mayoría a nivel íleo-cecal. Si bien es una patología poco frecuente, es de gran relevancia por su alta tasa de complicaciones y mortalidad asociada, por lo que debe tenerse presente

entre cirujanos pediátricos ya que en su mayoría requerirán de entrada resolución quirúrgica.

### **CG-P33) ENFISEMA SUBCUTANEO MASIVO SECUNDARIO A BAROTRAUMA EN PACIENTE PEDIATRICO: REVISIONE DE LITERATURA A RAIZ DE UN CASO**

Ferran Sepulveda, A.(1); Mandujano, I.(2); Petit-breuilh, V.(1); Pinchart, F.(1);  
(1): hospital felix bulnes, SANTIAGO, CHILE (2): UNIVERSIDAD MAYOR, SANTIAGO, CHILE

#### Introducción

El enfisema subcutáneo masivo (ESM) en niños puede presentarse tras procedimientos médicos como la ventilación mecánica invasiva (VMI) o a causa de traumatismos en las vías respiratorias. Aunque el ESM no pone en riesgo la vida, puede generar complicaciones significativas, como dolor y desfiguración. Actualmente, no existe un protocolo estándar para tratar este problema en pacientes pediátricos, y la literatura revisada no ofrece pautas claras al respecto. En este contexto, presentamos el caso de un niño de 3 años que desarrolló ESM desde la región palpebral hasta los genitales, como consecuencia de una VMI prolongada debido a una neumonía grave.

Presentación del Caso: Paciente de 3 años, con antecedentes de VMI prolongada y secuelas respiratorias crónicas, desarrolló rápidamente ESM en la zona toracoabdominal. Las radiografías revelaron un enfisema subcutáneo extenso, dudoso neumotórax, signos de neumomediastino y neumopericardio leves. Tras descartar una lesión en las vías respiratorias superiores, se consideró que el enfisema se debía a una lesión alveolar causada por la VMI prolongada. Se ajustaron los parámetros del ventilador y se optó por drenar el enfisema mediante la colocación de cánulas subcutáneas en las áreas con mayor acumulación de aire. Se colocaron cateter N14G en el tórax, cuatro en el abdomen y dos N20G en la cara, complementando con masajes dirigidos para facilitar la expulsión del aire. A los minutos, el paciente mostró una mejoría significativa, con una notable disminución del enfisema, lo que permitió retirar los cateteres al día siguiente. Después de ajustar los parámetros ventilatorios, no se observó una nueva aparición del ESM.

Conclusión: El tratamiento del ESM en niños es un reto debido a la falta de guías específicas. Este caso destaca la importancia de un enfoque personalizado y subraya la necesidad de más publicaciones para desarrollar protocolos de tratamiento adecuados para la población pediátrica.

### **CG-P34) HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO ENTRE 2019-2024.**

González, G.(1); Saavedra, P.(1); Bastidas, J.(1); Angel, M.(1); Lamas, F.(1); Flores, J.(1);  
(1): Hospital San Pablo Coquimbo, Coquimbo, Chile

**Introducción:** La hernia inguinal es entidad frecuente en pediatría. Clásicamente se opera con técnica abierta. Se han introducido técnicas laparoscópicas para evitar hernias metacrónicas y mejor resultado estéticos. El objetivo es mostrar experiencia en manejo de hernia inguinal pediátrica con técnicas abierta y laparoscópica entre años 2019-2024.

**Materiales y método:** Estudio retrospectivo. Revisión de fichas clínicas de todos los pacientes menores de 15 años operados de hernia inguinal indirecta entre Enero 2019 y Agosto 2024. Se excluyen pacientes que perdieron seguimiento o con información incompleta en ficha. Variables a analizar edad, sexo, lateralidad, hallazgos intra-operatorios, tiempo quirúrgico, técnica, recidiva o hernia metacrónica en seguimiento y complicaciones secundarias. Análisis descriptivo.

**Resultados:** 147 cirugías, se excluyeron 2. La relación hombre mujer fue de 2:1. 95 casos de cirugía abierta y 52 laparoscópicos. De los últimos, 1 presentó recidiva y 1 hernia metacrónica. En 6 casos no se encontró hernia en exploración, de los cuales uno debió ser operado con técnica abierta. 14 pacientes se operaron con técnica intra corpórea y 31 con técnica de PIRS. En técnica abierta 2 casos tuvieron retracción testicular, una recidiva y una hernia metacrónica. Más frecuente a izquierda en ambos casos.

**Conclusiones:** Nuestra casuística se condice con literatura en la relación entre hombres y mujeres, sin embargo, tenemos más casos de hernias izquierdas y bilaterales en diagnóstico pre operatorio que en la literatura. Al comparar resultados de técnica abierta con laparoscópica, nuestros resultados son similares en cuanto a recidiva, a hernia metacrónica y tiempo operatorio, a pesar de tener más casos bilaterales en técnica laparoscópica. La recidiva laparoscópica fue al principio de curva de aprendizaje, con técnica intracorpórea con vicryl. Creemos que la técnica de PIRS es de curva de aprendizaje rápida, costo-efectiva, reproducible y con buen resultado estético, con menos riesgo de retracción testicular secundaria.

## **CG-P35) HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, UNA NUEVA REALIDAD. ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA ESTE FENÓMENO?**

Vargas Rojas, S.(1); Gómez López, E.(1); Berríos Herrera, J.(2);

(1): Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Regional de Valdivia, Valdivia, Chile (2): Escuela de Medicina, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile

### **INTRODUCCIÓN:**

El trauma balístico en niños no ha sido bien estudiado a nivel nacional a pesar de ser una realidad en explosivo aumento. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer y analizar los casos de pacientes pediátricos ingresados a emergencias de nuestro hospital heridos

por arma de fuego durante el año 2023, describir la dimensión real de esta problemática en niños de nuestra ciudad, de la cual no teníamos registro a nivel regional.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión retrospectiva de fichas clínicas de pacientes ingresados con diagnóstico de heridas a bala. En los pacientes se consideraron las variables: edad, sexo, tipo de acción accidental o intencional, área corporal de impacto, tipo de lesiones, tratamiento, días de hospitalización, complicaciones y mortalidad.

#### **RESULTADOS:**

5 pacientes ingresados entre los meses de marzo a octubre de 2023 cuyas edades oscilaron entre los 12 y los 14 años, 2 de sexo femenino y 3 masculinos, uno falleció por trauma torácico penetrante y hemo neumotorax masivo; en todos los casos la lesión ocurrió en la vía pública en el contexto de violencia callejera y no accidental. Las áreas corporales comprometidas fueron: tórax, abdomen, columna lumbar y extremidades superiores. El tratamiento quirúrgico varió de acuerdo a la lesión con baja incidencia de complicaciones.

#### **CONCLUSIÓN:**

Las lesiones por arma de fuego en menores de 14 años son infrecuentes, en esta serie la totalidad fueron lesiones intencionales, la mayoría requirió cirugía de urgencia y días cama UCI, provocando gran impacto en el individuo, su grupo familiar y en el sistema de salud. Este fenómeno debe incidir fuertemente en la formación de los nuevos cirujanos pediátricos que tendrán la responsabilidad de lidiar con esta realidad, más aun cuando las directrices ministeriales apuntan a extender el rango de atención pediátrica hasta los 18 años.

#### **CG-P36) TRAUMA POR ARMA DE FUEGO, REALIDAD LOCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITAL PADRE HURTADO**

Ortiz, J.(1); Ball, J.(1); Beltrán, P.(1); Ayala, T.(2); Poblete, M.(2); Correia, G.(2);

(1): Universidad del Desarrollo - Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

En los últimos años, se ha registrado un incremento significativo y alarmante en el número de niños y adolescentes que sufren heridas por arma de fuego. La unidad de cirugía pediátrica del Hospital Padre Hurtado a partir del año 2021 inicia con atención de pacientes hasta los 18 años, donde se evidencia este incremento de ingresos de heridas por arma de fuego. Esto representa un desafío considerable para pediatras y cirujanos pediátricos, quienes deben estar adecuadamente preparados para enfrentar estas situaciones en el



servicio de urgencias. Este trabajo busca reflejar el incremento de estas cifras para comprender la magnitud del problema.

Estudio observacional de corte transversal. Incluyó pacientes menores de 18 años que ingresaron al servicio de urgencia pediátrica en nuestro centro, entre Enero del 2021 hasta Marzo del 2024, con trauma por arma de fuego. Las variables evaluadas comprenden sexo, edad, tipo de trauma y manejo. Los datos fueron revisados utilizando métodos estadísticos descriptivos para detallar los resultados obtenidos.

Se atendieron 77 pacientes, de los cuales 10 fueron mujeres y 67 hombres. El promedio de edad fue de 13.9 años con una mediana de 15, donde el 69% tenía 15 años o más. El tipo de trauma más frecuente fue abdominal, seguido por vascular, torácico y toracoabdominal. Solo un 36% requirió intervención quirúrgica de urgencia, donde los correspondientes a nuestra especialidad se manejaron en conjunto con el equipo de cirugía adulto. El 64% restante se manejó de forma ambulatoria. Durante este período se registra una duplicación anual de los casos.

Considerando la nueva norma que exige la implementación progresiva de la extensión de edad pediátrica en el servicio de urgencia, asociado al aumento de la prevalencia de esta patología, se reafirma la necesidad de capacitar adecuadamente al equipo médico pediátrico en la atención del trauma por arma de fuego.

### **CG-P37) MANEJO LAPAROSCÓPICO DE HIDATIDOSIS ABDOMINAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO, 2012- 2024**

Carreño Bahamondes, F.(1); Ceballos Ceballos, V.(1); Ramirez Farias, S.(1); Cuminao Cea, J.(1);

(1): Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile

**INTRODUCCIÓN:** La hidatidosis corresponde a una parasitosis que continúa siendo un problema de salud pública, se reporta una incidencia de 3,1/100.000 habitantes en La Araucanía. La localización más frecuente es hepática, seguida de la pulmonar. El manejo dependerá de la sintomatología, tamaño, ubicación y presencia de complicaciones, y las opciones de tratamiento van desde observación, farmacológica, percutánea y quirúrgica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de tipo observacional, que describe las características clínicas, epidemiológicas, y la evolución de los pacientes con diagnóstico de

hidatidosis abdominal, sometidos a cirugía laparoscópica en el Hospital Regional de Temuco durante el período 27.03.2012 a 13.06.2024.

**RESULTADOS:** Durante el período 2012-2024 se operó un total de 52 pacientes con hidatidosis intraabdominal, de estos un 67% vía laparoscópica, con un promedio de edad de 9.7 años, la mayoría proveniente de la zona precordillerana de la región. El síntoma predominante fue dolor, vómitos y masa abdominal, y de manera anecdótica un caso de ictericia obstructiva. El tiempo promedio de cirugía fue de 139 minutos, sólo 3 pacientes requirieron conversión, un 5.7% tuvo una reintervención precoz y la estadía hospitalaria fue entre 1-13 días. El seguimiento promedio fue de 1.5 años; a mediano y largo plazo sólo tres pacientes requirieron nuevas intervenciones, a causa de una fístula biliar persistente, RAM a albendazol, y una cavidad residual sintomática.

**CONCLUSIONES:** La evidencia existente respecto al manejo laparoscópico de esta patología es nueva y escasa, tanto las indicaciones de este abordaje como técnica quirúrgica a utilizar y manejo de complicaciones aún no están estandarizados. A pesar de lo anterior, comparando los resultados quirúrgicos expuestos con series existentes similares podemos decir que la técnica laparoscópica es un tratamiento eficaz y seguro para niños con hidatidosis abdominal.

## **CG-P38) CONFIANZA QUIRÚRGICA AL TÉRMINO DE LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA: ¿REALIZAR MÁS ES MEJOR?**

Yankovic, F.(1); Vera, A.(2); Sorrentino, G.(3); Rojas, A.(4);

(1): Hospital Exequiel Gonzalez Cortes, Santiago, Chile (2): Servicio de salud metropolitano norte, Santiago, Chile (3): Universidad de Los Andes, Santiago, Chile (4): Universidad de Chile, Santiago, Chile

### **Introducción**

La confianza quirúrgica en los residentes es multifactorial y se relaciona íntimamente con la adquisición de competencias. El objetivo de este estudio es evaluar el nivel de confianza quirúrgica de los residentes de Cirugía Pediátrica, intentando establecer si existe una correlación entre el número de procedimientos realizados y el nivel de confianza al egreso.

### **Material y método**

Estudio observacional transversal con enfoque mixto, incluyendo la cohorte 2104-2019 de egresados en cirugía pediátrica de la Universidad de Chile. Se aplicó una encuesta de selección múltiple y se analizó el registro personal de cirugías realizadas por cada residente

en donde se excluyeron los registros incompletos. Para la tabulación de las cirugías se establecieron 16 procedimientos índices y su categorización de complejidad y categoría (baja, mediana y alta y electiva/urgencia). Los datos fueron procesados utilizando métodos estadísticos descriptivos para obtener frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central.

## Resultados

De la totalidad de los egresados en 5 años (47), se recibieron 35 registros y se analizaron 30, ya que hubo dos registros ilegibles y otros tres incompletos.

Para los procedimientos de menor complejidad, los residentes se sienten seguros para realizarlos al egreso y declaran que éstos fueron suficientes para su formación, pese a que existe variabilidad significativa entre la cantidad de cirugías realizadas. La relación entre la confianza quirúrgica para realizar procedimientos de alta complejidad y el número de cirugías da una correlación negativa de -0.24. Es decir, paradójicamente, los que realizan menos procedimientos, se sienten más seguros para realizarlos.

## Conclusión

Nuestros resultados y la literatura revelan que la relación entre el número de cirugías realizadas y la confianza quirúrgica no es lineal, apoyando la premisa de una influencia multifactorial.

## CG-P39) OBSTRUCCIÓN INTESTINAL BAJA EN NEONATO, ¿ES INFRECIENTE LA ATRESIA DE COLON?

Poblete Fierro, M.(1); Sepúlveda Martínez, V.(1); Núñez Henríquez, F.(2); Bastías Morán, C.(1); Urrutia Soto, H.(1); Hidalgo Fuentealba, F.(1);

(1): Hospital las Higueras, Talcahuano, Chile (2): Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción. La obstrucción intestinal baja se caracteriza por distensión abdominal y ausencia de deposiciones, de las etiologías la menos frecuente es la atresia colónica, con incidencia 1/20.000 RN, el 2-15% de las atresias intestinales. Se asocia a gastrosquisis, onfalocele, enfermedad de Hirschsprung (EH) y cardiopatías, la mayoría en recién nacido término (RNT). A continuación, 2 casos clínicos manejados en Hospital Higueras.

Caso 1. RNT masculino, sin alteraciones perinatales. Al 2º día de vida, decaimiento, distensión abdominal y ausencia de deposiciones. Sondeo rectal stop a 5 cm, sin meconio. Radiografía abdomen con distensión de asas intestinales sin aire distal, enema contrastado, recto y colon descendente de pequeño calibre. Laparotomía confirma atresia de colon IIIA. Gran diferencia de diámetro, colostomía terminal con fístula distal. Presenta infección de herida operatoria, se reconfecciona colostomía y reconstitución tránsito intestinal 22º día de vida, buena tolerancia oral. Al año sin complicaciones.

Caso 2. RNT masculino, embarazo controlado. Regular tolerancia oral, eliminación de meconio dudosa y es dado de alta. Reingresa al 4º día de vida por distensión abdominal, ausencia deposiciones y vómito bilioso. Sondeo rectal sin deposiciones. Radiografía abdomen con gran distensión de asas sin aire distal. Laparotomía: Malrotación intestinal con ciego en FII, atresia colónica a 15 cm de VIC, tipo IIIA, ciego dilatado e isquémico. Resección VIC hasta colon ascendente incluyendo segmento atrésico. Ileostomía y fístula distal en colon transversal. Biopsia positiva células ganglionares. Excelente evolución, alta al 9º día. Reconstitución de tránsito a los 3 meses. Al año sin complicaciones.

Conclusiones. La atresia de colon es una patología infrecuente y con una mortalidad inferior al 10%, depende de las patologías asociadas y del tiempo transcurrido entre diagnóstico y la cirugía, es importante la sospecha en RN con obstrucción intestinal baja. Por su asociación con EH se sugiere la biopsia rectal durante la cirugía.

## **CG-P40) CURSO CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA CIRUJANOS DE PAÍSES DE BAJOS Y MEDIOS INGRESOS ECONÓMICOS. SEGUIMIENTO A DOS AÑOS.**

Puentes Rivera, M.(1); Baz, C.(2); Toussaint, N.(2); Sims, T.(2); Ducas, A.(2); Fagla, B.(2); Nematzadeh, N.(2); Lobe, T.(2);

(1): Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile (2): University of Illinois at Chicago, Chicago, Estados Unidos

### **Introducción:**

Una cantidad considerable de personas con patologías de resolución quirúrgica, que viven en países de bajos y medios ingresos económicos(LMIC), reciben un tratamiento poco satisfactorio. Esto puede ser mejorado, en parte, ofreciendo programas de formación adicionales. Para abordar esta brecha, se desarrolló un curso de cirugía mínimamente invasiva en la Universidad de Illinois en Chicago(UIC), con el objetivo de capacitar a cirujanos de LMIC que disponen de equipos laparoscópicos, para que puedan comenzar a usarlos y formar a otros.

### **Método:**

3 grupos de cirujanos de LMIC fueron invitados a UIC durante 4 semanas en 2023-2024 a un curso intensivo en habilidades quirúrgicas mínimamente invasivas. Se priorizó invitar a duplas quirúrgicas de cada lugar, diseñando un programa personalizado a cada cirujano. Se estableció una línea base de habilidades utilizando las pruebas de habilidades de los Fundamentos de la Cirugía Laparoscópica(FLS) en la primera semana, y se re-evaluaron en la última semana. Además, las habilidades de los participantes fueron evaluadas durante el curso utilizando las escalas de calificación de habilidades OSATS y GOALS para cada ejercicio que realizaron.

### **Resultados:**

15 cirujanos han participado en el curso hasta 2024. Todos mostraron una mejora significativa en el rendimiento de sus habilidades laparoscópicas a lo largo del curso. La gran

mayoría logró implementar la cirugía mínimamente invasiva al regresar a sus hospitales, y en las encuestas, afirman que este curso les motivó a implementar cursos y un programa de formación laparoscópica en sus propias instituciones y hospitales.

#### Conclusión:

Todos los participantes disminuyeron su tiempo de ejecución en cada actividad de FLS y mostraron mejoras en múltiples áreas evaluadas por las escalas OSATS y GOALS. En un corto período, estos cirujanos lograron mejorar sus habilidades en cirugía mínimamente invasiva y desde entonces han aplicado esas habilidades en sus instituciones de origen.

### CG-P41) MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES PANCREÁTICOS EN NIÑOS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Gonzalez, G.(1); Ostolaza, A.(1); Ramirez, Y.(1);  
(1): HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA, SANTIAGO, CHILE

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores pancreáticos (TP) son poco frecuentes en niños, el más prevalente es el tumor pseudopapilar (TPP), seguido por el pancreatoblastoma. El objetivo es reportar la experiencia en el tratamiento quirúrgico TP pediátricos durante los últimos 10 años.

#### MÉTODO

Se realizó un análisis retrospectivo de los TP operados en un hospital pediátrico entre los años 2013 y 2023. Se recuperaron resultados intra y post operatorios.

#### RESULTADOS

Se analizaron 15 pacientes con TP, 11 con TPP, 3 con tumor neuroendocrino (TN), y un pancreatoblastoma. Mediana edad de 12 años, 14 sexo femenino. El tamaño tumoral varió entre 2 a 10 cm. Se realizó pancreatectomía parcial laparoscópica con preservación esplénica en 8 pacientes (6 TPP y 2 TN), pancreatoduodenectomía convencional en 4 pacientes (3 TPP y 1 TN), pancreatectomía parcial (1 pancreatoblastoma) y enucleación laparoscópica en 2 TPP. Se realizó preservación esplénica al 100% de pacientes con tumores benignos.

No existieron complicaciones intraoperatorias. 4 presentaron complicaciones postoperatorias Clavien-Dindo, grado I-II y III (1 grado I: pancreatitis leve, 1 grado II: colección residual); 2 grado III (fístula biliar y obstrucción intestinal). No existieron recurrencias en el periodo de seguimiento, con una mediana de seguimiento de 13 meses.

#### CONCLUSIONES

Nuestro análisis retrospectivo de una década destaca la rareza de estos casos, siendo el TPP más prevalente. El uso exitoso de los abordajes convencional y mínimamente invasivo, sin

complicaciones intraoperatorias y con baja tasa de complicaciones postoperatorias, sugiere que los riesgos pueden minimizarse con una correcta selección de los pacientes y planificación quirúrgica. La preservación esplénica y ausencia de recurrencias durante el seguimiento resaltan esta alternativa como segura. Este estudio enfatiza la importancia de las estrategias quirúrgicas personalizadas y la atención multidisciplinaria.

## Índice por Título

¿ES FACTIBLE REALIZAR CIRUGIA INTRA-RENAL RETROGRADA SIN RADIOSCOPIA? PRESENTACION DE UN CASO CLINICO .....	193
¿ES IMPORTANTE EL LUGAR DONDE BUSCAS ATENCIÓN? UN ANÁLISIS DE LAS ORQUIECTOMÍAS POR TORSIÓN TESTICULAR EN DOS HOSPITALES DE REFERENCIA EN LA REGIÓN DEL BIOBÍO .....	20
¿LIPOMA EN NIÑOS?, MÁS ALLÁ DE LA PREMISA QUE NO EXISTEN .....	48
¿Y DÓNDE ESTÁ EL DIVERTÍCULO DE MECKEL? REPORTE DE UN CASO EN EL VALLE ACONCAGUA. ....	92
ABORDAJE CERVICAL DE ATRESIA ESOFÁGICA CON FÍSTULA TIPO C, REPORTE DE CASO ...	139
ACALASIA ESOFÁGICA PEDIÁTRICA UNA ENTIDAD A CONSIDERAR.....	101
ADRENALECTOMÍA BILATERAL SINCRÓNICA LAPAROSCÓPICA POR FEOCROMOCITOMA EN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	88
ANÁLISIS DE LA CK Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME COMPARTIMENTAL Y AMPUTACIÓN EN QUEMADURAS ELÉCTRICAS PEDIÁTRICAS .....	58
ANESTESIA ESPINAL EN PREMATUROS EXTREMOS: ¿UNA ALTERNATIVA A CONSIDERAR? UNA SERIE DE CASOS EN HERNIORRAFÍA INGUINAL.....	140
ANOMALÍAS VASCULARES DEL BAZO ¿QUE SABEMOS DE ELLAS?: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	183
APLICACIÓN DE ESTRATEGIAS INNOVADORAS EN LA CIRUGÍA DE LA ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG.....	202
ATRESIA DE VÍAS BILIARES ASOCIADA A CITOMEGALOVIRUS, REPORTE DE UN CASO.....	182
ATRESIA ESOFÁGICA ASOCIADA A AGENESIA PULMONAR. DESAFÍO TERAPÉUTICO. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS.....	138
AUSENCIA SEGMENTARIA DE LA MUSCULATURA INTESTINAL (SAIM): REPORTE DE CASO	113
BALANITIS XERÓTICA OBLITERANTE; ¿UNA CONDICIÓN EN AUMENTO? .....	76
BOTÓN DE VESICOSTOMÍA PARA CATETERISMO URINARIO INTERMITENTE: UNA ALTERNATIVA ANTE ESCENARIOS ADVERSOS .....	169
BRECHA DE GÉNERO EN CONGRESOS DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA ¿SON POCO CONSIDERADAS LAS MUJERES AL MOMENTO DE PRESENTAR?.....	15
CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN POSTQUIRÚRGICA EN PACIENTES OPERADOS DE PECTUS EXCAVATUM MEDIANTE TÉCNICA DE NUSS, EXPERIENCIA DE 20 AÑOS .....	14
CARACTERIZACIÓN CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES OPERADOS POR TESTICULO NO DESCENDIDO.....	80
CASO CLÍNICO: LIPOBLASTOMA EN EXTREMIDAD INFERIOR DE PACIENTE PEDIÁTRICO, DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO.....	188
CASO DE TRICOBEOZAR RECIDIVADO: IMPORTANCIA DEL MANEJO INTEGRAL .....	128
CIERRE ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA BRONCOPEURAL SECUNDARIA A NEUMONÍA NECROTIZANTE .....	36
CIRUGÍA DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA (ECMO): OUTCOMES EN ABORDAJE QUIRÚRGICO PRECOZ VERSUS TARDÍO. ....	28

CISTITIS HEMORRÁGICA SEVERA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS, MANEJO CON EMBOLIZACIÓN SELECTIVA DE ARTERIAS VESICALES. .....	85
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DE TRES PUERTOS: UNA CIRUGÍA SIN CICATRICES.....	35
COLECISTOSTOMÍA VIDEOASISTIDA CON PUENTE DE YEYUNO COMO ALTERNATIVA DE MANEJO DE PRURITO INTRATABLE EN PACIENTE CON COLELITIASIS FAMILIAR INTRAHEPÁTICA .....	94
COLEDOCOLITIASIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO EN 18 AÑOS .....	27
COLGAJO BUCCINADOR PARA FÍSTULAS PALATINA Y DEHISCENCIAS DE PALADAR BLANDO .....	190
COLGAJO DE FASCIA DE OCCIPITAL PARA RECONSTRUCCIÓN DE MICROTIA .....	159
COLGAJO EN ELÁSTICO DEL BERMELLON LABIAL.....	109
COLGAJO MIOMUCOSO DE ORBICULAR ORIS: UNA ALTERNATIVA EFICAZS.....	64
COMPASIÓN EN CIRUGÍA; BÚSQUEDA Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DEL ESLABÓN PERDIDO. .	30
CONFIANZA QUIRÚRGICA AL TÉRMINO DE LA RESIDENCIA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA: ¿REALIZAR MÁS ES MEJOR? .....	209
CONSTIPACIÓN CRÓNICA, DOLICOMEGASIGMA Y VÓLVULO DE COLON SIGMOIDES, EXPERIENCIA EN UN SERVICIO QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO.....	40
CURSO CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA PARA CIRUJANOS DE PAÍSES DE BAJOS Y MEDIOS INGRESOS ECONÓMICOS. SEGUIMIENTO A DOS AÑOS. ....	211
DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE MODELOS REPLICABLES, DE BAJO COSTO, EN IMPRESIÓN 3D PARA ENTRENAMIENTO EN CIRUGÍA PEDIÁTRICA.....	25
DESDE TIMO ECTÓPICO HASTA LIPOBLASTOMA: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE MASAS CERVICALES EN PEDIATRÍA.....	173
DESFORRAMIENTO DE EXTREMIDAD INFERIOR: HERRAMIENTAS QUIRÚRGICAS PARA SU MANEJO .....	54
DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE BASADOS EN SIGNOS DE LESION INTESTINAL.....	145
DIÁSTASIS DE RECTOS PERSISTENTE Y HERNIA EPIGÁSTRICA DE UBICACIÓN PARAMEDIANA EN PACIENTE PEDIÁTRICO.....	157
DIEZ AÑOS DE ANÁLISIS DE RECLAMOS E INSATISFACCIÓN USUARIA EN PEDIATRÍA Y CIRUGÍA PEDIÁTRICA EN CHILE .....	152
DIFICULTADES EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE PÁNCREAS ECTÓPICO EN INTESTINO MEDIO.....	177
DISEÑO Y VALIDACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE ONICOCRIPTOSIS .....	172
DISPOSITIVO DE MODELADO NASAL: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO EN EL MANEJO DE LA CICATRIZ LABIAL EN PACIENTES CON FISURA LABIO PALATINA (FLAP).....	108
DISTRACCIÓN OSTEOGÉNICA MANDIBULAR EN SECUENCIA PIERRE ROBIN EN EL HOSPITAL ROBERTO DEL RIO .....	47
DIVERTÍCULO DE HUTCH BILATERAL, REPORTE DE CASO .....	170
DOCKING EN UROLOGÍA PEDIÁTRICA. QUÉ HEMOS APRENDIDO.....	84



DUPLICACIÓN TOTAL DE COLON EN REGRESIÓN CAUDAL CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL.....	117
DUPLICACIÓN URETRAL EN Y EN NIÑA CON HIPERPLASIA SUPRA RENAL CONGÉNITA: UN HALLAZGO INFRECUENTE .....	191
EL INDICADOR DE CALIDAD.....	155
ENFISEMA SUBCUTANEO MASIVO SECUNDARIO A BAROTRAUMA EN PACIENTE PEDIATRICO: REVISIONDE LITERATURA A RAIZ DE UN CASO .....	205
ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE, CARACTERIZACIÓN DURANTE ONCE AÑOS EN EL HCSBA	26
ENTEROPLASTÍA SERIAL TRANSVERSA EN NEONATO CON ONFALOCELE Y ATRESIA INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO.....	143
EPIDEMIOLOGIA QUIRURGICA EN ADOLESCENTES. DATOS PARA TOMAR DECISIONES.....	14
ESPLENOPEXIA LAPAROSCÓPICA PARA EL MANEJO DE BAZO ERRANTE EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	178
ESTIMACIÓN DE LA CARGA LITIÁSICA EN NEFROLITIASIS MEDIANTE IMPRESIÓN 3D. APLICACIÓN EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA.....	71
ESTUDIO CLÍNICO PRELIMINAR DE UN DISPOSITIVO DE FIJACIÓN EXTERNA PARA FACILITAR EL USO DE SONDAS FOLEY EN GASTROSTOMÍAS PEDIÁTRICAS, EN ENTORNOS CON RECURSOS LIMITADOS.....	196
ESTUDIO DE CASO DE UN PACIENTE CON FISURA LABIO PALATINA PARTICIPE DEL OPERATIVO DE LA FUNDACIÓN GANTZ EN EL HOSPITAL DE PUERTO MONTT DR. EDUARDO SCHÜTZ SCHROEDER.....	184
ESTUDIO DE LA EPIDEMIOLOGIA DE QUEMADURAS EN PACIENTES DE SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL FÉLIX BULNES.....	107
EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA DE PACIENTES, EN LA CONFECCIÓN Y USO DE SOMATOPRÓTESIS EXTRATISULAR AURICULAR ADHESIVA, HOSPITAL PUERTO MONTT (HPM).....	58
EVALUACIÓN DE LA OPORTUNIDAD PARA CIRUGÍA PRIMARIA PARA LOS PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA ASOCIADOS AL PROGRAMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD DE CHILE.....	16
EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE CHATGPT-4 A CONSULTAS UROLÓGICAS PEDIÁTRICAS: UN ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LAS RESPUESTAS DESDE LA PERSPECTIVA DE PACIENTES, PADRES Y MÉDICOS.....	82
EVALUACIÓN DE TALLER DE SIMULACIÓN CON MODELO ANIMAL POR RESIDENTES DE CIRUGÍA.....	104
EVOLUCIÓN DE LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS URODINÁMICOS DESDE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA.....	79
EVOLUCIÓN DE QUISTES PARAPIÉLICOS EN PEDIATRÍA: REPORTE DE DOS CASOS.....	166
EVOLUCIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO DE VARICOCELE EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO.....	77
EXÉRESIS DE NEVO MELANOCÍTICO CONGÉNITO EN CANTO PALPEBRAL EXTERNO + RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO LOCAL TIPO MUSTARDÉ.....	130
EXPERIENCIA DEL DRENAJE PERCUTÁNEO GUIADO POR IMÁGENES COMO ALTERNATIVA PARA EL MANEJO DE QUISTES HIDATÍDICOS EN PACIENTE PEDIÁTRICO.....	177
EXPERIENCIA EN CIERRE SUTURELESS DE GASTROQUISIS: UNA SERIE DE CASOS.....	200

EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE MALFORMACIONES TORÁCICAS PEDIÁTRICAS EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT .....	171
EXPERIENCIA EN LOBECTOMÍAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS PULMONARES (MCVAP) EN HOSPITAL PUERTO MONTT .....	17
EXPERIENCIA INICIAL DE USO DE INMUNOTERAPIA EN INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE EN NIÑAS: SERIE CLÍNICA .....	86
EXPERIENCIA INICIAL EN VARICOCELECTOMÍA MICROQUIRÚRGICA EN ADOLESCENTES EN UN HOSPITAL PÚBLICO. ....	75
EXPERIENCIA LOCAL INICIAL EN CASOS DE PACIENTES CON MICROTIA, EN BASE A LA REVISIÓN POSTERIOR A LA ACCIÓN (AAR) DE CIRUGÍAS PREVIAS. HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA, TEMUCO .....	187
EXPERIENCIA PEDIÁTRICA DE GASTROSTOMÍAS ENDOSCÓPICAS PERCUTÁNEAS EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN .....	19
FACTORES ASOCIADOS A LA REINTERVENCIÓN EN EMPIEMA PLEURAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN HOSPITAL REGIONAL. ....	121
FIMOSIS ASINTOMÁTICA:¿ EN QUÉ ESTAMOS EN CHILE? .....	72
GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA CON APOYO DE LAPAROSCOPIA, EN PACIENTE DE DIFÍCIL ACCESO .....	95
GRAN QUEMADO NEONATAL, DESAFÍOS ENFRENTADOS A PROPÓSITO DE UN CASO .....	136
HALLAZGOS INESPERADOS POR TRAUMA PENETRANTE FACIAL: REPORTE DE UN CASO ...	156
HEMANGIOMA CONGÉNITO EN CRECIMIENTO: EMBOLIZACIÓN Y PLASTIA PARA RESULTADOS ÓPTIMOS.....	163
HERIDAS POR ARMA DE FUEGO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA, UNA NUEVA REALIDAD. ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA ESTE FENÓMENO?.....	206
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA (HDC) DE DIAGNÓSTICO TARDÍO: HALLAZGO EN ADOLESCENTE EN CONTEXTO CONSULTA EN SERVICIO DE URGENCIAS .....	129
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: DIAGNÓSTICO DESENCADENADO POR TRAUMA ABDOMINAL.....	125
HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO .....	32
HERNIA INGUINAL PEDIÁTRICA ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO ENTRE 2019-2024.....	206
HIBERNOMA LIPOMA-LIKE: REPORTE DE UN CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	175
HIDATIDOSIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. REPORTE DE 2 CASOS .....	199
HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES EN PEDIATRÍA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA MULTINACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO Y MANEJO.....	81
HIPERTROFIA MAMARIA EN ADOLESCENTES.....	66
IMPACTO DE LA PANDEMIA POR CORONAVIRUS SARS-COV-2 EN LA PRESENTACIÓN Y MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS .....	153
IMPLEMENTACIÓN DE GUÍA LOCAL PARA PADRES, SOBRE CUIDADOS Y MANEJO DE COMPLICACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS USUARIOS DE GASTROSTOMÍA .....	158

IMPLEMENTACIÓN DE UN TRATAMIENTO MÉDICO INDIVIDUALIZADO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INCONTINENCIA FECAL DE DIFÍCIL MANEJO.....	119
INJERTO DE PIEL PROCURADA EN HERIDA COMPLEJA DE MANO EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO.....	164
INNOVACIÓN EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE OREJAS ALADAS: MÉTODO PARA PREVENIR LA RECIDIVA .....	60
INTERVENCIÓN KINÉSICA CON ENFOQUE MAXILOFACIAL EN UN PACIENTE CON QUEMADURA GRAVE DE CARA.....	61
INTERVENCIÓN LAPAROSCÓPICA EN AGENESIA RENAL: CASO CLÍNICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.....	194
INVAGINACIÓN INTESTINAL CRÓNICA SECUNDARIA A SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS. REPORTE DE CASO .....	204
LA PROBLEMÁTICA DEL EXCESO CUTÁNEO EN GINECOMASTIA: TÉCNICA CIRCUMAREOLAR .....	133
LA TRAVESÍA DEL DIAGNÓSTICO: DE LA SOSPECHA DE PÁNCREAS ANULAR A LA REALIDAD QUIRÚRGICA. ....	34
LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN TUMOR TESTICULAR METASTÁSICO.....	90
LIPOMA PERINEAL CONGÉNITO Y SU ASOCIACION CON MALFORMACIÓN ANORRECTAL: REPORTE DE DOS CASOS.....	120
LIPOSUCCIÓN SUPRAPÚBICA COMO TRATAMIENTO COADYUDANTE EN PACIENTES CON PENE SUMIDO. ....	192
MALFORMACIÓN VENOSA URETRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	89
MANEJO CON IMANES DE ESTENOSIS ESOFÁGICA COMPLETA POSTQUIRÚRGICA EN ATRESIA ESOFÁGICA: REPORTE DE UN CASO .....	143
MANEJO CONSERVADOR EN EL TRAUMA PANCREÁTICO PEDIÁTRICO DE ALTO GRADO: A PROPÓSITO DE UN CASO. ....	128
MANEJO DE ABDOMEN ABIERTO EN RECIÉN NACIDO PREMATURO CON ALOINJERTO DE PIEL TOTAL CRIO PRESERVADA. CASO CLÍNICO.....	40
MANEJO DE APLASIA CUTIS CONGÉNITA EN RECIÉN NACIDO CON ALOINJERTO DE PIEL TOTAL CRIO PRESERVADA. CASO CLÍNICO .....	110
MANEJO DE EXTRAVASACIÓN CON PROTOCOLO DE GAULT: REPORTE DE CASO.....	134
MANEJO DE NEUMONÍA NECROTIZANTE CON LOBECTOMÍA EN NEONATO PREMATURO EXTREMO .....	151
MANEJO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL CON CONTRASTE YODADO POR SONDA NASOGÁSTRICA EN PEDIATRÍA, EN RELACIÓN CON UN CASO. ....	104
MANEJO DE PTERIGIUM COLLI (PC) CON TÉCNICA DE GARGAN MODIFICADA .....	67
MANEJO DE SECUELA ESTÉTICA DE HEMANGIOMA INFANTIL FACIAL EN PACIENTE ADOLESCENTE CON ABORDAJE QUIRÚRGICO Y LÁSER .....	189
MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE UN QUISTE DERMOIDE NASOETMOIDAL CON EXTENSIÓN INTRACRANEAL: REPORTE DE UN CASO.....	137
MANEJO LAPAROSCÓPICO DE HIDATIDOSIS ABDOMINAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO, 2012- 2024.....	208
MANEJO ORTÉSICO POST CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA AURICULAR EN MICROTIA.....	185

MANEJO PRE Y POSTNATAL DE UN HEPATOONFALOCELE CON TOXINA BOTULÍNICA A Y SILO DE ABELLO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.....	117
MANEJO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES PANCREÁTICOS EN NIÑOS. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS .....	212
MANEJO QUIRÚRGICO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.....	43
MANEJO QUIRÚRGICO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN UN CENTRO TERCARIO: EXPERIENCIA EN 10 AÑOS.....	148
MANEJO QUIRÚRGICO DEL HEMANGIOMAS CONGÉNITO NO INVOLUTIVO .....	51
MASA HIPOGÁSTRICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	97
MATRIZ DÉRMICA, EXCELENTE OPCIÓN DE COBERTURA SOBRE TENDÓN .....	62
MEDICIÓN DEL ESPACIO RETRO-RECTAL COMO ORIENTADOR DE MASAS PRESACRAS EN NIÑOS.....	13
MEJORA DE CALIDAD EN EL MANEJO DE ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE. PRELIMINAR ....	29
MEMBRANA DUODENAL: MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO .....	37
MIGRACIÓN ESCROTAL DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULOPERITONEAL EN UN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO CON RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA LAPAROSCÓPICA .....	149
MODELO DE ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISRAFIA ESPINAL: MEJORANDO LA ADHERENCIA .....	70
MUCORMICOSIS CUTÁNEA DISEMINADA EN UNA PACIENTE GRAN QUEMADO DE SOBREVIDA EXCEPCIONAL: BITÁCORA DE UNA SOBREVIVIENTE, CASO CLÍNICO.....	63
NECROSIS ISQUÉMICA CECAL AISLADA COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ABDOMEN AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.....	118
NEUMATOSIS EN PREMATURO ¿NEC?.....	112
NEUMONÍA NECROTIZANTE PEDIÁTRICA: LA IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OPORTUNA.....	195
NEUROFIBROMA PLEXIFORME, LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN PUNTA NASAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO I.....	161
NODULO PREESTERNAL COMO MANIFESTACIÓN DE QUISTE BRONCOGÉNICO EXTRAPULMONAR.....	123
OBSTRUCCIÓN COLÓNICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO SECUNDARIO A BRIDA CONGÉNITA ÚNICA. REPORTE DE UN CASO .....	201
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL BAJA EN NEONATO, ¿ES INFRECUEnte LA ATRESIA DE COLON? .....	210
OPTIMIZANDO EL ABORDAJE QUIRÚRGICO ABDOMINAL EN NEONATOS Y LACTANTES: LA INCISIÓN CIRCUMBILICAL COMO ALTERNATIVA ESTANDARIZADA Y ESTÉTICAMENTE SUPERIOR.....	42
OPTIMIZANDO LOS RECURSOS Y LA SEGURIDAD DE LA GASTROSTOMIA: INNOVADORA TÉCNICA .....	33
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PACIENTE QUEMADO ELÉCTRICO PEDIÁTRICO HOSPITALIZADO EN UN CENTRO DE REFERENCIA.....	106
PERFORACIÓN DE COLON TRANSVERSO EN PACIENTE CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA. REPORTE DE UN CASO.....	148

PERFORACIÓN GÁSTRICA COMO HALLAZGO LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CON SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA .....	96
PERFORACIÓN YEYUNAL EN TRAUMA ABDOMINAL CERRADO: ROL DE LAPAROSCOPIA EXPLORADORA. ....	173
PERFORACIÓN YEYUNAL SECUNDARIA A USO DE CINTURÓN DE SEGURIDAD EN ACCIDENTE DE TRÁNSITO, SERIE DE 2 CASOS .....	144
PIELOPLASTÍA ASISTIDA POR ROBOT, REPORTE DE NUESTROS PRIMEROS 10 CASOS .....	74
PILEFLEBITIS, NECROSIS Y ABSCESOS HEPÁTICOS SECUNDARIO A SEPSIS ABDOMINAL POR APENDICITIS AGUDA PERFORADA: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. ....	99
PILOMATRIXOMA ANETODÉRMICO, PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MASA BENIGNA EN PACIENTE ADOLESCENTE. ....	131
PLANIFICACIÓN 3D DE RESECCIÓN TORACOSCÓPICA DE TUMOR MEDIASTÍNICO GERMINAL: UNA HERRAMIENTA INVALUABLE.....	197
PLEURONEUMONIA .....	122
PRESENTACIÓN ATÍPICA DE FÍSTULAS ILEO-ILEALES POSTERIOR A INGESTA DE IMANES, REPORTE DE UN CASO .....	100
PRESENTACIÓN ATÍPICA DE QUISTE TIROGLOSO .....	123
PRESERVACIÓN ESPLE´NICA EN CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA DE LESIONES EN CUERPO Y COLA DE PÁNCREAS.....	39
PREVALENCIA DE SAHOS EN PACIENTES CON FISURA PALATINA OPERADA .....	53
PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE CICATRICES QUELOIDES CON USO DE MITOMICINA C INSTILADA .....	160
PRIAPISMO ISQUÉMICO PROLONGADO DE CAUSA FARMACOLÓGICA REFRACTARIO A TRATAMIENTO. ....	87
PROLAPSO GENITAL NEONATAL: UN CASO...POCOS CASOS .....	167
PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR UNA COMPLICACION INFRECUENTE TRAS INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO.....	98
PULL TROUGH ASISTIDO POR ROBOT EN MALFORMACIÓN ANORRECTAL.....	91
PUNCION LAPAROSCOPICA DE QUISTE OVARICO GIGANTE NEONATAL, PRESENTACION DE CASO CLINICO .....	147
QUEMADURA ELÉCTRICA GRAVE, RECONSTRUCCIÓN CERVICAL COMPLEJA, CASO CLÍNICO. ....	135
QUEMADURAS EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE URGENCIAS: ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS EN EL HOSPITAL BASE SAN JOSÉ OSORNO .....	105
QUISTE DUPLICACION INTESTINAL: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ENDOSCÓPICO. ....	93
RADIOGRAFÍA ESÓFAGO-ESTÓMAGO- DUODENO, ¿PRE-REQUISITO PARA UNA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO?.....	24
RECONSTRUCCIÓN DE PARED ABDOMINAL CON TÉCNICA DE SEPARACIÓN DE COMPONENTES EN PACIENTE CON GASTROSQUISIS OPERADA, COMPLICADA CON DEHISCENCIA E INFECCIÓN DE MALLA. REPORTE DE CASO CLÍNICO. ....	50
RECONSTRUCCIÓN DE PARED COSTAL CON MATERIAL ABSORBIBLE TRAS RESECCIÓN EXTENSA POR SARCOMA DE EWING EN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	197
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN PACIENTE CON SECUELA DE QUEMADURAS .....	61

RECONSTRUCCIÓN MICROQUIRÚRGICA DE EXTREMIDAD SEVERAMENTE LESIONADA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	57
RECONSTRUCCIÓN UMBILICAL EN NIÑOS: REPORTE DE 5 CASOS .....	69
REPARACIÓN PRIMARIA DEL NERVI0 FACIAL BAJO VISIÓN MICROSCÓPICA EN NIÑOS CON HERIDAS FACIALES. ....	55
RESECCIÓN DE MALFORMACIÓN LINFÁTICA RETROPERITONEAL POR INCISIÓN PERIUMBILICAL EN UN RECIÉN NACIDO.....	150
RESECCIÓN TORACOSCÓPICA EXITOSA DE UN QUISTE BRONCOGÉNICO, REPORTE DE UN CASO .....	31
RESULTADOS DE LA ANASTOMOSIS HEPATODUODENAL VS. HEPAT0YEYUNAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON QUISTE DE COLÉDOCO: EXPERIENCIA DE UN CENTRO EN 10 AÑOS .....	180
RESULTADOS DE LA TÉCNICA DE GLANDULOPLASTIA EN M V INVERTIDA PARA LA CORRECCIÓN DE HIPOSPADIAS DISTALES .....	82
RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATOCARCINOMA EN PEDIATRÍA.....	38
RESULTADOS INICIALES DE CIRCUNCISIÓN MÁS ESCROTOPLASTIA; ¿REALMENTE ALARGA EL PENE? .....	73
SARCOMA EMBRIONARIO DEL HÍGADO, UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE HAMARTOMA HEPÁTICO.....	142
SATISFACCIÓN DE PACIENTES FISURADOS OPERADOS DE RINOPLASTIA DEFINITIVA Y LIPOINYECCIÓN FACIAL.....	46
SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN LESIONES OVÁRICAS BENIGNAS PEDIÁTRICAS. ....	181
SÍNDROME DE APNEA E HIPOAPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES FISURADOS ¿EXISTE EMPEORAMIENTO POSTERIOR A FARINGOPLASTÍA? .....	45
SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR ¿ES UNA PATOLOGÍA QUIRÚRGICA? SERIE DE 4 CASOS PEDIÁTRICOS.....	21
SÍNDROME DE PETERS PLUS: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO .....	114
SINDROME DE RAPUNZEL, A PROPÓSITO DE UN CASO .....	127
TALLER DE SIMULACIÓN DE MICROTIA DE BAJO COSTO Y SU ESCALA ESTRUCTURA DE EVALUACIÓN DE INCORPORACIÓN HABILIDADES (OSATS-MICROTIA).....	65
TÉCNICA DE DOBLE INCISIÓN PARA MANEJO DE GINECOMASTIA SEVERA.....	68
TÉCNICA DE PNEUMOPERITONEO PROGRESIVO Y TOXINA BOTULÍNICA PARA CIERRE DE DEFECTOS CONGÉNITOS DE PARED ABDOMINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.....	44
TECNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN ENFERMEDAD PILONIDAL: RESULTADOS DE UNA SERIE DE CASOS.....	52
TORSIÓN ESPLÉNICA DE UN BAZO ERRANTE ACCESORIO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO .....	100
TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO PARA QUISTE PILONIDAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS; PRIMEROS RESULTADOS DE UN NUEVO PROTOCOLO.....	22
TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO CON ESCLEROTERAPIA EN RÁNULA CERVICAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO.....	176
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE GRAN MALFORMACIÓN VASCULAR LINFÁTICA DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA. ....	182

TRAUMA HEPÁTICO ASOCIADO A LESIÓN DE VENA CAVA INFERIOR: MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA LESIÓN POTENCIALMENTE MORTAL .....	103
TRAUMA POR ARMA DE FUEGO, REALIDAD LOCAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITAL PADRE HURTADO .....	207
TRICOBEOZAR Y SÍNDROME DE RAPUNZEL EN PEDIATRÍA. SERIE DE CASOS.....	124
TRICOBEOZAR Y EYUNO-ILEAL. REPORTE DE UN CASO.....	126
TUMOR DE WILMS ASOCIADO A DESORDEN WT-1: REPORTE DE UN CASO.....	168
TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO TRAQUEAL SUBGLÓTICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO. ....	179
ÚLCERA DE LIPSCHÜTZ, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, REPORTE DE UN CASO. ....	154
UN MODELO SIMPLE, BARATO Y REALISTA PARA SIMULACIÓN DE ANASTOMOSIS INTESTINAL A DISTINTAS EDADES.....	23
UNA CAUSA INESPERADA DE MASA CERVICAL EN UN RECIÉN NACIDO: REPORTE DE UN CASO .....	115
UNIFICANDO TÉCNICAS PARA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE OREJA GACHA.....	132
URINOMA FETAL: DIAGNOSTICO POSTNATAL A PROPOSITO DE UN CASO.....	191
USO DE ALOINJERTO DE PIEL TOTAL DE DONANTE VIVO CRIOPRESERVADA EN PACIENTE GRAN QUEMADO PEDIATRICO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO DEL RÍO.....	49
USO DE FIBRINA RICA EN PLAQUETAS (L-PRF) PARA COBERTURA FASCIOCUTÁNEA CERVICAL EN ADOLESCENTE CON FASCITIS NECROTIZANTE DE ORIGEN ODONTOGÉNICO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .....	162
USO DE SISTEMA DE CONTROL FECAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON QUEMADURA 53% DE SUPERFICIE CORPORAL QUEMADA Y COMPROMISO PERINEAL GRAVE: REPORTE DE CASO CLÍNICO. ....	162
USO DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA EN EL MANEJO DEL ABDOMEN ABIERTO EN RECIEN NACIDOS, EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL REGIONAL. ....	41
USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL MANEJO DE HIDROSADENITIS SUPURATIVA SEVERA EN ADOLESCENTE.....	111
USO DE VAC E INJERTO DERMO-EPIDÉRMICO SOBRE ZONA EVISCERADA POR FASCEITIS NECROTIZANTE DE PARED ABDOMINAL CON DÉFICIT DE APONEUROSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO. ....	165
UTILIDAD DE LA ENDOSONOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DE ADENOPATÍAS, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO .....	32
UTILIZACIÓN DE CATÉTER RESERVORIO SUBCUTÁNEO COMO MANEJO PARA PSEUDOQUISTE ABDOMINAL DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO .....	174
VALORACIÓN ESTÉTICA DE UNA PROPUESTA QUIRÚRGICA DE RINOPLASTÍA INTERMEDIA EN PACIENTES CON FISURA LABIOPALATINA UNILATERAL.....	53
VESÍCULA SEPTADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: CUANDO LA PATOLOGÍA BILIAR SE SALE DE LA NORMA .....	92
VIDEOTECA EN CIRUGÍA PLÁSTICA PEDIÁTRICA PARA DOCENCIA .....	67
VÓLVULO DE COLON TRANSVERSO. REPORTE DE UN CASO.....	200

VÓLVULO SIGMOIDES EN ADOLESCENTES: REPORTE DE CASO CLÍNICO ..... 203



## Índice por Autor

Acencio, L.....	103
Acevedo, S.....	23
Acuña Pinto, L.....	101, 174
Acuña, C.....	73, 120
Acuña, R.....	97, 198
Acuña, S.....	107
Aguayo Alarcón, M.....	34
Aguilar, T.....	14, 162
Aguirre, A.....	173
Aguirre, S.....	24
Ahumada, D.....	107
Albornoz Rodríguez, C.....	62
Aldunate Riedemann, M.....	178
Aldunate, M.....	17
Alfaro Aguirre, M.....	182
Alfaro, M.....	14, 131, 161, 188
Alfaro, P.....	187
Ali Sancaktutar, A.....	82
Aliaga Jouannet, C.....	62
Alonso, A.....	176, 177
Alonso, F.....	107
Alvarado Navarrete, M.....	179
Alvarado, L.....	20
Alvarado, M.....	144, 164
Alvarado, S.....	199, 204
Alvarez Hidalgo, C.....	63
Alvarez Izaguirre, J.....	42, 150
Alvarez, D.....	93
Álvarez, D.....	32
Alzate Rodas, A.....	57
Andueza, F.....	131, 132, 133, 189
Angel, M.....	206
Angel, V.....	171
Arancibia, H.....	115
Araneda Gutiérrez, A.....	62
Arredondo Soto, C.....	95, 104, 119, 128, 158
Arredondo, C.....	105
Arriagada Rosales, C.....	34, 163, 195
Avara, S.....	36
Ayala, T.....	21, 96, 97, 100, 120, 207
Aylwin, P.....	114

Bag, M. ....	27, 168
Ball, J. ....	21, 60, 100, 207
Baquedano, P. ....	166
Barbera, A. ....	24
Barja, S. ....	196
Barrios Slight, D. ....	122
Bastías Morán, C. ....	62, 210
Bastias, C. ....	127
Bastías, C. ....	20
Bastidas, J. ....	206
Baz, C. ....	25, 211
Becker, B. ....	43, 49
Bello Rivera, N. ....	124, 201
Beltrán Rodríguez, P. ....	22
Beltrán, P. ....	96, 97, 207
Benavente, A. ....	155
Berríos Herrera, J. ....	206
Blanco Martínez, Á. ....	138
Bombin, A. ....	22
Bonilla, F. ....	82
Bravo Rivas, E. ....	85
Bravo, P. ....	24
Bravo-iratchet, A. ....	181
Broussain, V. ....	16, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 65, 66, 67, 68, 104, 134, 159, 165, 190
Burgos, J. ....	144
Bustos Bravo, N. ....	199, 204
Bustos, N. ....	13, 40, 61, 144, 164
Caballero Narvaez, B. ....	63
Cabrera Arandia, M. ....	58, 63, 107, 162
Cáceres Opazo, F. ....	114
Callejas, A. ....	80
Campaña, S. ....	61
Campodónico, M. ....	184
Canahuate Bravo-iratchet, A. ....	129, 139
Canahuate, A. ....	49
Cancino, B. ....	155
Canela Tovar, H. ....	163
Cañete S., A. ....	110
Cañete, A. ....	40
Care, L. ....	128
Caro, I. ....	71, 196
Carranza, A. ....	198
Carreño Bahamondes, F. ....	201, 208
Carvajal Flores, O. ....	126

Carvajal, M. ....	137
Casals Aguirre, R. ....	92
Castillo, C. ....	147
Castillo, F. ....	61, 144, 164
Castro, D. ....	24
Castro, N. ....	24
Catán Valenzuela, C. ....	168
Catán, C. ....	27, 114, 143, 154, 203
Catoia, B. ....	119
Ceballos Ceballos, V. ....	208
Ceballos, V. ....	13, 40, 103, 144, 204
Celis Lagos, S. ....	75, 84, 90, 169
Celis, S. ....	74, 91
Chahin Ángel, S. ....	122
Chew, L. ....	30
Cisternas, V. ....	20, 115
Claire Soria, P. ....	136
Claire, P. ....	52, 54, 56, 109, 135
Colmenares, T. ....	41, 121, 147
Conti, T. ....	41, 121, 147
Contreras Boero, R. ....	77, 193
Contreras, C. ....	155
Contreras, R. ....	70, 192
Cordonier Tello, E. ....	77
Corral, G. ....	50
Correa Tobar, R. ....	85
Correa, R. ....	87
Correia, G. ....	21, 96, 97, 100, 120, 207
Cortes Cortes, C. ....	169
Countinho Aguilera, F. ....	95
Coutinho Aguilera, F. ....	104, 119, 158
Coutinho, F. ....	105, 128
Covarrubias, M. ....	61
Covarrubias, P. ....	49
Cruz, D. ....	153
Cuevas, C. ....	152
Cuminao Cea, J. ....	208
Cuminao, J. ....	124
Curti Olgado, F. ....	114, 158
De La Puente Parra, D. ....	62
De La Torre, M. ....	114, 154, 203
Del Río, J. ....	17
Delgado, N. ....	82, 191
Dias Lugo, C. ....	29, 145

Díaz Caamaño, M. ....	26
Díaz Diñeiro, M. ....	118
Diaz, A. ....	94
Díaz, A. ....	93, 144, 200
Donoso Carrasco, C. ....	26, 126
Donoso, C. ....	151
Dubó, S. ....	20
Ducas, A. ....	211
Ebensperger, A. ....	27, 143, 168
Echeverria, M. ....	124
Ellsworth, K. ....	16, 45, 47, 48, 51, 53, 65, 66, 67, 104, 134, 159, 165, 190
Ellsworth, K. ....	44, 46, 68
Elton, A. ....	23, 37
Elton, M. ....	14
Encalada, R. ....	168
Escobar, S. ....	87
Esparza, P. ....	178
Espinosa Arcuch, F. ....	136
Espinosa, F. ....	52, 54, 109, 135
Espinoza Guzmán, B. ....	95, 104, 119
Espinoza, B. ....	105, 128
Fagla, B. ....	211
Falcon Alfaro, N. ....	193
Falcón, N. ....	70, 104
Farfán, O. ....	83
Ferran Sepulveda, A. ....	205
Ferran, A. ....	107
Ferrero, M. ....	93, 94, 144, 200
Feuerhake Larraín, S. ....	178
Feuerhake, S. ....	142
Fica, D. ....	177
Fica, M. ....	164, 199
Figueroa Díaz, M. ....	75, 84, 90
Figueroa Diaz, S. ....	169
Figueroa Galdame, G. ....	19, 126, 182
Figueroa, G. ....	123, 129, 131, 188
Figueroa, I. ....	194
Figueroa, S. ....	74, 91
Finsterbusch, C. ....	71, 72, 76, 79, 80, 88, 191
Flores, J. ....	206
Flores, S. ....	82, 191
Fonseca C., M. ....	110
Fonseca, M. ....	40
Fuentes Orellana, M. ....	184, 186

Fuentes, A. ....	82, 191
Fuentes, M. ....	59
Fuentes, T. ....	183
Fulla, J. ....	90
Galindo Rocha, F. ....	42
Galindo, M. ....	83, 92, 155
Gallardo, C. ....	52, 93, 94, 144, 200
Gana, R. ....	120
Gang Gong, Y. ....	168
García Mora, M. ....	26
García Soldevila, N. ....	98, 118, 160
García, I. ....	123, 129
Garrido, C. ....	14
Gehrun, A. ....	43, 101, 174
Ghazal, M. ....	137
Giugliano, C. ....	54, 60, 69, 137
Godoy Lenz, J. ....	142
Godoy, J. ....	21, 93, 94, 144, 200
Gómez López, E. ....	206
Gómez Méndez, N. ....	125
Gomez, A. ....	61
Gómez, A. ....	187, 204
Gómez, N. ....	110
Gong, Y. ....	107, 182
González García, G. ....	181
González, A. ....	196
Gonzalez, B. ....	124
Gonzalez, G. ....	38, 39, 212
González, G. ....	206
González, M. ....	102, 157
González, O. ....	96
Guajardo Vallejos, C. ....	114
Guelfand, M. ....	149, 180
Guevara, M. ....	156
Guiñez, J. ....	182
Guzmán, D. ....	151, 188
Hachim, A. ....	143, 168
Hasbún, A. ....	66
Henríquez, F. ....	148, 201
Hernández Del Arco, S. ....	98
Herrera, I. ....	194
Herrera, P. ....	36, 92, 117
Hidalgo Fuentealba, F. ....	210
Hidalgo, D. ....	82, 191

Hodali, A.....	177
Hu, K.....	196
Hurtado, M.....	51
Ibaceta O., D.....	110
Ibaceta, D.....	40
Ibanez Messina, C. ....	14
Ibañez, C.....	182
Ibañez, T.....	182
Iñiguez, R.....	180
Iturriaga, P.....	61, 103, 187
Jarpa, C.....	103
Jiménez, A. ....	156
Jurado Tabares, M.....	160
Justo, J.....	119
Kerkebe, M.....	90
Klinowski, M. ....	89
Kong, S.....	161, 188
Kurtzig, A. ....	72, 80, 81, 149
La Cruz, J.....	83
Lagos Jefferson, C.....	50
Lagos, C. . 16, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 61, 65, 66, 67, 68, 104, 111, 134, 159, 165, 190, 192	
Lamas, F. ....	206
Lavado, I.....	81, 149, 180, 202
Leiva Ferrer, R. ....	19, 126, 182
Leiva Silva, M.....	26
Leiva, M.....	129, 151
Leiva, R.....	123, 129, 131, 151, 189
Lennon, L.....	64, 132, 133
Leopold González, E. ....	125
Leopold, E.....	171
Leoz Fraile, E. ....	50, 138
Leoz, E. ....	116, 117
Lesterman Farías, C. ....	172
Letelier, N.....	71, 72, 76, 79, 80, 88, 191
Lira Gatica, J. ....	77, 92, 142, 173, 178, 193
Lira, J. ....	70
Llobenes, L. ....	30
Lobe, T.....	25, 211
López Pérez, C. ....	168
López Sáez, M. ....	26
Lopez Teran, A.....	22
López, C.....	27, 114, 143, 154, 203
Lopez, J.....	72, 183
López, J.....	80

Lopez, P.....	30, 82
López, P.....	73, 81, 191
Loyola, P.....	198
Ludueña, L.....	196
Luna Clavet, C.....	34
Luna, C.....	194
Magaña, M. ....	14, 32, 99
Maldonado Chávez, C. ....	163
Maldonado, D.....	123
Maldonado, L. ....	161, 188
Maluje, R. ....	117, 202
Mandujano, I.....	205
Manriquez, F. ....	171
Marambio-alfaro Campusano, T. ....	172
Martínez Del Castillo, M.....	160
Martinez, A.....	23
Martínez, F. ....	103
Maureira, V. ....	140
Maydana, A. ....	64, 132, 133
Maydana, M.....	131, 189
Medina, C.....	17, 33, 123, 171, 176
Mejías, M. ....	119
Melehuechun, C.....	119
Mena, J.....	152
Menchaca Steinfort, P.....	95, 104, 119, 158
Menchaca, P.....	105, 128
Mendieta, C.....	29, 145
Mendoza Plata, A. ....	42, 150
Mendoza, I. ....	117
Mieles Cerchar, M. ....	118
Miranda, C.....	194
Moldes, J. ....	30, 82
Moncada Vidal, K. ....	85, 181
Moncada, K. ....	87
Montecinos, T. ....	21, 69
Montedonico, S.....	23, 140, 155
Montedónico, S.....	152
Montero García, J.....	160
Montero, I.....	148
Montero, M.....	108
Mora Fritis, C.....	92, 142, 173, 178
Mora, C.....	14
Mora, F.....	182
Morales Grandón, B.....	34, 163, 195

Morales, K. ....	27, 114, 154, 203
Morales, M. ....	83, 92
Moreno, A. ....	112
Moreno, F. ....	24
Moreno, M. ....	28, 43, 148, 166, 175, 178, 197
Morovic Inostroza, C. ....	186
Moya D., M. ....	110
Moya Ochoa, C. ....	85
Muñoz Diaz, V. ....	22
Muñoz Fajardo, C. ....	118
Muñoz Moreno, O. ....	77, 193
Muñoz Perez, M. ....	63
Muñoz Pérez, M. ....	134
Muñoz Villanueva, R. ....	58, 107
Muñoz, C. ....	28, 43, 54, 148, 175, 178, 197
Muñoz, L. ....	14
Muñoz, M. ....	16, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 53, 61, 65, 66, 67, 68, 104, 159, 165, 190, 192
Muñoz, O. ....	70, 192
Nalegach Romero, M. ....	50
Nally Rodriguez, M. ....	162
Narbona Arias, I. ....	118
Navarrete García, C. ....	19
Navarrete, H. ....	194
Navarrete, L. ....	37
Neira Terraza, C. ....	85, 87, 181
Nematzadeh, N. ....	25, 211
Norambuena Cuadra, C. ....	179
Norambuena, C. ....	124, 144
Novoa, K. ....	21
Núñez Henríquez, F. ....	210
Nuñez, F. ....	198
Núñez, F. ....	97, 100
Ojeda, A. ....	17, 123, 171, 176, 177
Olea, A. ....	79
Olivares Parra, C. ....	32, 52, 93, 135, 136
Olivares, C. ....	28, 148
Olivos, M. ....	142
Ortega, J. ....	32
Ortiz, J. ....	21, 31, 120, 137, 207
Osses, J. ....	107, 182
Ostolaza, A. ....	38, 39, 212
Ovalle, A. ....	36
Pardo Valdés, L. ....	19
Pardo, L. ....	91



Parra, J.....	54
Pasten, A. ....	20
Pastén, A. ....	115
Pastene, F.....	177
Pattillo, J.....	28, 43, 101, 148, 174, 175, 178, 196, 197, 201
Paulos Parot, M. ....	16, 51, 65, 190
Paulos, A.....	44, 45, 46, 47, 53, 66, 68, 104, 134, 165
Paulos, M.....	48, 67, 159
Payahuala Diaz, N. ....	95, 119
Payahuala Díaz, N.....	158
Payahuala, N. ....	128
Payahula Díaz, N.....	104
Pedrero M., M. ....	139
Pedrero Mizunuma, M. ....	129, 170
Peña, A. ....	143
Peña, M. ....	201
Peña, P. ....	71, 116, 202
Perdomo, A. ....	122
Pérez De Arce, C.....	112, 140
Pérez, N. ....	79
Petit-breuilh, V. ....	122, 205
Pinchart, F. ....	205
Pincheira Rey, C.....	201
Pinilla Saavedra, C. ....	85, 125
Pinilla, C.....	87
Pizarro, C. ....	105
Poblete Fierro, M. ....	26, 62, 210
Poblete, A.....	82, 191
Poblete, M.....	21, 96, 97, 100, 120, 127, 207
Pradenas, B. ....	14
Princic Pérez, K. ....	179
Puentes Rivera, M. ....	25, 211
Pullin, Y.....	131, 132, 133, 189
Quiñonez Silvero, E. ....	98, 118, 160
Ralph, C. ....	81
Ramirez Farias, S. ....	208
Ramirez, S.....	124
Ramirez, Y.....	38, 39, 212
Ramos Mantilla, A. ....	92
Ramos, A. ....	153, 156
Recabal, X.....	71, 72, 76, 79, 80, 88, 191
Reed López-güereña, F.....	88
Reed, F. ....	71, 72, 73, 76, 79, 80, 89, 191
Retamal Pinto, M. ....	77, 193

Retamal, G.....	192
Retamal, M.....	70
Retamales, F.....	41, 121, 147
Reyes Cabala, D.....	169
Reyes, D.....	74, 75, 84, 91
Reyes, O.....	37
Rider Legisos, J.....	129
Rider, J.....	102
Riebensahm, P.....	122
Rissetti, J.....	86
Riva, N.....	14
Rivera, B.....	27, 203
Rivera, D.....	108
Rivera, J.....	44, 68
Robles, J.....	73
Rocha Garces, P.....	193
Rocha Garcés, P.....	77
Rocha, P.....	70
Rodríguez Bobadilla, M.....	195
Rodríguez Herrera, J.....	85
Rodríguez Krause, C.....	114
Rodriguez, J.....	153
Rodríguez, J.....	87
Rojas Navarrete, M.....	168
Rojas, A.....	209
Rojas, D.....	52, 54, 109, 135, 136
Rojas, M.....	27, 114, 143, 154, 203
Rojas, S.....	80
Rojo Vera, D.....	58, 63
Roldan, N.....	111
Roldán, N.....	102, 157, 198
Rosas, F.....	156
Rosset Carrera, A.....	172
Saavedra, P.....	206
Saez Puentes, V.....	201
Saez, J.....	43, 175, 196, 197
Sáez, J.....	28, 101, 148, 174, 178, 201
Saez, V.....	124
Saitua, F.....	33, 176
Saitúa, F.....	177
Salazar, H.....	59
San Martín Canales, C.....	49
Sanhueza, A.....	27
Santana Paredes, G.....	95, 119

Santos Marín, M. ....	50, 162
Santos, M. ....	83, 92, 117, 180
Sarria García, E. ....	98
Scheuch Ruiz, K. ....	104, 119
Schneider Rivera, M. ....	195
Schneider Rivera, Q. ....	195
Schwaner, A. ....	59, 184
Sepúlveda Cuevas, J. ....	129, 170
Sepulveda Lenck, X. ....	169
Sepúlveda Martínez, V. ....	62, 210
Sepúlveda Passano, C. ....	170
Sepulveda, C. ....	14, 167
Sepúlveda, C. ....	31
Sepulveda, J. ....	167
Sepúlveda, J. ....	31, 157, 198
Sepulveda, V. ....	127
Sepúlveda, X. ....	74, 75, 84, 91
Shamsaddin, B. ....	25
Sierralta Born, C. ....	85
Sierralta, C. ....	87
Siles Hinojosa, A. ....	118
Silva León, V. ....	95, 104, 114, 119, 158
Silva, A. ....	41, 121, 147
Sims, T. ....	25, 211
Sorrentino, G. ....	15, 71, 72, 73, 76, 79, 80, 88, 209
Soto Diaz, C. ....	57
Soto, J. ....	66
Spúlveda, J. ....	102, 111
Stout Dore, C. ....	160
Stremmler, M. ....	30
Suarez, V. ....	44
Suárez, V. ....	54
Tagle, J. ....	17, 33, 171, 176, 177
Tapia Reyes, N. ....	182
Tapia, C. ....	194
Tapia, N. ....	131, 161, 188
Tello, F. ....	119
Toledo, I. ....	105
Torres Gueren, A. ....	172
Torres Gueren, A. ....	35
Torres Paredes, C. ....	92, 142
Torres Pesántez, J. ....	173
Torres, A. ....	173
Toussaint, N. ....	25, 211

Triana, P. ....	183
Trinchieri, C. ....	14
Troncoso Solar, B. ....	85
Troncoso, B. ....	87
Turenne Reid, D. ....	63
Ubias Osorio, J. ....	150
Urbina, G. ....	52, 54, 109, 135, 136
Urrutia Soto, H. ....	62, 210
Urrutia, H. ....	127
Valdivia Alfaro, N. ....	77, 193
Valdivia, N. ....	70, 142
Valdivieso Ruiz-tagle, J. ....	95, 104, 119, 158
Valdivieso, J. ....	105, 128
Valenzuela Aguilera, M. ....	173
Valenzuela Araya, N. ....	114
Valenzuela, B. ....	128
Valenzuela, M. ....	153
Valladares, S. ....	162
Varela Hermosilla, V. ....	163
Varela, A. ....	83
Varela, M. ....	83, 92
Vargas Rojas, S. ....	206
Vargas Teuber, J. ....	95, 104, 119, 158
Vargas, E. ....	167
Vargas, J. ....	105, 128
Vásquez González, P. ....	168
Vásquez, P. ....	27, 114, 143, 154, 203
Veas, M. ....	20, 115
Velarde, J. ....	14, 152
Vera Puente, F. ....	98
Vera, A. ....	209
Vergara Heller, K. ....	34
Veyl, N. ....	32, 93, 94, 144, 200
Vigneaux, L. ....	14
Villegas Galilea, S. ....	50, 57, 58, 63, 64, 107, 162
Villegas, S. ....	44
Villena Martinez, R. ....	63
Vivas R., G. ....	110
Vuletin, F. ....	28, 43, 101, 148, 174, 175, 178, 197, 201
Wall, J. ....	196
Weibel B., A. ....	139
Yagnam Rojas, F. ....	63
Yañez Valdes, J. ....	64
Yáñez Valdés, J. ....	57, 58, 63, 107, 162

Yankovic, F.....	15, 71, 72, 76, 79, 80, 81, 86, 88, 89, 90, 191, 209
Zambrano, C.....	82, 191
Zamorano, E.....	162
Zaninovic, I.....	14
Zanotti - Cavazzoni, A.....	29, 145
Zapata, P. ....	61, 164, 187, 199
Zavala, A.....	28, 148
Zavala, G.....	36, 89, 117, 191
Zechini, V.....	100
Ziadeh, H.....	30, 82
Ziehe, L.....	178
Zurita, Y.....	82, 191