

**PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE
CIRUGÍA INFANTIL**



Niño EN la playa, Diego Campos

GÚÍAS DE REFERENCIA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA Y EDAD OPERATORIA BASADO EN LAS GUÍAS DE LA SOCIEDAD CHILENA DE CIRUGÍA

Este resumen pretende ser una orientación general a los médicos de atención primaria, que permita derivar los pacientes a tiempo. Con esto se evitaran gastos y molestias a los padres y pacientes y permitirá un mejor uso de los recursos. Algunas patologías pueden ser observadas ambulatoriamente por un determinado tiempo, sin embargo otras requieren derivaciones de urgencia, por lo que dividiremos las derivaciones en 2 grupos.

Derivaciones al poli de cirugía infantil

- Hidrocele
- Adherencias balano prepuciales
- Fimosis
- Testículo no descendido
- Frenillos sublinguales y del labio superior
- Parotiditis recurrente
- Seno preauricular y papiloma preauricular
- Ránulas

Derivaciones al servicio de urgencia

- Síndrome del escroto agudo
- Parafimosis

FLUJOGRAMA:

Aquellas patologías que cumplan criterios de derivación al poli de cirugía, serán enviadas a través de la **hoja de Interconsulta**, vía estafeta, a la Admisión del 2do piso del CDT del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, en donde se agendará según disponibilidad de horas o prioridad de la patología. Aquellas patologías que cumplan criterios de derivación de urgencia serán derivadas con hoja de interconsulta con el paciente. La interconsulta deberá tener:

- Datos del paciente
- Diagnóstico o hipótesis diagnóstica
- Motivo de derivación
- Resumen de tratamiento previo efectuado (si corresponde)
- Nombre (timbre) del médico derivador para poder contrareferir

HIDROCELE

1. Definición

Es un aumento de volumen de uno o ambos escrotos, debido a la acumulación de líquido intraescrotal, la gran mayoría tienen resolución espontánea, por lo que hay que controlar evolución en atención primaria.

2. Criterios de derivación para cirugía:

- a. Presencia de hidrocele sintomático, doloroso y tenso a cualquier edad.
- b. Hidrocele que persiste después del año de vida.

ADHERENCIAS BALANO PREPUCIALES

1. Definición

Son adherencias del prepucio al glande durante su proceso de desarrollo, no requieren masajes ni aplicación de productos especiales, generalmente resuelven solas.

2. Criterios de derivación para cirugía:

- a. Si persiste después de los 12 años

FIMOSIS

1. Definición

Es una estrechez del prepucio que cubre el glande, es una condición normal en los menores de 1 año, generalmente evoluciona sin problemas hacia los 2 años de vida.

Existe controversia respecto al tratamiento médico ambulatorio efectuando masajes con corticoides tópicos, si bien es cierto que la evidencia muestra una mejoría de los casos tratados, muchos de ellos corresponden a adherencias balano prepuciales y no a fimosis reales, lo que explicaría el alto porcentaje de respuesta. Por otro lado, existe el riesgo de realizar un movimiento brusco

durante los masajes y producir heridas prepuciales. Es por esto que la recomendación del equipo de cirugía infantil del Sótero del Río es no iniciar masajes ni aplicación de corticoides, si no que controlar su evolución.

2. Criterios de derivación a cirugía

- a. Si persiste después de los 3 años
- b. Antecedente de 1 episodio de ITU
- c. Antecedente de 2 episodios de balanitis

TESTÍCULO NO DESCENDIDO

1. Definición

Se refiere a la ausencia del testículo en la bolsa escrotal, uni o bilateral. Dentro de este grupo se distinguen varias condiciones:

- **CRIPTORQUÍDEA:** Es la detención del descenso testicular durante su trayecto normal entre el abdomen y el escroto.
- **ECTOPIA TESTICULAR:** Es la ubicación del testículo fuera de su trayecto normal, es más frecuente en los prematuros (30%).
- **TESTÍCULO NO PALPABLE:** Es aquél testículo que, a pesar de todas las maniobras durante el examen físico, no logramos palparlo. De éstos, sólo el 20% son anorquias y el 80% son criptorquídeas o ectopias.
- **TESTÍCULO RETRÁCTIL O EN ASCENSOR:** Es la elevación temporal de testículo por reflejo cremasteriano, al ordeñar logramos llevarlo al escroto y permanece en él. Esta condición no se opera, salvo que el tiempo que pase el testículo no descendido sea mayor que el tiempo que pase en el escroto, lo que aumenta el riesgo de atrofia testicular.

2. Criterios de derivación a cirugía:

- a. Derivar al momento del hallazgo para descartar atrofia testicular, generalmente la cirugía se realiza al año de vida
- b. En el caso de testículo en ascensor requieren controles anuales hasta la pubertad.

FRENILLOS SUBLINGUALES Y DEL LABIO SUPERIOR

1. Definición

Son formaciones fibrosas anatómicamente normales que se ubican debajo del labio superior y debajo de la lengua, evitando que ésta se descuelgue desmedidamente de la cavidad bucal. Sin embargo, si éstos son muy cortos pueden ocasionar problemas.

2. Criterios de derivación a cirugía:

- a. El frenillo sublingual corto se deriva a los 4 años sólo si producen problemas de fonación, esto es problemas de pronunciación. Los retrasos de lenguaje no son ocasionados por la presencia de frenillo corto.
- b. El frenillo del labio superior se deriva a los 4 años solo si el diastema de los incisivos aumenta y blanquea la mucosa al traccionarlo.

PAROTIDITIS RECURRENTE

1. Definición

Es la inflamación recurrente de la glándula parótida. Se considera recurrente con 2 o más episodios. En general se debe a infecciones bacterianas por ectasia salival, secundaria a alguna obstrucción mecánica en el conducto excretor o Stenon.

Es importante realizar una ecografía para descartar tumores, y una sialografía para determinar la anatomía característica en "ciruelo en flor", muchas veces este examen es terapéutico, ya que lubrica y dilata el conducto de Stenon.

2. Manejo en atención primaria

Los episodios agudos (en infección agregada) se deben tratar en atención primaria:

- Uso de antibióticos amoxicilina 75 mg/kg TID por 7 días
- AINES como Ibuprofeno 5 – 10 mg/Kg/dosis TID
- Mucolíticos (Bromexina) 5 ml. cada 8 hrs. (0.5mg/kg/día)
- Masajes suaves de la glándula.

Entre los episodios agudos, se debe cuidar la alimentación, teniendo cuidado con los alimentos ácidos. Hay que insistir en un buen aseo dental después de cada comida y realizar masajes suaves de la glándula en forma intermitente. Suelen pasar en forma espontánea después de los 10 años.

3. Criterios de derivación a cirugía

- a. Segundo episodio de parotiditis, si es posible, derivar con ecografía.

SENO Y PAPILOMA PREAURICULAR

1. Definición

Son malformaciones menores del pabellón auricular y tiene carácter familiar. La clásica asociación con malformaciones renales es muy baja.

- a. Seno Preauricular: es una depresión o foseta sin comunicación a ninguna cavidad, puede ser bilateral y tiene una ubicación constante a nivel del comienzo del hélix, en la unión de la oreja con la cara. Suelen infectarse pudiendo causar celulitis y necrosis cutáneas severas en la cara, mientras la piel no respire o produzca sebo, el riesgo de infección es bajo, por ello no se recomienda operar antes de los 3 meses. En atención primaria el manejo es realizar un buen aseo.
- b. Papiloma Preauricular: Habitualmente es unilateral, pero puede ser bilateral y múltiple, se ubican delante del trago. Pueden ser céciles o pediculados, estos últimos pueden cortarse por tirones que se da el niño. Se describe una asociación con malformaciones renales de hasta un 8% de ecografías positivas, La ecografía es obligatoria cuando:
 - i. Se asocia a sordera
 - ii. En presencia de síndrome de Goldenhar (hipoplasia mandibular, microsomía hemifacial y alteraciones del oído)
 - iii. Síndrome braquio-oto-renal

2. Criterios de derivación a cirugía infantil:

- a. El Seno preauricular sin infección previa, derivar a los 3 meses, generalmente se operan al año de vida.
- b. El seno preauricular con infección, derivar al diagnóstico.
- c. El papiloma preauricular derivar a los 6 meses, se realiza cirugía cosmética al año de vida.

RÁNULA

1. Definición

Es un quiste salival de las glándulas submaxilares o sublinguales, de consistencia blanda y de aspecto casi transparente producto de la obstrucción del conducto excretor de algún acino salival. Se presenta como un aumento de volumen en el piso de la boca, de crecimiento progresivo y fluctuante especialmente con algunas comidas ácidas. Algunos crecen como reloj de arena con el componente más grande hacia la región submaxilar, lo que plantea el diagnóstico diferencial con un linfangioma. En los casos de duda la ecografía, y en última instancia la punción con estudio del líquido, puede facilitar el diagnóstico diferencial. En atención primaria se debe recomendar disminuir el consumo de alimentos ácidos

2. Criterios de derivación a cirugía:

- a. Derivar en el momento del diagnóstico.

SÍNDROME DEL ESCROTO AGUDO

1. Definición

Se define como un aumento de volumen escrotal, de forma brusca y muy dolorosa, dentro de este grupo la condición más grave es la Torsión testicular, que conlleva a una NECROSIS del testículo, por lo que ante un síndrome del

escroto agudo, se debe derivar a urgencia para exploración quirúrgica. El diagnóstico diferencial es:

- Torsión testicular
- Torsión de la Hidátide de Morgagni
- Orquiepididimitis aguda
- Traumatismos
- Hernia inguinoescrotal atascada
- Tumores

La Torsión Testicular es una emergencia quirúrgica. El testículo gira 180° o más, produciéndose isquemia que puede llevar a necrosis testicular. Generalmente se asocia a malformaciones congénitas de los medios de fijación epidídimos testiculares. Existen de 2 tipos: los de torsión extravaginal (6%) que se producen intra útero y son patologías del recién nacido; y los de torsión intravaginal que son los más frecuentes (94%) cuya edad promedio de presentación es a los 12 años.

Elementos de sospecha clínica de una torsión testicular:

- ✓ Dolor de inicio brusco
- ✓ Aparición durante el reposo o en actividad
- ✓ Dolor escrotal que se irradia al abdomen
- ✓ Náuseas y vómitos (25%)
- ✓ Al examen físico: testículo más alto, sensible y eritematoso

La Torsión de la hidátide de Morgagni no es una patología quirúrgica. Corresponde a restos vestigiales intraescrotales SIN FUNCIÓN por lo que no producen alteraciones del testículo. Estos restos están presentes en el 90% de los niños. La clínica es similar a la Torsión testicular, en pacientes prepúberes, sin embargo es posible observar:

- ✓ Presencia de una mancha azulada en escroto
- ✓ Sensibilidad en el polo superior del testículo
- ✓ La gónada está libre
- ✓ Puede existir un hidrocele asociado.

La Orquiepididimitis es una patología secundaria a enfermedad urológica. La clínica es:

- ✓ Dolor escrotal
- ✓ Cordón grueso
- ✓ Escroto enrojecido
- ✓ Puede existir hidrocele y fiebre

2. Criterios de derivación a urgencia para evaluación del cirujano:

- a. La torsión testicular se debe derivar inmediatamente ante la sospecha diagnóstica, ya que su recuperabilidad depende del tiempo de evolución:
 - i. Clínica de < 6 hrs de evolución = alta recuperabilidad
 - ii. Clínica de 6 – 12 hrs de evolución = recuperabilidad < 78%
 - iii. Clínica > 12 hrs de evolución = recuperabilidad < 28%

El conservar un testículo, no significa espermatogénesis, alrededor del 50% de estos pacientes tiene un semen patológico en la pubertad.

- b. La torsión de la hidátide de Morgagni es de manejo médico con reposo y AINES, sin embargo, ante la duda diagnóstica, derivar a urgencia para evaluación por cirujano
- c. La orquiepididimitis es de manejo médico con reposo y AINES, pero ante duda diagnóstica derivar a urgencia para confirmación.

PARAFIMOSIS

1. Definición

Es la retracción brusca del prepucio por detrás del anillo fimótico. Se produce edema y dolor por estrangulamiento del glande. Lo importante es prevenir evitando masajes en los pacientes fimóticos.

2. Criterios de derivación

- a. Se deriva a urgencia en el momento diagnóstico, su tratamiento es la reducción manual por el cirujano, y si ésta no es posible se practica una incisión dorsal para circuncidar.

EQUIPO DE CIRUGÍA INFANTIL CASR

Dr. Raúl Encalada. Jefe del servicio de cirugía infantil.

Dr. Eduardo Cassinelli.

Dr. Felipe Castro

Dr. Fernando Argandoña

Dr. Aquiles Hachin

Dr. Alexis Sanhueza

Dr. Mauricio de la Torre

Dra. Berta Vildósola

Dr. Camilo Torres

Santiago, junio 2010