

### Tratamiento quirúrgico de los testículos no palpables: La experiencia del Hospital de Niños de Philadelphia.

(Surgical management of the nonpalpable testis: The Children's Hospital of Philadelphia experience).

Kirsch A, Escala J, Duckett J, Smith GH, Zderic Sa, Canning DA, Snyder III HM

*J Urol* 159:1340-1343, 1998.

Los autores analizan los resultados en 447 niños con testículos no palpables (24%) entre 1866 niños con testículos no descendidos asistidos durante 8 años. En 91 de estos la gónada era intrabdominal uni o bilateral (7%). En 38 de estos pacientes se realizó el procedimiento de Fowler-Stephens (ligadura alta de los vasos espermáticos) en 5 de ellos se realizaron 2 tiempos quirúrgicos, en tanto que en 33 el procedimiento utilizado fue la liberación por disección retroperitoneal y orquidopexia realizada en un tiempo en 28 casos (procedimiento de Koop), sin ligadura de los vasos.

El objetivo del trabajo fue comparar los resultados postoperatorios de estos dos últimos grupos de pacientes (n:76) cuya edad media era en el momento de la cirugía de 34 meses y luego de un seguimiento promedio de 18 meses postoperatorios.

La efectividad del procedimiento de Koop para determinar la ubicación del testículo fue del 100% y el resultado fue satisfactorio para una orquidopexia en un tiempo y conservación de la gónada en el escroto en el 97% de los pacientes operados en contra del 74% de éxito observado con la técnica de Fowler-Stephens.

La conclusión es que la técnica de disección retroperitoneal sin ligadura de los vasos espermáticos es preferible a la de Fowler-Stephens para el tratamiento de los testículos intrabdominales.

F. Heinen

### Una revisión de 10 años de un tratamiento mínimamente invasivo para la corrección del pectus excavatum.

(A 10 years review of a minimal technique for the correction of pectus excavatum).

Nuss D, Kelly RE, Croitoro DP, Katz ME. (Norfolk, Virginia)

*J Pediatr Surg* 33:545-552, 1998.

Evalúan los resultados luego de 10 años de utilizar una técnica mínimamente invasiva (TMI) sin sección ni resección de cartilagos para la corrección del Pectus Excavatum (PE). Indican la TMI aún en los casos severos y en niños con Síndrome de Marfan y Ehlers-Danlos.

Entre 127 con PE, 50 fueron operados y de éstos 42 por TMI. La mayoría de los pacientes operados tenían entre 3,5 y 5 años de edad. La TMI que consiste en la inserción de una barra curva de acero por debajo del esternón a través de dos incisiones torácicas en la línea medio axilar. La barra de 2mm de espesor y 1,5 cm. de ancho y de longitud adecuada al paciente, debe ser previamente moldeada a la pretendida corrección, y debe tener una de elasticidad suficiente para corregir la depresión de la deformidad. En la elección de la longitud de la barra debe considerarse el crecimiento del paciente en los siguientes 2 años. La barra es manufacturada por W Lorenz Surgical Inc, Jacksonville, Florida). Inicialmente se coloca con la concavidad hacia adelante y luego es rotada con su concavidad hacia

atrás. Permanece en esa posición adecuadamente fijada durante 2 años y es retirada mediante una cirugía ambulatoria. De los 42 operados en 30 ya se ha retirado la barra y 22 mantienen un resultado excelente, bueno en 4, regular en 2 y pobre en 2. El seguimiento promedio fue de 2.8 años luego de retirar la barra (r: 6m a 7 años). Los casos con resultado regular o pobre fueron operados al inicio de la serie, cuando se utilizaba una barra demasiado blanda o por haberla retirado antes de los 2 años). Un paciente con S. de Marfan hubiera requerido la inserción de 2 barras.

La pérdida de sangre del procedimiento fue en promedio de 15 cc y la hospitalización de 4.3 días recobrando los pacientes su actividad completa al mes de la cirugía.

Las complicaciones fueron: Neumotórax en 4, infección superficial en 1, desplazamiento de la barra que requirió la relocalización en 2 casos.

La corrección por TMI utilizando 1 o 2 barras de acero y sin la sección de cartilagos es una técnica efectiva. Resta un mayor número de casos y su evaluación prolongada para saber si reemplazará a los procedimientos clásicos cuando se decide la corrección quirúrgica del PE. Los autores sugieren como edad ideal los 7 a 11 años, aunque han operado satisfactoriamente adolescentes de 15 años.

Nota: Algunos que han realizado la técnica, prefieren pasar la barra bajo control video-toracoscópico. Otros han detallado la necesidad de intensa analgesia postoperatoria inicialmente por un catéter epidural.

F. Heinen

### Cirugía de la enfermedad de Crohn en lactantes y niños.

(Surgery for Crohn's disease in infants and children)

Patel HI, Leichtner AM, Colodny A, Shamberger RC (Boston)

*J Pediatr Surg* 32: 1063-1068, 1997.

La evolución de los pacientes pediátricos con enfermedad de Crohn es muy variable. Es difícil determinar en qué momento de su tratamiento médico tienen indicación quirúrgica. Los autores revisaron 204 casos de niños con enfermedad de Crohn cuyas edades oscilaron entre 0,2 y 18,8 años tratados en una sola institución entre 1968 y 1994, con una media de seguimiento de 3,8 (rango 0,0 a 22,2 años). El 46% requirió algún tipo de resección quirúrgica por: 1) fracaso del tratamiento médico con persistencia de los síntomas o retardo de crecimiento (47%); 2) abscesos intraabdominales o perforación intestinal (16%); 3) formación de fístulas (14%); 4) oclusión intestinal (16%); 5) enterorragia (4%) y por 6) apendicectomía por exploración diagnóstica (3%). La probabilidad de indicación quirúrgica es de 28,8% a los 3 años del diagnóstico y de 47,2% a los 5 años.

Las resecciones incluyeron: ileocelectomía (n=71), colectomía (n=16), resecciones de intestino delgado (n=4) y apendicectomía (n=3). Trece pacientes tuvieron 14 fístulas que requirieron tratamiento quirúrgico (7 enterovesicales, 2 enterovaginales y 2 enterocutáneas). Cuarenta pacientes tuvieron recurrencia de la enfermedad en el seguimiento postoperatorio con un rango de 0,4 a 18 años. Los autores encontraron que la evolución de la enfermedad fue impredecible, que algunos pacientes requirieron cirugía temprana y otros continuaron con tratamiento médico durante años.

AM Marín

### La resonancia magnética prenatal mejora el diagnóstico fetal.

(Prenatal magnetic resonance imaging enhances fetal diagnosis)  
Quinn TM, Hubbard AM, Scott Adzick N (Philadelphia) *J Pediatr Surg* 33: 553-558, 1998.

La evaluación ecográfica fetal puede ser dificultosa cuando se trata de conocer detalles anatómicos como la invasión hepática en el tórax en fetos con hernia diafragmática (HD), la visualización de la vía aérea en fetos con tumores cervicales y la diferenciación entre duplicación enterogénea y linfangioma mesentérico. La resonancia magnética (RNM) con consecuencia ultrarápida de imágenes (HASTE) permite realizar estudios con gran definición a pesar de los movimientos fetales. La diferenciación entre malformación adinomatolide quística pulmonar y HD o con masas pulmonares es posible con este método. Asimismo permite diferenciar quistes quísticos cervicales de teratomas, y valorar la obstrucción de la vía aérea fetal para preparar la intubación o traqueotomía en el intraparto cuando aún se mantiene la perfusión placentaria a través del cordón umbilical. Los autores ofrecen ejemplos de las imágenes obtenidas en 31 fetos estudiados con RNM que permitió el consejo familiar anticipado y el tratamiento en 14 de los 31 fetos estudiados.

F. Heinen

### Tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico en Niños: Estudio Combinado Hospitalario sobre 7467 pacientes.

(Surgical treatment of GER in Children: A combined Hospital Study of 7467 Patients)

Fonkalsrud EW, Ashcraft KW, Coran AG, Ellis DG, Grosfeld JL, Tunell WP, Weber TR. (UCLA, Los Angeles, USA).  
*Pediatrics* 101:419-422, 1998)

La cirugía antirreflujo gastroesofágico es una de las 3 operaciones mayores más frecuentemente realizadas en niños. En años recientes por la utilización de fármacos inhibidores de la bomba de protones (Omeprazole) y prokinéticos (Cisapride), ha surgido cierta controversia sobre la indicación y oportunidad de la cirugía antirreflujo. Los autores recopilan la experiencia quirúrgica de los últimos 20 años (1976-1996), con 7467 pacientes menores de 18 años, operados por Reflujo Gastroesofágico Sintomático persistente (RGE) de 7 centros pediátricos de importancia en los EEUU. La edad en la operación fue en menores de 1 año en el 40% y entre 1-10 años en el 48% de los pacientes. El seguimiento promedio fue de 7,3 años. El 56% de los pacientes no tenían enfermedad neurológica (EN) y 44% tenían una EN. Los síntomas predominantes que llevaron a la cirugía fueron: el mal progreso de peso (40%), alteraciones en la alimentación (36%) y síntomas respiratorios (32,6%). El 11,9% de los niños tenían esofagitis secundaria al RGE y esta fue la indicación principal para la cirugía. Los estu-

dios diagnósticos fueron: la seriada EGD (68%), Phmetría (54%), Estudio isotópico de vaciamiento gástrico (32%) (con mayor frecuencia en los pacientes con déficit neurológico) (anormal si más del 50% de la dosis inicial era retenida en el estómago luego de 90 minutos) y la Endoscopia esofágica (25%). La técnica quirúrgica más frecuentemente utilizada para la fundoplicatura fue la de Nissen (64%), seguida por la de Thal (34%), Toupet, Dor o Boix-Ochoa (1,5%) y otras técnicas en el 2%. En el 11,5% de los pacientes sin EN y en el 39,9% de aquellos con EN, se agregó una piloroplastia. Sólo el 2,6% de estos casos fue tratado con una fundoplicatura videolaparoscópica. Se obtuvieron buenos a excelentes resultados en el 95% de los pacientes sin EN y en el 84,6% de aquellos con EN. Las complicaciones mayores fueron más frecuentes en los pacientes con EN (12,8%) comparado con las de aquellos sin EN (4,2%). La más frecuente fue la recurrencia de RGE por disrupción de la fundoplicatura (7,1%) y complicaciones respiratorias (4,4%), "gas bloat" (3,6%), "dumping" (0,9%) y oclusión intestinal (2,6%). La mortalidad fue de 0,07% en los niños sin EN y de 11,8% en los que tenían EN. El 3,6% de los pacientes sin EN y el 11,8% de aquellos con EN, debió ser reoperado por recurrencia del RGE o por adherencias intestinales. Las complicaciones fueron 4 veces más frecuentes en los niños con EN. Los resultados obtenidos fueron similares en todos los centros: 94% de los pacientes con buen resultado. La morbilidad fue igualmente baja en todos los centros y no hubo variaciones significativas en relación al procedimiento antirreflujo utilizado o si se agregó o no una piloroplastia. Este estudio no permite recomendar o desaconsejar ninguna de las técnicas antirreflujo utilizadas. La técnica de Thal fue la más frecuentemente utilizada en pacientes operados por atresia de esófago, pero tuvo mayor frecuencia de recurrencia de RGE en pacientes con EN. Luego del análisis, los autores recomiendan un tratamiento quirúrgico precoz del RGE refractario al tratamiento médico en los niños, especialmente en aquellos con EN para facilitar además la alimentación enteral. El consenso parece unánime en realizar una fundoplicatura "floja", no omitir el cierre de los pilares diafragmáticos y realizar la ligadura de los vasos cortos del fondo gástrico (que no se realiza en la fundoplicatura de Thal). Los argumentos en contra de la cirugía (alto índice de complicaciones y de recurrencia del RGE por disrupción de la fundoplicatura), no parecen ciertos luego del análisis de esta serie. Se resalta la importancia de disminuir los factores que parecen favorecer la disrupción de la fundoplicatura como son las convulsiones, la desnutrición, la distensión gástrica, el retraso en la evacuación gástrica, la enfermedad pulmonar crónica y la obstrucción intestinal, especialmente en los niños con EN. El tratamiento médico con Omeprazole no es fácil de administrar en niños pequeños, tiene efectos secundarios luego de periodos prolongados y no puede impedir la aspiración pulmonar ni mejorar la nutrición en los niños con RGEs. (19 citas bibliográficas)

F. Heinen