

## REUNIÓN DE PRIMAVERA DE LA SCCALP

### Charla con Expertos: Actualización en patologías pediátricas

#### Patología quirúrgica en pediatría. Diagnóstico. Edad de derivación. Tratamiento actualizado

A. SÁNCHEZ ABUÍN, M.E. MOLINA VÁZQUEZ, R. AGUILAR CUESTA

*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.*

#### TIPOS DE PROCESOS QUIRÚRGICOS

Según el grado de urgencia del tratamiento, los procesos quirúrgicos en el niño se clasifican como:

- **Cirugía emergente:** precisa cirugía en las siguientes 1-5 horas.
- **Cirugía urgente:** precisa cirugía en las siguientes 6-12 horas.
- **Cirugía inmediata:** se difiere la cirugía para mejorar las condiciones del paciente o porque precisa un estudio diagnóstico preoperatorio.
- **Cirugía electiva:** incluye aquellos procesos cuya corrección quirúrgica se practicará a la edad óptima o aconsejable.

En el curso de estos procesos, existen factores que apoyan un tratamiento precoz, y estos pacientes se clasifican como **preferentes**.

#### CIRUGÍA PROGRAMADA. EDAD ÓPTIMA DE DERIVACIÓN

En la mayoría de los procesos pediátricos que requieren un tratamiento quirúrgico, no ha variado la edad media de intervención, pero en otros sí se han producido cambios de actitud a la hora de abordarlos en el tiempo; no sólo debido a los progresos en el campo de la Cirugía Pediátrica, sino también en el de la Anestesiología Pediátrica.

El conocimiento de estos cambios y opciones terapéuticas permitirá al pediatra la derivación del paciente al especialista adecuado y en el momento apropiado, que es el objetivo inicial de una correcta asistencia.

Es muy importante para un correcto tratamiento y para ofrecer la máxima calidad, y el mayor grado de especialización, derivar a los niños que precisan una cirugía, al cirujano pediátrico especializado.

Deben evitarse derivaciones a especialistas de adultos, que no tienen una formación específica, y que ofrecen un tratamiento de peor calidad, con un número mayor de complicaciones y secuelas.

#### Recomendaciones para derivación

- Al menos 80% dedicación profesional a patología pediátrica.
- Mínimo 150-200 pacientes quirúrgicos pediátricos anuales.
- Cirujanos de adultos tienen un alto número de secuelas
- Las secuelas, “si las derivan” al cirujano pediátrico.
- Operar niños en Unidades de niños.
- El cirujano pediátrico por mayor conocimiento, canaliza hacia centros de referencia pediátricos, por patologías.
- Visión integral y coordinación en pacientes polimorfos o con patología compleja.

#### HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Los progresos en el campo de la Cirugía y la Anestesiología Pediátrica, entre otros, han permitido aportar mayor seguridad y calidad a nuestros pacientes, así como modificar los modelos de hospitalización tradicionales por otros que exigen menor estancia hospitalaria, con el beneficio familiar y social que ello supone.

© 2012 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León  
Éste 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.

Cuando un niño debe ser sometido a una intervención quirúrgica, no solo debemos tener en cuenta el acto médico en sí mismo, también deberemos valorar todo lo que supone como experiencia vital para el paciente y su familia. Por ello, una información preoperatoria y postoperatoria adaptada a la familia y al niño ayudará a que el inevitable proceso traumático de la hospitalización y la cirugía no supongan una experiencia difícil de olvidar.

En la consulta preoperatoria, se informa por escrito a la familia de las condiciones en las que el paciente debe acudir el día de la intervención.

El ingreso del paciente debe realizarse en estancias adecuadas, especialmente diseñadas para pacientes pediátricos, donde puedan estar acompañados por sus padres antes y después de la intervención.

Este es un consejo ya recogido por el Parlamento Europeo en 1987. En la gran mayoría de nuestros hospitales, los ingresos pediátricos se realizan en las condiciones antes descritas, pero aún queda mucho camino por recorrer en otros aspectos.

El tiempo de hospitalización debe ser el más breve posible; para ello, se han desarrollado programas de cirugía mayor ambulatoria pediátrica, unidades de corta estancia, hospital de día, etc., con el fin de aportar al paciente una correcta asistencia sanitaria, alta resolución y una estancia hospitalaria lo más breve posible.

El 65% de los procedimientos en Cirugía Pediátrica y sus especialidades se realizan o pueden realizarse de manera ambulatoria, ya que, por lo general, se trata de pacientes sanos, son intervenciones de corta duración no sangrantes, con bajo dolor postoperatorio o fácil de controlar.

Tras la intervención quirúrgica, se deben dar por escrito unas indicaciones claras de tratamiento y cuidados postoperatorios.

Hoy día, los progresos técnicos y científicos de los últimos 20 años desarrollados en el campo de la anestesiología, reanimación y control del dolor, han permitido afrontar las intervenciones quirúrgicas con una gran seguridad para el paciente, reducir el dolor postoperatorio mediante bloques regionales, analgesia caudal, analgesia epidural, etc. Reducir la estancia hospitalaria y permitir a los cirujanos realizar intervenciones que no son posibles sin su tecnología, conocimientos y colaboración.

## CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

Las malformaciones craneales deben ser evaluadas individualmente. Ante la sospecha de una **craneosinostosis** clí-

nica o radiológica, el paciente debe ser enviado al cirujano pediátrico a partir del 3<sup>er</sup> mes de vida.

En las **deformidades craneales posturales (plagiocefalia postural)**, debe descartarse siempre una tortícolis congénita, e iniciar tratamientos posturales durante las horas de sueño, y ejercicios de movilidad cervical. En caso de persistencia de deformidad frontal u occipital severa está indicada la colocación de una ortesis craneal dinámica (casco ortopédico) a partir del 6<sup>o</sup> mes.

La **tortícolis congénita** diagnosticada en los primeros meses debe responder al tratamiento mediante ejercicios fisioterápicos durante los primeros 6 meses de vida. En caso contrario, se debe realizar la resección de la inserción esterno-clavicular del músculo esternocleidomastoideo. Es posible que la plagiocefalia secundaria no remita por completo.

Las **fisuras labiopalatinas** se deben intervenir en los primeros meses de vida. El orden y secuencia de las intervenciones estarán condicionados por la complejidad de dichas malformaciones y coordinado por un equipo multidisciplinar formado por los diferentes especialistas implicados; por lo general, se resuelve en conjunto antes de los 20 meses de vida.

- El labio leporino se interviene entre el 1<sup>o</sup>-3<sup>er</sup> mes de vida.
- La fisura palatina se interviene generalmente entre el 9<sup>o</sup>-12<sup>o</sup> mes de vida.
- Flap faríngeo: 5-6 años si insuficiencia velofaríngea e hipernasalidad.
- Injerto alvéolo dentario: 7-8 años (tras ortodoncia).
- Rinoplastia 2<sup>aria</sup>: 12 años.

Durante la exploración neonatal, se puede observar la presencia de **anquiloglosia (frenillo sublingual corto)**; durante el primer mes la resección del frenillo sublingual es posible en ese momento con un sangrado mínimo y auto-limitado. Si se espera a que el niño desarrolle la dentición completa, es muy posible que no colabore, su frenillo tenga un mayor grosor y vascularización; en estos casos, deberá seccionarse en quirófano bajo anestesia general. Posteriormente debe ser enviado al logopeda para evitar la persistencia del rotacismo.

El **diastema de incisivos** acompañado o no por **frenillo labial superior** interpuesto debe seccionarse tras el inicio de la dentición definitiva, cuando se presentan ambos incisivos separados y ya están presentes los dos caninos. La intervención consiste en una gingivoplastia acompañada de una sección del frenillo. Posteriormente el niño necesitará un tratamiento corrector realizado por el ortodoncista.

Los **apéndices preauriculares** deben ser extirpados en los primeros 3 meses de vida si el pedículo es muy fino, ya que se pueden extirpar en consulta con anestesia local. Si el

TABLA I. CABEZA Y CUELLO.

Labio leporino	1-3 meses
Fisura palatina	9-12 meses
Anquiloglosia	1 <sup>er</sup> mes/Posteriormente si rotacismo
Diastema incisivos	Con dentición definitiva
Quistes y fístulas cervicales	Al diagnóstico
Plagiocefalia postural	6 meses para ortesis craneal
Orejas aladas	> 6 años
Ránulas y mucocelos	Tras 3-4 meses de evolución

TABLA II. CIRUGÍA TÓRAX.

Pectus excavatum	Derivar 7 años. Cirugía 12 años
Pectus carinatum	Derivar 7 años. Cirugía 12 años
Ginecomastia	> 12 años
Politelia/Polimastia	Al diagnóstico
Secuestro pulmonar	Primer trimestre de vida
Malformación adenomatoidea pulmonar	Primer trimestre de vida
Enfisema lobar congénito	Primer trimestre de vida. Según evolución
Quiste broncogénico	Al diagnóstico. Según tamaño

pedículo es más grueso, debe intervenirse en los primeros 12 meses de vida, en quirófano bajo anestesia general.

Las **lesiones quísticas y fistulosas cervicofaciales (quistes arcos branquiales, quiste tirogloso)** se debe proponer la cirugía al diagnóstico; de esta forma, se evitarán las probables complicaciones infecciosas, con un mayor riesgo de recidiva en el futuro y un peor resultado estético.

Los **quistes dermoides** son tumores cutáneos benignos de crecimiento lento, y riesgo potencial de infección. La edad de derivación es el año de edad, excepto los localizados en **cola de ceja**, que deben ser enviados al diagnóstico por riesgo de deformidad ósea y potencial malignización.

Los **tumores y malformaciones vasculares** deben ser enviadas siempre al cirujano pediátrico para ser evaluadas y categorizadas. Debemos ser especialmente cautelosos en los **hemangiomas** localizados en áreas de riesgo, o de gran tamaño por riesgo de ulceración o necrosis. Recientemente se ha incorporado el propranolol como fármaco de primera elección, en el tratamiento de los hemangiomas, con excelentes resultados, y escasos efectos secundarios.

También es muy importante realizar un correcto diagnóstico diferencial en las malformaciones vasculares, para descartar las de alto riesgo, como malformaciones de alto flujo tipo fístula arteriovenosa.

Los **linfangiomas cervicales (higroma quístico)** y de otras localizaciones, especialmente los de componente macroquístico, deben ser tratados desde el momento del diagnóstico mediante infiltraciones eco-guiadas con OK-432, o tetraciclina, reservando la cirugía para los no respondedores y microquísticos, que suelen ser muy recidivantes.

#### CIRUGÍA DEL TÓRAX Y VATS (VIDEOTORACOSCOPIA)

La cirugía endotorácica está sufriendo una revolución por la aparición de la videocirugía y VATS, que nos per-

mite abordajes con incisiones mínimas, postoperatorios con menor dolor, y la desaparición de secuelas a nivel de pared torácica y escoliosis que aparecen de forma habitual con las toracotomías y esternotomías.

Las deformidades torácicas, tanto por depresión como por protrusión, deben ser tratadas, por lo general, a partir de los 7 años de forma ortopédica, debido a que son lesiones evolutivas que se acentúan en el momento del crecimiento puberal. Las cirugías correctoras deben ser realizadas a partir de los 12 años de vida. Cirugías más precoces solo se realizan en pacientes sintomáticos con repercusión funcional respiratoria o cardíaca atribuible a la deformidad torácica.

El desarrollo de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, como es la **técnica de Nuss en el pectus excavatum**, ha permitido tratar a estos pacientes y lograr unos resultados estéticos y funcionales muy buenos. Los accidentes que se encontraron con esta técnica en los primeros años de aplicación se han minimizado con la realización de una VATS (videotoracosopia) durante la inserción de la barra de Lorenz.

El **pectus carinatum** debe ser tratado de forma ortopédica con un corsé dinámico, a partir de los 7 años. En caso de asimetría o falta de corrección, el tratamiento indicado es una toracoplastia a partir de los 12 años de edad.

La **ginecomastia del adolescente** debe ser tratada a partir de los 12 años, en casos de gran asimetría, gran volumen de la mama, o presencia de aréola de pezón de gran tamaño.

Las **politelia/polimastia** deben ser enviadas y corregidas en el momento del diagnóstico.

La patología malformativa pulmonar congénita (**malformación adenomatoidea quística, enfisema lobar congénito, secuestro pulmonar, quistes broncogénicos**) suele diagnosticarse prenatalmente por ecografía, y debe ser enviada al cirujano pediátrico de forma preferente durante los primeros 3 meses de vida.

TABLA III. CIRUGÍA DE ABDOMEN.

Estenosis de píloro	Traslado urgente al diagnóstico
Apendicitis aguda	Cirugía urgente (6-12 h, tras diagnóstico)
Invaginación intestinal	Reducción con enema. Cirugía si fracasa
Colelitiasis	Al diagnóstico en sintomáticos
Divertículo de Meckel	Al diagnóstico. Urgente si hemorragia
Fisura anal, pólipo, prolapso rectal, hemorroides	Si dolor, o sangrado. Tras laxantes
Patología esplénica	Hiperesplenismo. Quistes de gran tamaño
Quiste onfalomesentérico y uraco	Sintomáticos, al diagnóstico
Gastroquiasis	Parto programado semana 37 <sup>a</sup> . Cirugía al nacer
Atresia vías biliares	Importante diagnóstico precoz. Derivar urgente
Reflujo gastroesofágico	No responde a omeprazol. Sintomático. Esofagitis
Enterocolitis necrotizante	Traslado urgente.
Crohn, colitis ulcerosa y ulcus	Si complicaciones

## CIRUGÍA DEL ABDOMEN Y CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

La cirugía abdominal se encuentra en plena revolución tecnológica con las nuevas tecnologías de vídeo cirugía.

Son varios los campos de evolución, por un lado la mejora de la calidad de la imagen, con la aparición de la alta resolución, y la visión binocular en los robots quirúrgicos. Por otro lado, está la mejora de la pinzería. En concreto la aparición de instrumental de 2-3 mm permite la cirugía neonatal de forma real.

También se están desarrollando técnicas y materiales que permiten la cirugía por orificios naturales (NOTES), y la cirugía por puerto único (*single port*). Ambas conceptos están tomando cuerpo y adquiriendo indicaciones dentro de la cirugía pediátrica.

Por último, hay que destacar la aparición de los robots quirúrgicos, que en España están disponibles en pocos centros, y todavía tienen poca adaptación en pinzería al tamaño de los niños, pero que sin duda marcarán la evolución de la cirugía pediátrica.

La **hernia umbilical** se observa en los primeros días de vida. Por aparente que ésta sea, es muy poco probable el riesgo de incarceration o estrangulación y en este sentido se debe informar a los padres. El 80% de las hernias umbilicales se cerrarán antes de los 3-4 años; por supuesto, las de mayor calibre son las que tardan más o no se cierran. Cuando el niño alcanza los 4 años o presenta síntomas, se debe indicar la cirugía. Cuando un paciente con hernia umbilical va a someterse a otra intervención por otro padecimiento es razonable, según el tamaño del defecto herniario y su evolución, el reparar la hernia sin esperar a los 4 años.

Las **hernias epigástricas** se producen por un defecto de cierre de la línea media del abdomen por encima del ombli-

go. Sale grasa preperitoneal a través del defecto de la fascia y se aprecia una tumoración pequeña, palpable, irreductible, dolorosa al tacto, situada en el tejido subcutáneo sobre la línea media del abdomen o adyacente a ésta. Su resolución espontánea es muy rara, incluso en ocasiones se produce un incremento gradual, por ello se debe proponer la cirugía.

La **colecistitis** en el niño es un proceso que cada día se ve con más frecuencia y, por lo general, la indicación de intervención vendrá dada por la clínica que presenta.

Las **fístulas perianales** en el lactante se resuelven con frecuencia espontáneamente, precisando cirugía las que persisten en el tiempo o se complican.

Las **fisuras anales** deben enviarse si el paciente tiene dolor y/o sangrado y no responden al tratamiento laxante y a los baños de asiento. Existen varios escalones terapéuticos, como la toxina botulínica y la cirugía si no existe buen control.

**Estenosis hipertrófica de píloro:** derivación urgente al diagnóstico. Intervención quirúrgica programada cuando el paciente presenta gasometría compensada y eco compatible. Canal pilórico longitud > 14 mm, y diámetro > 8 mm. (Capa muscular por separado > 4 mm). Cirugía a partir de 15-16 mm, de canal, y grosor 8-10 mm. Cirugía vía umbilical o vía laparoscópica.

**Hernia diafragmática congénita:** derivación urgente al nacimiento (cirugía en las primeras 24-48 horas de vida). En casos seleccionados, cirugía tipo VATS, o corrección por vía clásica abdominal.

**Atresias intestinales:** primeras 24-48 horas de vida, tras enema con gastrografía para descartar ileo meconial.

El **reflujo gastroesofágico** debe ser tratado quirúrgicamente en aquellos pacientes en que no hay respuesta al tratamiento médico > 6 meses de duración. Si se producen pausas de apnea, en lactantes en coincidencia con el episodio

TABLA IV. CIRUGÍA REGIÓN INGUINAL.

Hernia inguinal	Preferente lactantes y prematuros. Resto al D(x)
Hidrocele comunicante/Quiste de cordón	Cirugía entre 12-24 meses
Hidrocele congénito	Derivar a partir 12 meses
Hernia crural	Al diagnóstico
Testes en ascensor	Exploración bianual por cirugía/Eco volumen teste
Teste no descendido unilateral (en área inguinal)	Derivación 8 meses
Teste no descendido bilateral	Derivación 8 meses. Cariotipo. Eco testicular
Teste intrabdominal	Derivación 8-12 meses para laparoscopia exploratoria

de reflujo. La esofagitis persistente es una indicación de cirugía por riesgo de futura malignización. La cirugía de elección es la funduplicatura de Nissen por laparoscopia, a la que se puede asociar una gastrostomía de alimentación en pacientes con enfermedades neurológicas y dificultad para la alimentación vía oral.

En la **enfermedad de Hirschprung** si diagnóstico precoz. Se recomienda manejo con irrigaciones rectales con sonda (*nursing*).

- Si existe un buen control. No presencia factores de riesgo: descenso endoanal De La Torre en 1 tiempo en los 3 primeros meses de vida (*endoanal pull-through*) asistido por laparoscopia.
- Si no es posible control, colon agangliónico largo o factores de riesgo presentes (bajo peso, enterocolitis, perforación, megacolon).  
Colostomía de descarga (1<sup>er</sup> tiempo).  
Cirugía correctora en 2<sup>o</sup> tiempo, a partir 10 kg de peso (Swenson, Soave, Duhamel, etc.).

#### CIRUGÍA DE LA REGIÓN INGUINAL

Las **hernias inguinales** deben ser intervenidas a partir del momento en que se diagnostican. La edad no es una indicación de demora, y deben clasificarse como preferentes a los lactantes con hernia.

La patología quirúrgica de la región inguinal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Cirugía Pediátrica.

El diagnóstico diferencial entre las tres formas de persistencia del conducto peritoneovaginal (hernia inguinal, hidrocele, quiste de cordón) establecerá en qué momento se deben intervenir y ello se puede lograr con una adecuada exploración física del paciente.

Tanto el **hidrocele** como el **quiste de cordón** son persistencias del conducto peritoneovaginal que pueden resolverse de forma espontánea en los primeros meses de vida. Por ello, se realiza observación y control pediátrico duran-

te este tiempo y, si no se resuelve, se interviene. En ambos casos, el diagnóstico diferencial se debe establecer con la hernia inguinal indirecta; si esta finalmente acaba apareciendo, se interviene independientemente de la edad.

Las **hernias crurales** no son frecuentes en el niño pero, siempre que se diagnostican, se deben programar, ya que no se resuelven de forma espontánea y son frecuentes las complicaciones, principalmente el dolor. Dada la rareza de las mismas, con frecuencia el estudio ecográfico es imprescindible. En nuestra experiencia, las hemos encontrado asociadas con sospechosa frecuencia a ciertos deportes, como el patinaje, aunque hay series que apoyan su etiología congénita o por cirugía inguinal previa.

Las **anomalías del descenso testicular** constituyen uno de los problemas más frecuentes del aparato genital masculino, presentándose con mayor incidencia en niños prematuros. La baja fertilidad debida a los trastornos histológicos que se producen en un testículo no ubicado en el escroto, asociado al riesgo de degeneración neoplásica, es lo que nos lleva a tratar a estos pacientes.

Los **testes en ascensor** deben ser vigilados con una exploración testicular bianual, debido al mayor riesgo de desarrollar una criptorquidea verdadera. En casos dudosos es útil la valoración del volumen testicular en Ecografía.

Pasados los 8 meses de vida, si el **teste permanece no descendido** y localizado en canal inguinal, orificio inguinal externo o interno, se recomienda cirugía precoz a los 8-12 meses. Existe un mejor pronóstico de fertilidad en edad adulta. El adelanto de la edad de intervención supone una mayor complejidad técnica.

- Teste palpable unilateral: derivación 8 meses, vía inguinal.
- Bilateral palpable: cariotipo, estudio hormonal, cirugía vía inguinal no simultánea
- No palpables: derivación 8 meses con Eco/RMN. Orquidopexia asistida por laparoscopia.

Cuando se presenta una anomalía del descenso testicular junto con una hernia inguinal sintomática, se debe inter-

TABLA V. CIRUGÍA URETRA Y GENITALES.

Fimosis	2-5 años. Tras tratamiento 3 meses pomada corticoides
Hipospadias	6-18 meses. Evitar retrasos
Epispadias	12-24 meses
Varicocele	Si atrofia teste. Varicocele grado III. Si dolor
Torsión testículo	Derivación para cirugía emergente (< 5 horas)
Sinequias labios menores	Al diagnóstico. Lisis y gasa vaselinada
Himen no perforado	Al diagnóstico tras eco/RMN abdominal
Adherencias balano-prepuciales	Si balanitis de repetición

venir al diagnóstico independientemente de la edad. Si durante una intervención por anomalía del descenso testicular se confirma una anorquia o atrofia testicular, se extirpan los restos de testículo, se practica una orquidopexia del testículo contralateral y se coloca una prótesis en el lado afecto si la familia está de acuerdo.

## CIRUGÍA URETRA Y GENITALES

Durante los primeros años, la retracción suave del prepucio sin forzar y su reposición anterior permitirán la corrección de la fimosis fisiológica y sus adherencias antes de los tres años. Esta es una pauta de higiene masculina que se debe enseñar a todo niño no circuncidado. Si se fuerza y aparecen fisuras o heridas, puede dar lugar a una fimosis cicatricial que, finalmente, se debe intervenir. Cuando no se logra inicialmente reducir el prepucio, se puede aplicar tratamiento tópico con corticoides con el fin de relajar la piel del prepucio y lograr su reducción no forzada. Dicho tratamiento se debe aplicar correctamente y, si tiene el éxito deseado, no se debe olvidar que la pauta higiénica debe continuar durante toda su vida.

La **circuncisión** está indicada inicialmente en niños con episodios de **balanitis, de repetición, parafimosis** y en pacientes con riesgo de complicaciones por ITU. No se debe realizar la circuncisión en presencia de infección o quemadura.

Los **hipospadias** son malformaciones congénitas del pene, que implican una formación incompleta de la uretra, encontrándonos que el meato uretral no alcanza el vértice del glande y desemboca en cualquier punto entre éste y el periné. Se acompaña de incurvación peneana y exceso de piel dorsal prepucial con defecto ventral. Las formas más frecuentes son las distales (85%); es decir, las próximas al vértice del glande.

La edad ideal para la cirugía se encuentra entre los **6 meses y los 18 meses**. En esta franja se minimiza el porcentaje de complicaciones.

**La cirugía uretral es de alta complejidad y se acompaña de un porcentaje de complicaciones y morbilidad alta, especialmente en hipospadias medios y proximales. Estas complicaciones precisan habitualmente reintervenciones muy difíciles de tolerar por los niños y sus padres.**

**Fimosis** es la imposibilidad de retraer el prepucio, de forma que el glande no puede quedar al descubierto. Se considera fisiológica hasta los 2-3 años. Con una pauta higiénica adecuada se corrige en el 90% de los casos sin necesidad de practicar una circuncisión o aplicar tratamiento tópico con corticoides.

El **varicocele** es la dilatación benigna de la vena y el plexo pampiniforme del testículo, en el 90% de los casos del lado izquierdo. Su tratamiento quirúrgico está indicado cuando se acompaña de dolor, disminución del volumen testicular y cuando su tamaño es excesivo (grados II-III). El tratamiento quirúrgico puede realizarse mediante cirugía abierta con ligadura venosa, microcirugía de derivación, flebografía y embolización selectiva o mediante cirugía laparoscópica. Esta última se está realizando en la actualidad con muy buenos resultados.

La **sinequia de labios menores** detectada durante la exploración de los genitales de una niña, puede ser tratada en el mismo momento de la exploración mediante una ligera tracción lateral de los labios. Posteriormente, se debe realizar un tratamiento de mantenimiento durante 15-20 días, manteniendo una gasa vaselinada interpuesta lateralmente, higiene local y baños con agua de manzanilla. Esta maniobra se debe realizar una sola vez e insistir en el tratamiento domiciliario, dado que, si se repite repetidas veces, puede dar lugar a trastornos psicológicos en la paciente.

## CIRUGÍA PLÁSTICA

En los últimos años todas las unidades de cirugía pediátrica están asumiendo una parte muy importante de proce-

TABLA VI. CIRUGÍA PLÁSTICA

Nevus congénitos. Tumores cutáneos	> 3-4 cm y gigantes. Al diagnóstico. Sintomáticos
Tumores y malformaciones vasculares	Derivar todos para categorización
Sindactilia/polidactilia	Cirugía entre los 6-12 meses
Pulgar y dedos en resorte	Derivar al diagnóstico

dimientos relacionados con la cirugía plástica y reparadora en piel y anejos.

Es muy importante saber cuáles de estos procedimientos pueden ser derivados:

- **Tumores cutáneos y nevus congénitos:** deben ser enviados en caso de gran tamaño, >3-4 cm, cambios en aspecto, infección, dolor o sangrado.
- **Tumores vasculares y malformaciones vasculares:** derivar todos los casos para evaluación y categorización.
- **Malformaciones congénitas de pabellón auricular, orejas procidentes:** derivar todos los casos para evaluación. Las orejas procidentes se operan a partir de los 6 años, para evitar daños en crecimiento cartilago...
- **Malformaciones congénitas de la mano: sindactilia/polidactilia/pulgar en resorte:** derivar de los 6-12 meses las sindactilia-polidactilia. El pulgar y dedos en resorte al diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Albert Cazalla A. El Peditra ante la patología pediátrica más frecuente. *An Esp Pediatr.* 1985; 22: 589-595.
2. Gutiérrez Cantó MA. Taller: Calendario Quirúrgico. En: Libro de comunicaciones VIII Reunión anual de la Sección de Pediatría Hospitalaria. Madrid, Octubre 1994. p. 99-108.
3. Tovar JA. Calendario de operaciones electivas comunes en Cirugía Pediátrica. *Rev Esp Pediatr.* 1987; 43: 355-361.
4. Satauffer UG. Calendario de las intervenciones quirúrgicas infantiles. En: Rickham PP, Soper RT, Stauffer UF, eds. *Manual de Cirugía Pediátrica.* Barcelona: Salvat editores; 1986.
5. Sandoval F. Calendario Quirúrgico Infantil. En: IX Curso de asistencia primaria en pediatría. Santander. Curso 1992-1993.
6. Papdorf H. Indications and timing of the most frequent elective pediatric surgery interventions. *Kinderarztl Parx.* 1992; 60: 269-272.
7. Wilital GH. Plan cronológico de intervenciones. En: *Atlas de Cirugía Infantil.* Barcelona: Editorial Reverte; 1985.
8. Nixon HH. *Procesos quirúrgicos en pediatría.* Barcelona: Expaxs, Publicaciones médicas; 1981.
9. *Clin Ped Nortem.* (ed esp). *Cirugía.* Philadelphia: Interamericana Mc Graw Hill; 1993 (6).
10. Ashcraft KW, Holder TM. *Pediatric Surgery.* 2<sup>nd</sup> Ed. Philadelphia: Saunders Company; 1993.
11. Hertl M. Momento óptimo para las intervenciones quirúrgicas. En: *Diagnóstico diferencial en Pediatría.* Barcelona: Editorial Toray; 1980.
12. Morales L, Albert A. El paciente quirúrgico pediátrico: cuidados pre y postoperatorios. En: Cruz M, ed. *Tratado de Pediatría.* Barcelona: Publicaciones médicas Espax; 1989.
13. Perez García P. El niño en el hospital. Psicología de enlace en Cirugía Pediátrica. En: *Cirugía Pediátrica.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994.
14. Carricart M, Pérez Billi L. La Psicoprofilaxis en el ámbito quirúrgico pediátrico. En: *Cirugía Pediátrica.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994.
15. European Parliament. Resolution on an european charter for children in hospital. (EP Martes, 13 de Mayo de 1986) 2 pp. Documento A2 25/86.
16. Miguel de JM. Carta europea de los derechos del niño hospitalizado. En: *Jornadas nacionales sobre los derechos del niño hospitalizado.* Madrid: Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
17. Hospital Committee of the European Economic Community. Recommendations of the Hospital Committee of the European Community regarding the considerate treatment in hospital. Winchester EEC Julio 1987. 10 pp. Docum HE/ CC 85-14. recién nacidos. En: *Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.* México DF: Interamericana; 1981.
18. Brinda RE Jr. Anesthetic considerations. En: *Pediatric Surgery.*
19. Gopal Crishna. Conceptos actuales en Anestesia Pediátrica, especialmente en Ashcraft Holder WB. Philadelphia: Ajunder company; 1993.
20. Sandoval González F, De Diego García EM, Fernández Jiménez I. Calendario Quirúrgico. *Bol Pediatr.* 2001; 41: 78-82.