

Revisión

Calendario quirúrgico en Pediatría

C. RUIZ HIERRO, R. CHAMORRO JUÁREZ, M. GONZÁLEZ HERRERO, J.M. GUTIÉRREZ DUEÑAS

Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos.

INTRODUCCIÓN

El calendario quirúrgico es una recomendación sobre la edad óptima para realizar cada procedimiento quirúrgico en el niño.

Los principales objetivos del calendario quirúrgico son, por un lado, orientar al pediatra para evitar derivaciones demoradas o incorrectas; y, por otro, aportar información adecuada a los padres para disminuir el miedo y la ansiedad generados por la intervención quirúrgica de un hijo.

Las recomendaciones sobre el momento óptimo para realizar cada procedimiento quirúrgico se basan en la historia natural de la patología, la posible aparición de complicaciones y el desarrollo del niño.

Factores a favor del tratamiento precoz

- Riesgo de la enfermedad en sí, tanto para la vida del paciente como para la pérdida de función de algún órgano.
- Repercusión sobre el desarrollo estatura-ponderal, si se demora la intervención.
- Prevención de efectos psicológicos indeseables en el niño, realizando el tratamiento antes de que se establezca el recuerdo de situaciones pasadas y previo a la escolarización, cuando ciertas deformidades podrían ser motivo de burla por los compañeros (orejas aladas).

Factores a favor del aplazamiento del tratamiento

- Riesgo anestésico a edades determinadas, sobre todo en el periodo neonatal. Aunque gracias al desarrollo de la anestesia pediátrica y de los cuidados postoperatorios, el riesgo es cada vez menor, se deben evitar intervenciones que no comprometan la vida en este periodo.
- Aspectos técnicos de la intervención, cada vez menos restrictiva como hemos comentado, por la evolución y el desarrollo de nuevas técnicas.
- Malformaciones o patologías asociadas que requieran atención previa.
- Regresión o curación espontánea de ciertas patologías, como la hernia umbilical o la fimosis.

El calendario quirúrgico está en continua evolución gracias al desarrollo de nuevas técnicas. No existe un calendario quirúrgico unificado y de consenso general en Pediatría, por lo que existen pequeñas diferencias en cuanto a las preferencias de distintos servicios de cirugía, aunque la tendencia es la estandarización mediante el desarrollo de protocolos y recomendaciones por parte de las sociedades científicas. Por lo tanto, las recomendaciones que aquí se citan son orientativas de acuerdo con la bibliografía existente y los criterios aplicados en nuestro servicio (Tabla I).

El calendario quirúrgico engloba un conjunto de patologías no urgentes cuyo tratamiento se va a llevar a cabo de forma electiva, a la edad óptima determinada. Hoy en

Correspondencia: Cristina Ruiz Hierro. Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario de Burgos. Avda. Islas Baleares s/n. 09006 Burgos (Burgos)

Correo electrónico: cristinaruizhierro@hotmail.com

© 2016 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

TABLA I. EDAD DE INTERVENCIÓN DE LA PATOLOGÍA ELECTIVA DEL CALENDARIO QUIRÚRGICO.

Patología	Edad de intervención	Observaciones
Anquiloglosia	Si indicación	Dificultad lactancia o trastornos fonatorios
Apéndice preauricular	> 1 año	
Criptorquidia	1 año	
Fimosis	> 4 años	
Fístula/ quiste branquial	Al diagnóstico	
Fístula perianal	Si indicación	Abscesos de repetición
Fisura labial	1-3 meses	
Fisura palatina	12 meses	
Frenillo labio superior	Si indicación	Diastema incisivos superiores
Granuloma umbilical	Al diagnóstico	Nitrato de plata tópico
Hemangiomas	Si indicación	Localizaciones especiales o sintomáticos
Hernia umbilical	> 4 años	
Hernia inguinal	Al diagnóstico	
Hernia epigástrica	2-3 años	
Hidrocele	> 2 años	
Quiste dermoide/ pilomatrixoma	> 1 año	
Hipospadias	1 año	
Linfangioma	Al diagnóstico	
Mucocele	Si indicación	No resolución o sintomático
Nevus	Si indicación	Sintomáticos o cambios morfológicos
Orejas despegadas	7 años	
<i>Pectus carinatum/ excavatum</i>	12 años	
Polidactilia mano	2 años	
Polidactilia pie	Si indicación	Molestias con el calzado o deambulación
Pulgar en resorte	Si indicación	Si fracaso de tratamiento conservador
Quiste conducto tirogloso	Al diagnóstico	
Sindactilia mano	2 años	
Sindactilia pie	No indicación quirúrgica	
Sinus pilonidal	Si indicación	Infecciones de repetición
Sinequia vulvar	Al diagnóstico	
Varicocele	Si indicación	Alto grado +/- hipotrofia testicular

día, más de la mitad de los procedimientos se realizan bajo anestesia general en régimen de cirugía mayor ambulatoria: ingreso del paciente la mañana de la intervención, ingreso postquirúrgico durante unas horas y alta a domicilio el mismo día tras la recuperación anestésica.

A continuación, vamos a revisar la patología por regiones anatómicas.

PATOLOGÍA CRANEOFACIAL

- Las **orejas despegadas** o *hélix valgus* se deben a una falta de formación del pliegue del antehélix, acompañado o no de una concha prominente. Se trata de un defecto estético que puede tener repercusión psicológica en el niño; en estos casos, y por solicitud del paciente, está

indicada la corrección quirúrgica. La edad óptima para el tratamiento es alrededor de los 7 años.

- La **fisura labiopalatina** es un defecto congénito del maxilar superior. Presenta diferentes formas clínicas con afectación única o combinada del labio superior, el alvéolo y/o el paladar. Podemos clasificarlas como unilateral o bilateral, completa o incompleta. La narina del lado afecto suele encontrarse ensanchada y aplanada. En la mayoría de los casos se diagnostica de forma prenatal mediante ecografía, por lo que es fundamental ofrecer a los padres la información adecuada. No se trata solo de un defecto estético, sino que produce dificultad para la alimentación y la fonación. Si se afecta el alvéolo, tendrá alteraciones de la dentición. Las otitis medias serosas de repetición son frecuentes. Por ello, estos pacientes van a precisar un abordaje multidisciplinar donde van a participar pediatras, cirujanos pediátricos, cirujanos maxilofaciales, otorrinolaringólogos y foniatras. La cirugía correctora se lleva a cabo de manera escalonada: el labio entre el primer y el tercer mes de vida y el paladar a partir de los 12 meses. El defecto alveolar puede precisar injerto óseo alrededor de los 7-8 años. En algunos pacientes será necesario tratamiento ortopédico en los primeros meses de vida y previo a la corrección quirúrgica.
- La **anquiloglosia** es el anclaje de la lengua al suelo de la boca por el frenillo sublingual dificultando su movilidad. Puede producir dificultad para la alimentación en el recién nacido y para la fonación en el niño mayor. El tratamiento mediante frenotomía está indicado en ambos casos.
- Cuando el **frenillo del labio superior** es hipertrófico y de implantación baja, puede producir diastema de incisivos superiores. En estos casos, el tratamiento está indicado alrededor de los 6 años, con el inicio de la dentición definitiva.
- El **mucocele** es una lesión adquirida de la mucosa de la cavidad oral producida por un micro-traumatismo sobre un conducto salival. Se localizan principalmente en la mucosa yugal del labio inferior o en el suelo de la boca, estos últimos reciben el nombre de ránula. Tienen a resolverse de manera espontánea. Si persisten en el tiempo o producen clínica de dolor o sangrado, el tratamiento quirúrgico es la exéresis completa.

PATOLOGÍA CERVICAL

- Los **restos branquiales** son remanentes embrionarios de los arcos y hendiduras branquiales. Están presentes

desde el nacimiento y pueden manifestarse en forma de fístulas, quistes o condromas.

Los más frecuentes son los del primer y tercer arco branquial. Los del segundo arco se localizan en la región laterocervical, sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, como un orificio cutáneo con secreción mucosa (fístula) o como una masa de consistencia elástica, no dolorosa a la palpación (quiste). El diagnóstico diferencial debe incluir las adenopatías y las malformaciones linfáticas. Los del primer arco asientan en la región preauricular.

Las lesiones quísticas y las fístulas tienen riesgo de infección, por ello, el tratamiento quirúrgico debe realizarse al diagnóstico. Las lesiones condrales solo tienen implicación estética y se pueden reseca a demanda a partir del año de vida.

- El **quiste del conducto tirogloso** es un remanente congénito secundario a la falta de obliteración del conducto tirogloso. Este permite el descenso del esbozo tiroideo embrionario desde su posición inicial, en la base de la lengua, hasta su posición final a nivel cervical. En la clínica se presenta como una tumoración localizada en la línea media cervical, de consistencia duro-elástica, que se moviliza con la deglución. Tiene riesgo de infección y fistulización, por ello, la exéresis se debe realizar al diagnóstico. Previamente a la intervención, está indicada la realización de una ecografía cervical para confirmar la presencia de un tiroideo de localización ortotópica. En el diagnóstico diferencial tendremos en cuenta las adenopatías, las lesiones cutáneas y los restos branquiales.

PATOLOGÍA DE PARED TORÁCICA

- El **pectus excavatum** es la malformación congénita más frecuente de la pared torácica en la edad pediátrica. Se debe a un defecto de los cartílagos costales y produce una disminución del diámetro anteroposterior del tórax por el desplazamiento posterior del esternón. Puede detectarse durante la infancia o durante el desarrollo puberal. Es más frecuente en el varón y, hasta en un tercio de los casos, hay antecedente familiar. La mayoría de los pacientes son asintomáticos. En los defectos moderados y severos, puede haber repercusión funcional por compresión cardiopulmonar, con patrón respiratorio restrictivo y/o prolapso mitral. El defecto estético puede tener repercusión psicológica en el niño

adolescente, dejan de realizar actividades que impliquen mostrar el torso, como realizar deportes, asistir a campamentos o piscinas.

El tratamiento está indicado cuando existe repercusión funcional y en los pacientes que refieren afectación psicosocial importante. La edad ideal para realizar el tratamiento quirúrgico es a partir de los 12 años.

- El **pectus carinatum** es la segunda malformación del tórax en frecuencia. En este caso, la alteración de los cartílagos costales producen un desplazamiento anterior del esternón. Más frecuente en el varón. Generalmente no se evidencia hasta la pubertad.

La mayoría son asintomáticos, aunque en ocasiones refieren dolor localizado a la pared en relación al crecimiento de los cartílagos costales.

El defecto estético es la principal causa de indicación terapéutica y se debe iniciar alrededor de los 12 años. El tratamiento ortopédico con corsé está indicado en casos seleccionados como primer escalón terapéutico; en los demás, se puede realizar tratamiento quirúrgico.

PATOLOGÍA DE PARED ABDOMINAL

- La **hernia umbilical** es la patología congénita más frecuente de la pared abdominal. Más frecuente en el varón, en prematuros y en la raza negra. Tiene bajo riesgo de incarceration. El manejo inicial es conservador hasta los 4 años porque tiende a la resolución espontánea hasta en el 90% de los casos. Si persiste en la edad escolar, la herniorrafia es el tratamiento de elección. El diagnóstico diferencial es con la hernia supraumbilical, que se encuentra inmediatamente por encima de la cicatriz umbilical y que no tiene resolución espontánea.
- La **hernia epigástrica** es un defecto de la pared abdominal a lo largo de la línea alba, desde el xifoides hasta la cicatriz umbilical, con herniación de la grasa preperitoneal. Crece con el niño y suele ser asintomática, aunque en ocasiones puede producir molestias leves. No presenta resolución espontánea y está indicada la herniorrafia a partir de los 3 años.
- El **granuloma umbilical** es una lesión adquirida que puede aparecer tras la caída del cordón umbilical. Puede sangrar al roce porque es muy friable. En la mayoría de los casos no es necesario el tratamiento quirúrgico y se resuelve con la aplicación de nitrato de plata tópica durante varios días hasta su completa desaparición.

PATOLOGÍA INGUINOESCROTAL

- La **hernia inguinal** se debe a la persistencia del conducto peritoneo vaginal que permite la salida de contenido intestinal al labio mayor en la niña y al escroto en el niño. En las niñas también podemos encontrar el ovario. Es más frecuente en el varón, en prematuros y del lado derecho.

Se presenta como una tumoración inguinal o inguinoescrotal, que aumenta con los esfuerzos. Cuando no se visualiza durante la exploración, podemos detectar un engrosamiento del cordón espermático llamado "signo del dedo de guante". El diagnóstico diferencial se realiza con el hidrocele y el quiste de cordón; las adenopatías también pueden causar confusión diagnóstica.

Está indicado el tratamiento quirúrgico al diagnóstico. Su principal complicación es la incarceration, imposibilidad de retornar el contenido herniario a la cavidad abdominal, y se manifiesta por dolor, llanto e irritabilidad acompañados de tumoración inguinal dura y dolorosa a la palpación. En casos evolucionados puede haber vómitos y distensión abdominal. Se intentará la reducción manual como primera opción, si no fuera efectiva, está indicada la cirugía urgente.

- El **hidrocele** es la persistencia del conducto peritoneo vaginal con salida de líquido peritoneal al escroto. Puede ser comunicante o no comunicante. En la clínica se detecta como un aumento del volumen escrotal que presenta variaciones de tamaño a lo largo del día: al levantarse el escroto está vacío y al final del día está distendido. La transiluminación es positiva, permite el diagnóstico diferencial con la hernia inguinal. Cuando el líquido peritoneal queda atrapado en la mitad del conducto hablamos del quiste de cordón en el varón o quiste de Nuck en la mujer. Se detecta como una tumoración inguinal, redondeada, no dolorosa a la palpación. El manejo inicial es conservador porque tiende a la resolución espontánea durante los primeros años de vida. Si persiste por encima de los dos años se indica tratamiento quirúrgico.
- El **maldescenso testicular** engloba una serie de entidades que tienen una característica común: la ausencia del testículo en la bolsa escrotal. La principal consecuencia es la disfunción testicular progresiva, por ello, es fundamental el diagnóstico precoz para determinar la mejor opción terapéutica. Podemos diferenciar dos grandes grupos, el teste palpable y el no palpable.
 1. Hablamos de *teste no palpable* cuando no se detecta durante la exploración física ni en la bolsa escrotal

ni en el canal inguinal. A este grupo pertenecen el *testículo criptorquídeo de localización intraabdominal* y la *ausencia de testículo o anorquia*. Es fundamental localizar el testículo no palpable y determinar si es viable, para realizar su tratamiento; o si, por el contrario, no es más que un rudimento, en cuyo caso se realizará exéresis del resto testicular. El mejor método diagnóstico y terapéutico es la laparoscopia y se llevará a cabo al año de vida.

2. En la mayoría de los casos encontramos un *teste palpable* a lo largo del canal inguinal o a la entrada del escroto. En este caso podemos encontrar ante varias entidades clínicas:

La *criptorquidia* es el resultado de la interrupción del descenso testicular normal y puede quedar en cualquier localización: desde el abdomen, pasando por la ingle, hasta la raíz del escroto. Este proceso se completa antes del nacimiento en el 90% de los casos, por ello, su incidencia es mayor en el prematuro. El testículo puede completar su descenso durante los primeros 6 meses de vida, en caso contrario, está indicada la orquidopexia al año de vida.

En el *testículo ectópico*, el descenso a través del canal inguinal es adecuado pero su fijación es anómala. Podemos encontrarlo alojado en el periné, pubis o en el triángulo femoral. Está indicada la intervención quirúrgica al año de edad.

El *testículo retráctil* se debe a un reflejo cremastérico exagerado. A la exploración física, el teste se consigue descender a bolsa mediante maniobras pero no permanece tras agotar el reflejo cremastérico. Inicialmente el manejo es conservador y se valorará la necesidad de pexia en función de la evolución del mismo durante el crecimiento.

El diagnóstico diferencial del maldescenso testicular es con el *testículo en ascensor*, que es fisiológico y se resuelve de manera espontánea durante el desarrollo puberal. A la exploración, el testículo se desciende sin tensión a la bolsa escrotal mediante maniobras y permanece tras agotar el reflejo cremastérico.

- El **varicocele** se debe a la dilatación de las venas del plexo pampiniforme del testículo. Más frecuente en el lado izquierdo por el drenaje de las venas espermáticas izquierdas a la vena renal en lugar de a la vena cava, como ocurre en el lado derecho. Entidad propia de la edad puberal, se presenta como una masa palpable a nivel escrotal, localizada sobre el testículo, de consistencia definida como "bolsa de gusanos". La mayoría son asintomáticos, aunque en algunos casos pueden referir

sensación de pesadez o dolor sordo. Los de alto grado pueden producir hipotrofia testicular e infertilidad en el adulto, y son indicación de tratamiento.

PATOLOGÍA GENITOURINARIA

- La **fimosis** es la imposibilidad de retraer el prepucio para exponer el glande. Es fisiológico en el recién nacido y presenta resolución espontánea hasta en el 90% de los casos a los 3-4 años de edad. A partir de los 2 años, se puede indicar a la familia que realice la retracción no forzada del prepucio durante el aseo diario. Si persiste la fimosis por encima de los 4-5 años, se trata de una verdadera fimosis y se debe realizar tratamiento. Como primer escalón terapéutico está la aplicación de corticoide tópico sobre la zona estrecha del prepucio durante 1-2 meses, si no es efectivo, se realizará tratamiento quirúrgico (circuncisión).

Hay una serie de complicaciones que pueden derivar de la imposibilidad de retraer el prepucio. La *balanitis* por retención e infección del esmegma es la irritación del glande que puede afectar también a la piel prepucial con aparición de edema, enrojecimiento y dolor. El tratamiento es conservador mediante antiinflamatorios orales y lavados con suero.

La *parafimosis* ocurre tras una retracción forzada del prepucio con imposibilidad de devolverlo a su sitio. Su tratamiento es la reducción manual, en ocasiones precisa tratamiento quirúrgico urgente.

La aparición de complicaciones es indicación de tratamiento quirúrgico precoz.

- **Adherencias balanoprepuciales.** La adherencia de la mucosa prepucial al glande es fisiológica y se resuelve de manera espontánea llegada la pubertad en la mayoría de los casos. Si hay retención de quistes de esmegma y/o balanitis de repetición, se puede liberar en consultas tras aplicación de anestésico tópico.
- El **hipospadias** es un defecto ventral congénito del pene que se caracteriza por tres elementos fundamentales: meato de localización ectópica (en cualquier punto desde la base del pene hasta el glande), prepucio dorsal redundante e incurvación peneana ventral. Se clasifican según la localización del meato en proximal, medio o distal; siendo estos los más frecuentes. En el hipospadias proximal que asocia criptorquidia bilateral, es recomendable la realización de ecografía abdominal para descartar otras patologías urinarias asociadas; y cariotipo para descartar estados intersexuales.

El objetivo de la cirugía es corregir la incurvación, realizar un meato amplio, localizado en el glande, que permita al niño una micción adecuada; y obtener un resultado cosmético adecuado. La tendencia actual es realizar la corrección quirúrgica alrededor del año de vida, pero depende del tipo de hipospadias y del número de intervenciones que vaya a precisar.

- **Sinequia vulvar.** Se debe a la fusión completa o incompleta de los labios menores. El tratamiento en la fusión completa está indicado al diagnóstico, se realiza despegamiento manual en consultas bajo anestesia tópica. El manejo posterior es fundamental para evitar recidivas, se deberá aplicar vaselina en el introito vaginal durante unos días hasta su completa cicatrización. En casos de fusión incompleta y en pacientes asintomáticas, se puede adoptar una actitud expectante durante el primer año de vida puesto que puede resolverse espontáneamente.

PATOLOGÍA ANORRECTAL

- La **fístula perianal** es la comunicación de una cripta endoanal con la piel a través de un conducto fistuloso. Más frecuente en menores de un año y en varones. Puede ser asintomática o presentar abscesos de repetición. En estos casos, está indicado el tratamiento quirúrgico mediante fistulotomía.
- El **sinus pilonidal** es un seno cutáneo de localización sacra que está presente desde el nacimiento y suele ser asintomático durante la infancia. Tras la pubertad, por el aumento de la secreción sebácea de la piel y con la aparición de vello, puede presentar infecciones de repetición. En estos casos, el tratamiento quirúrgico está indicado.

PATOLOGÍA CUTÁNEA

- El **pilomatrixoma** es un tumor cutáneo benigno que se origina en la matriz del folículo piloso. Puede aparecer en cualquier localización y se caracteriza por su consistencia dura a la palpación. Su crecimiento es proporcional al del niño y su principal complicación es la infección. La exéresis quirúrgica se indica al diagnóstico.
- El **quiste dermoide** es un tumor benigno derivado de células epiteliales. En la exploración se detecta una tumoración subcutánea, redondeada, de consistencia elástica. Puede aparecer en cualquier localización, pero

es muy frecuente en la región ciliar donde recibe el nombre de “quiste de cola de ceja”. Presenta crecimiento progresivo y riesgo de infección. Exéresis al diagnóstico.

- El **nevus melanocítico congénito** es una lesión cutánea pigmentada. Generalmente es de color marrón o negro y de bordes regulares; durante el crecimiento puede sobre-elevarse y presentar pelos en su superficie. Dermatología suele realizar el seguimiento y puede estar indicada la exéresis en caso de complicación (ulceración o sangrado) o cambios en su morfología.
- El **hemangioma** es el tumor vascular más frecuente en la infancia, de origen endotelial. Generalmente, no suele estar presente al nacimiento y aparece en los primeros meses de vida. Se presentan en forma de mácula eritematosa, color rojo intenso, que en ocasiones está sobre-elevada.

Su evolución natural se inicia con una fase proliferativa en la que la lesión aumenta de tamaño y que tiene lugar durante el primer año de vida aproximadamente, una fase de meseta, y una fase de regresión en la que la lesión irá disminuyendo de tamaño y su coloración va desapareciendo. A los 5 años habrá desaparecido en el 50% de los casos.

El manejo consiste en actitud expectante hasta su resolución espontánea. Cuando se localizan en zonas determinadas como en región facial, perianal o visceral; pueden precisar tratamiento. En caso de ulceración o sangrado, también. El tratamiento médico con betabloqueantes es de primera elección, el tratamiento quirúrgico está indicado en casos resistentes a tratamiento médico que presentan complicaciones.

El diagnóstico diferencial incluye las malformaciones vasculares, que suelen estar presentes al nacimiento, tienen crecimiento progresivo y no involucionan.

- El **linfangioma** es una malformación vascular de tipo linfático, presente desde el nacimiento o no. En algunos casos son de diagnóstico prenatal y pueden presentar resolución espontánea antes del nacimiento. Se clasifican según el tamaño de sus quistes en macroquísticos, microquísticos o mixtos.

Se localizan habitualmente en la región cervical, pero pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo. Se pueden complicar con infección y sangrado.

El tratamiento debe realizarse al diagnóstico y el abordaje terapéutico dependerá del tipo de lesión. En general, el tratamiento esclerosante está indicado como primera elección (OK432 o bleomicina) y el tratamiento quirúrgico se emplea como última opción.

ORTOPEDIA

- La **polidactilia** es la duplicación completa o incompleta de un dedo; puede aparecer desde un rudimento cutáneo hasta una duplicación ósea completa.
La polidactilia de la mano tiene repercusión funcional, y el tratamiento quirúrgico se realiza alrededor de los dos años. Los defectos muy leves, sésiles, pueden researse en la maternidad antes del alta a domicilio.
Los dedos supernumerarios del pie solo tienen indicación de tratamiento quirúrgico si producen molestias con el calzado o durante la deambulación.
- La **sindactilia** es la fusión congénita de los dedos y es la malformación congénita más frecuente de la mano. Puede ser completa o incompleta, cutánea u ósea. En la mano la corrección quirúrgica es alrededor de los dos años, y en el pie no tiene indicación de tratamiento.
- El **pulgar en resorte** se traduce en una limitación a la extensión completa del pulgar producida por la fibrosis entre la primera polea y el tendón. Se detecta a partir de los 6 meses de vida cuando el niño empieza a manipular objetos. Primero se recomienda rehabilitación mediante la flexo-extensión pasiva del dedo, si no es resolutivo, se realiza tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acastello E. Patologías de la pared torácica en pediatría. 2ª ed. República Argentina: Edimed-Ediciones Médicas SRL; 2011.
2. Aspiazu DA, Soares A, Roldán S, Cabello R, Gracia A, de Agustín JC. ¿Cuándo derivar un paciente al cirujano pediátrico? *Cir Pedatr.* 2012; 25: 177-81.
3. Berenger B, Enríquez de Salamanca J, González B, Rodríguez P. No todas las manchas vasculares son angiomas. *An Esp Ped.* 2002; 56: 127-38.
4. Cano Novillo I, Tordable Ojeda C. Calendario quirúrgico en pediatría. *An Pediatr Contin.* 2013; 11: 312-24.
5. Coran A et al (Surgical Advisory Panel). Pautas para remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. *Pediatrics (Ed esp).* 2002; 54: 50-3.
6. De Diego García EM, Tardáguila Calvo AR. Cirugía Programada. Calendario quirúrgico. *Pediatr Integral.* 2014; 18: 760-6.
7. Gómez Fraile A, Aransay Bramtot A, García Vázquez A, López Díaz M. Patología urológica más frecuente en la infancia. Fimosis e hipospadias. Reflujo vesicoureteral. *Pediatr Integral.* 2002; 6: 877-86.
8. Ford A. Tratamiento actual de las fisuras labiopalatinas. *Rev Med Clin Condes.* 2004; 15: 3-11.
9. Kelly RE Jr. Pectus excavatum: historical background, clinical picture, preoperative evaluation and criteria for operation. *Semin Pediatr Surg.* 2008; 17: 181-9.
10. Tovar JA. Calendario de operaciones electivas comunes en Cirugía Pediátrica. *Rev Esp Pediatr.* 1987; 43: 355-61.