



Cirugía programada: calendario quirúrgico

H. Souto Romero,
C. Rico Espiñeira,
R. Espinosa Góngora

*Médicos Adjuntos del Servicio de Cirugía Pediátrica.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid



Resumen

En las consultas de Pediatría se diagnostican la mayoría de las patologías pediátricas quirúrgicas no urgentes. Conocer la historia natural de cada una de ellas ayuda a ofrecer una correcta información a la familia y a evitar retrasos terapéuticos y sobrecargas asistenciales. Es esencial hacer una correcta identificación y diagnóstico de las distintas patologías para poder orientar el tratamiento y elegir el momento adecuado del mismo. Lo que se pretende con la realización de estos protocolos de calendario quirúrgico es intentar obtener mediante un consenso de especialistas y sociedades científicas una mayor uniformidad de criterios para optimizar la derivación y seguimiento de los pacientes que probablemente requerirán un manejo posterior por un cirujano pediátrico.

Abstract

The majority of non-urgent pediatric surgical pathologies are diagnosed in pediatric consultations. Knowing the natural history of each one of them helps to provide correct information to the family and to avoid therapeutic delays and overload of care. It is essential to correctly identify and diagnose the different pathologies in order to be able to guide the treatment and choose the right timing. The aim of these surgical calendar protocols is to try to obtain, by means of a consensus of specialists and scientific societies, a greater uniformity of criteria to optimize the referral and follow-up of patients who will probably require subsequent management by a pediatric surgeon.

Palabras clave: Calendario quirúrgico; Procedimientos quirúrgicos electivos pediátricos; Prestación de atención sanitaria.

Key words: Surgical calendar; Pediatric elective surgical procedures; Delivery of health care.

OBJETIVOS

- Conocer la historia natural de las patologías quirúrgicas más frecuentes en consultas de Pediatría y Atención Primaria.
- Optimizar la transmisión de información, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con posibles problemas quirúrgicos.

Introducción

Al presentar el calendario quirúrgico, lo que se pretende es la realización de una guía consensuada con recomendaciones sobre la edad más apropiada para el tratamiento de los problemas quirúrgicos más frecuentes en la edad pediátrica.

La mayoría de los procesos de los que hablaremos serán considerados dentro de lo que llamamos “cirugía electiva” (la corrección quirúrgica se practicará a la edad que el cirujano considere más óptima). En el curso de estos procesos, debemos identificar dos tipos de factores: los que apoyan un tratamiento precoz y los que, por el contrario, aconsejan un aplazamiento de la intervención hasta una edad en la que se puedan evitar complicaciones no deseadas^(1,2).

Patología del tronco (Tabla I)

Hernia umbilical

Defecto que se produce por un fallo en el cierre completo del anillo umbilical prenatal. Es altamente frecuente, con una incidencia aproximada del 5 % en recién nacidos, siendo más frecuente en pacientes prematuros (75-84 % en menores de 1.500 g) y en niños de raza negra. No hay diferencias significativas con respecto al sexo de los pacientes. Se asocia más frecuentemente a otras patologías, como el síndrome de Down o el hipotiroidismo. Las hernias umbilicales tienen una clara tendencia al cierre espontáneo y, muy raramente, se incarcerationan. El tratamiento quirúrgico se indica a partir de los 4 años en aquellos pacientes sin clara tendencia al cierre espontáneo y, en la actualidad, no se recomiendan los métodos de contención.

Hernia epigástrica

Defecto de cierre de la línea media por encima del ombligo con protrusión de grasa preperitoneal. Suelen ser defectos de menos de 1 cm de diámetro que no se resuelven espontáneamente. Se demora la indicación quirúrgica hasta los 3 años salvo que den síntomas (molestias, dolor local o aumento de tamaño).

Hernia supraumbilical

Defecto justo por encima del ombligo. La hernia supraumbilical puede coexistir con la hernia umbilical. No tienen tendencia al cierre. Se realizará la corrección quirúrgica a partir de los 3 años.

Diástasis de rectos

No la definimos como un defecto, ya que no hay un fallo de cierre de la aponeurosis, sino una migración incompleta de los músculos rectos hacia la línea media. Se manifiesta como una protuberancia a lo largo de la línea alba con los esfuerzos. Es asintomática y no requiere ningún tratamiento, ya que mejorará con el crecimiento, al ir fortaleciendo progresivamente la musculatura abdominal.

Patología del ombligo

Granuloma umbilical

Nódulo benigno rojizo y friable formado por restos de tejido de cordón umbilical, que produce secreción

Tabla I. Patología del tronco. Calendario quirúrgico

Hernia umbilical	4 años
Hernia epigástrica	3 años
Hernia supraumbilical	3 años
Granuloma umbilical	Al diagnóstico
Patología del conducto onfalomesentérico	Al diagnóstico
Patología del uraco	Al diagnóstico
Politelia	Si lo solicita el paciente
<i>Pectus excavatum</i>	Adolescencia
<i>Pectus carinatum</i>	Adolescencia

serohemática no maloliente. Se pueden tratar con sal común 2 veces al día hasta su regresión completa o aplicando nitrato de plata (protegiendo la piel con apósitos o vaselina para evitar quemaduras). Se debe derivar a la consulta de Cirugía Pediátrica si persiste a pesar del tratamiento o en caso de dudas en el diagnóstico.

Patología del conducto onfalomesentérico

Fallo en la involución (parcial o completa) del conducto onfalomesentérico, que puede manifestarse como un ombligo húmedo con secreción maloliente, un pólipo, un quiste o seno umbilical, una fístula onfalomesentérica o como un divertículo de Meckel. Todos los casos se deben derivar a consulta de cirugía para estudio en el momento del diagnóstico.

Patología del uraco

Fallo en la involución (parcial o completa) del conducto uracal, que comunica la cúpula vesical con el ombligo. Puede manifestarse como un ombligo húmedo con salida de orina o debutar como un cuadro infeccioso. Derivar a consulta de cirugía al diagnóstico, para estudio y tratamiento quirúrgico.

Politelia

Presencia de pezones supernumerarios sin evidencia de tejido glandular acompañante, siguiendo las líneas mamarias. Altamente frecuente. No es necesaria la extirpación salvo que lo requieran los pacientes; en ese caso, intentar demorar la intervención a una edad en la que se pueda extirpar con anestesia local.

Anomalías de la pared torácica

Grupo variado de defectos que afectan a la caja torácica^(3,4) que normalmente están presentes al nacimiento pero, en ocasiones, se muestran por primera vez o se exacerbaban en la adolescencia. Recomendamos derivar en el momento del diagnóstico a una unidad de malformaciones torácicas para valorar el tratamiento conservador precoz (incentivar el deporte de tren superior de manera precoz o tratamientos con ortesis). En caso de precisar tratamiento quirúrgico, será a partir de la adolescencia.

Pectus excavatum

Malformación torácica consistente en un hundimiento cóncavo del esternón. Se podrán usar tratamientos no quirúrgicos, como la campana de vacío, que, en ocasiones, mejora e incluso corrige el *pectus*. Sin embargo, los mejores resultados se obtendrán con una intervención quirúrgica a partir de la adolescencia.

Pectus carinatum

Malformación torácica consistente en la protrusión del esternón, como consecuencia del sobrecrecimiento de los cartílagos costales. Su corrección ortopédica se inicia con corsé mientras la flexibilidad del tórax lo permita, obteniéndose excelentes resultados cuando tiene una buena indicación.

Patología del aparato genitourinario (Tabla II)

Embriología y fisiopatología: el proceso peritoneo-vaginal (PV) está presente en el feto a las 12 semanas. Hacia el 7º u 8º mes, al descender el testículo, arrastra

el proceso PV a través del canal inguinal hasta el escroto (labio). El segmento más distal del saco rodea el testículo, formando la túnica vaginal y el proximal se oblitera, eliminando la comunicación entre el escroto y la cavidad peritoneal. El momento exacto de la obliteración es desconocido. Al nacimiento, alrededor del 80 % permanecen permeables, disminuyendo durante el primer año de vida hasta el 20 % de procesos que permanecen permeables y asintomáticos en la edad adulta. La falta de obliteración del proceso PV es el principal factor en el desarrollo de las hernias congénitas y los hidroceles. El proceso PV permeable es una hernia potencial y se convierte en una hernia real solo cuando el intestino u otro contenido abdominal se introducen en él. *La diferencia entre una hernia congénita y un hidrocele es el diámetro del proceso y el contenido del saco.*

Hernia inguinal

Se define como la protrusión de vísceras abdominales a través de un proceso PV permeable en el canal inguinal. En general, el contenido del saco es intestino, aunque puede haber epiplón y, en las niñas, el ovario y la trompa de Falopio.

Se manifiesta como una masa en la región inguinal que se dirige hacia el escroto y aparece con los episodios de aumento de la presión intraabdominal: esfuerzos, llanto, tos, etc. Desaparece en reposo o con una compresión manual suave. En general, son asintomáticas, excepto cuando se incarceran. El diagnóstico es clínico y no son necesarias pruebas complementarias. **Todas las hernias inguinales deben ser reparadas una vez establecido el diagnóstico, ya que no regresan espontáneamente** y el riesgo de incarceración, sobre todo en los primeros meses de la vida, es alto.

Hidrocele

Acumulación de líquido en el escroto junto al testículo. Si está situado en el canal inguinal, se denomina hidrocele funicular o quiste de cordón. Se originan por el paso de líquido intraabdominal a través de una comunicación peritoneovaginal permeable. Distinguimos dos tipos de hidrocele en función de si la comunicación persiste al nacimiento. Si esta se cierra, hablamos de hidrocele no comunicante, el cual no

Tabla II. Patología del aparato génito-urinario. Calendario quirúrgico

Hernia inguinal	Al diagnóstico
Hidrocele	24-36 meses
Testículo no descendido	12 meses
Fimosis	4-5 años
Hipospadias	6-12 meses
Varicocele	Si sintomático/disminución volumen testicular
Himen imperforado	Antes de la pubertad

tiene cambios de tamaño y tiende a desaparecer lentamente. Es muy frecuente que se presente desde el nacimiento y, a menudo, es bilateral. En otras ocasiones, la comunicación permanece abierta y permite el paso de líquido hacia el escroto. En estos casos, lo llamamos hidrocele comunicante y suele aparecer súbitamente como un aumento escrotal, no doloroso, con transluminación positiva y, típicamente, la consistencia y tamaño del escroto son variables a lo largo del día. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque, en casos seleccionados, se puede apoyar en pruebas de imagen como la ecografía.

Indicaciones para la intervención⁽⁵⁾: en la mayoría de los hidroceles congénitos, la comunicación peritoneovaginal se cierra espontáneamente y el hidrocele se resuelve lentamente en los primeros 18-36 meses. A partir de esta edad tienen indicación quirúrgica. En caso de hidrocele muy grande o a tensión, se derivará antes a la consulta de cirugía.

Hidrocele adquirido o del adulto

Se produce típicamente a partir de la adolescencia y está generado por un exceso de producción de líquido o falta de reabsorción del mismo por parte de las cubiertas escrotales. Se trata de un hidrocele sin comunicación con la cavidad peritoneal y precisa tratamiento quirúrgico para su resolución.

Maldescenso testicular

Es la anomalía congénita más frecuente del tracto genitourinario en el varón. Lo más frecuente es que se manifieste de forma aislada, aunque en casos de testículos no palpables bilaterales o cuando se acompañe de signos

sugeres de desorden del desarrollo sexual (micropene, hipospadias severo, escroto bífido), será necesario valorar patología asociada y derivar al paciente a la consulta de endocrinología.

Se puede producir el descenso espontáneo del testículo durante los primeros 6 meses de vida. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basado en la exploración física. No están indicadas las pruebas de imagen rutinarias, aunque, en ocasiones, nos podemos apoyar en el uso de la ecografía para su localización o si sospechamos patología asociada. El tratamiento es quirúrgico y se debe realizar alrededor de los 12 meses de edad y siempre antes de los 18 meses. En los casos bilaterales se completará la corrección quirúrgica antes de los 2 años de edad⁽⁵⁾.

Testículos no palpables

Derivar a la consulta de Cirugía Pediátrica a partir de los 6 meses de edad. Tratamiento: exploración quirúrgica (inguinal y/o laparoscópica) y descenso a bolsa escrotal en el caso de presencia testicular, o extirpación de restos en el caso de atrofia o displasia.

Testículos palpables

- **Testículo ectópico:** localizado fuera de su recorrido normal de descenso al escroto (suprapúbico, femoral, perineal). Requiere tratamiento quirúrgico mediante orquidopexia alrededor del año de vida.
- **Testículo no descendido:** localizado a lo largo de su recorrido normal de descenso al escroto en el desarrollo embrionario (canal inguinal). Requieren tratamiento quirúrgico mediante orquidopexia alrededor del año de vida.

- **Testículo retráctil:** testículo que tiene la capacidad de ascender al canal inguinal por la acción de un reflejo cremastérico exacerbado, pero que se logra descender al escroto y se mantiene. Es una variante de la normalidad. Requiere observación mediante seguimiento anual hasta la pubertad. Un 30 % ascienden para convertirse en testículos no descendidos adquiridos. Solo en estos casos, está indicado el tratamiento quirúrgico y deberán ser derivados a la consulta de cirugía.

Quiste de epidídimo

Lesión quística benigna dependiente del epidídimo y localizada, con mayor frecuencia, en el borde superior escrotal que, en muchas ocasiones, es un hallazgo médico casual en la exploración física.

Muchos tienden a una resolución espontánea. Tendrán indicación quirúrgica aquellos que aumenten de tamaño o den síntomas.

Fimosis

Imposibilidad para la retracción del prepucio que impide descubrir el glande de manera parcial o total, debida a la estenosis o estrechez de la piel prepucial. Se considera fisiológica hasta los 3 años de edad, recomendándose evitar manipulaciones forzadas que puedan dar lugar a heridas o grietas que desencadenen lo que llamamos una fimosis cicatricial.

Su tratamiento está indicado a partir de los 5 años de edad. Las guías recomiendan, de inicio, el tratamiento tópico con corticoides a muy baja dosis: betametasona 0,05 % aplicado 2 veces al día sobre el prepucio estenótico con retracciones prepuciales no forzadas progresivas. No existe una pauta de tratamiento tópico establecida, aconsejándose realizar un ciclo de 6-8 semanas. Esta pauta tiene una tasa de éxito mayor del 80 %; aunque, en un porcentaje no desdeñable, pueden recaer, por lo que se aconseja la repetición del ciclo. Esta pauta de corticoide tópico no tiene efectos secundarios significativos y no aumenta los niveles de cortisol en sangre⁽⁵⁾.

En general, son indicaciones de tratamiento quirúrgico, la fimosis secundaria, cicatricial y aquella refractaria a

tratamiento tópico. Deberá valorarse, también, la indicación de intervención en episodios recurrentes de balanitis, infecciones de orina repetidas asociadas a patología urológica superior, como el reflujo vesicoureteral o ante episodios de parafimosis previas en el paciente⁽⁶⁾.

Es importante hacer la **distinción entre fimosis y adherencias balano-prepuciales**, que son un proceso fisiológico y que tienden a una resolución espontánea con la edad. Para el tratamiento de adherencias, no están indicadas las maniobras forzadas de despegamiento ni tampoco el tratamiento con corticoides tópicos.

Hipospadias

Anomalía congénita del pene que presenta una posición anómala del meato uretral en la cara ventral del mismo, asociado, en mayor o menor medida, a una incurvación peneana y, también, a una malformación prepucial con apertura ventral y aspecto “encapuchado”. Se debe derivar a Urología Pediátrica en el momento del diagnóstico, para una primera valoración y para proporcionar información a la familia de las posibilidades del futuro tratamiento quirúrgico que vaya a ser necesario en el paciente.

El momento de la corrección quirúrgica es un poco variable, en función del tipo y severidad del hipospadias y de la técnica que se vaya a utilizar, pero, en general, se recomienda una corrección temprana, alrededor del año de vida.

Sinequia vulvar

La definimos como una adherencia de los labios menores de la vulva que ocurre en niñas, sobre todo, menores de dos años y que tiende a una resolución espontánea con la edad.

Pueden ser parciales (la forma más frecuente de presentación) o completas.

Está indicado tratarlas en caso de sinequias completas que dificulten la higiene adecuada del introito vaginal y uretra para evitar complicaciones infecciosas, o en los casos de sinequias parciales cuando ocasionen síntomas miccionales o infecciones urinarias de repetición, siendo en los demás casos la actitud expectante. Se pueden utilizar como opción de tratamiento local cremas de estrógenos. También, está indicada la separación manual con ligera

tracción lateral de los labios bajo anestésico tópico en las niñas más pequeñas. En niñas mayores con difícil colaboración se realizará este procedimiento bajo anestesia general. Se aconseja la aplicación de vaselina posterior al desbridamiento de forma prolongada para evitar la recidiva.

Himen imperforado

Anomalía congénita derivada de la falta de perforación de la membrana himeneal durante el desarrollo embrionario que origina la obstrucción completa de la vagina. El diagnóstico se realiza mediante un cuidadoso examen físico, aunque, a veces, este se retrasa hasta edades tardías, que pueden debutar con cuadros de metrocolpos, dolor abdominal e, incluso, infecciones pélvicas. Requiere tratamiento quirúrgico antes de la pubertad.

Varicocele

Dilatación de las venas espermáticas que se pone de manifiesto, clínicamente, como una masa en la parte superior del escroto con aspecto de “bolsa de gusanos”. Es altamente frecuente. La mayoría de las veces es idiopático y se presenta en el paciente preadolescente. El diagnóstico clínico se confirma con una ecografía escrotal.

Es más frecuente en el lado izquierdo, como consecuencia del drenaje de la vena espermática izquierda a la vena renal y no directamente a la vena cava inferior, como en el lado derecho. Si aparece en el lado derecho o en niños más pequeños, hay que solicitar ecografía abdominal para descartar patología.

Con la sospecha diagnóstica, se debe remitir a la consulta de Urología Pediátrica para valoración. El tratamiento está indicado en los pacientes sintomáticos o que presentan una disminución del volumen testicular afectado. Existen diferentes modalidades terapéuticas (embolización selectiva de las venas espermáticas mediante radiología intervencionista o ligadura de las mismas mediante cirugía laparoscópica o cirugía abierta).

Cabeza y cuello (Tabla III)

Frenillos bucales

Son repliegues membranosos de la mucosa bucal.

Tabla III. Patología de la cabeza y cuello. Calendario quirúrgico

Frenillo sublingual	Al diagnóstico
Frenillo labial	Con dentición definitiva
Mucocele/Ránula	Al diagnóstico
<i>Hellix valgus</i>	5 años
Apéndice preauricular	Al año de vida
Fístula/fosita preauricular	Al año de vida
Quiste cola de ceja	A partir de los 6 meses
Quiste conducto tirogloso	Al diagnóstico
Quistes/fístulas branquiales	Al año de vida o antes, si sintomáticas
Fisuras labiopalatinas	3-5 meses labio 12 meses paladar
Quistes dermoides/pilomatrixoma	6-12 meses

Frenillo sublingual

El frenillo lingual es una membrana de tejido que une la lengua por la línea media de la parte inferior al suelo de la boca. El frenillo sublingual se considera patológico cuando es anormalmente corto o grueso y ocasiona dificultad para la movilización de la lengua, en cuyo caso hablamos de anquiloglosia (lengua anclada)^(7,8).

El tratamiento quirúrgico es la frenectomía y debe realizarse, únicamente, cuando exista un problema funcional de la lengua que ocasione sintomatología (problemas de succión en lactancia materna, problemas de pronunciación o higiene bucal...). **Debe realizarlo un cirujano pediátrico en un medio con recursos para hacer hemostasia si fuera necesario y con los medios adecuados para atender las posibles complicaciones, aunque estas sean infrecuentes.**

Frenillo labial superior

Se considera patológico cuando causa diastema (separación de los incisivos centrales superiores). Su sección se realizará cuando ocasione sintomatología, por indicación del especialista (maxilo-facial/Ortodoncista) y *tras la aparición de la dentición definitiva*.

Mucocele/ránula

Lesión que aparece en la mucosa de la boca debida al acúmulo de moco o saliva, como consecuencia más frecuente de la obstrucción del conducto

de una glándula salival. Su localización más frecuente es la mucosa del labio inferior y, si se localiza en el suelo de la boca, lo denominaremos ránula. Pueden desaparecer espontáneamente, pero si persisten, aumentan o son sintomáticas, recomendamos la extirpación quirúrgica.

Malformaciones auriculares

Orejas constreñidas

Hipoplasia del tercio superior del pabellón auricular que genera una oreja en asa o en copa. Lo más recomendable es la valoración especializada antes de los 6 meses de edad (óptimo antes del mes de vida); ya que, a veces, pueden moldearse siendo manejadas de manera no quirúrgica.

Hellix valgus

Malformación del desarrollo del pabellón auricular por un fallo en la formación del pliegue del antihélix, con o sin hipertrofia de la concha, que tendrá como consecuencia unas orejas despegadas. Se puede intentar un manejo conservador con moldeado entre los 0-6 meses de vida. A partir de los 5 años, se intervendrán quirúrgicamente cuando el paciente lo solicite, valorando previamente una interconsulta psicológica.

Apéndice preauricular

Prominencias pedunculadas procedentes del primer arco branquial situadas en la región preauricular. La indicación de extirpación quirúrgica es

estética y se realizará a cualquier edad a partir del año de vida. No es necesario solicitar ecografía renal de rutina.

Quistes y fístulas de cabeza y cuello

Fístula o fosita preauricular

Es una anomalía congénita de presentación uni o bilateral, en forma de pequeño orificio situado por delante de la oreja, que se continúa con una fístula de longitud y trayecto variables. Se origina debido al cierre defectuoso de los montículos de His en el desarrollo embrionario del pabellón auricular. Tienen tendencia a sobreinfectarse, por lo que se deben derivar al diagnóstico para seguimiento e indicación de tratamiento quirúrgico a partir del año de vida. No es necesario realizar ecografía de rutina.

Quistes de cola de ceja

Quiste de tipo dermoide y benigno, localizado en la mitad externa de la ceja. Se deben remitir al diagnóstico, en el caso de crecimiento rápido o quiste de gran tamaño que interfiera con la visión. Puede ser necesario realizar ecografía para valorar la erosión ósea. Suele demorarse la indicación quirúrgica a partir de los 6-12 meses para reducir el riesgo anestésico.

Quistes y fístulas en línea media facial

La localización más frecuente es en la raíz del dorso nasal y es necesario realizar prueba de imagen (RMN) para descartar extensión intracraneal.

Quiste de conducto tirogloso

Es un remanente del conducto tirogloso que se manifiesta, clínicamente, como un bulto en la línea media del cuello. Existe riesgo de infección frecuente. Se indicará la intervención quirúrgica en el momento del diagnóstico para evitar infecciones. Se debe solicitar ecografía cervical preoperatoria para confirmar, siempre, la existencia de tiroides y su localización.

Quistes y fístulas branquiales

Lesiones derivadas de las hendiduras branquiales embrionarias. Pueden ser asintomáticas o cursar con episodios de infección. Los más frecuentes son los derivados de la 2ª hendidura bran-

quial, localizados a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Los quistes y fístulas derivados de la 1ª hendidura son más raros y se localizan desde la región preauricular a submandibular, en estrecha relación con el nervio facial y la glándula parótida. Es preciso realizar ecografía cervical o RM para valorar sus relaciones anatómicas. Se derivará a consulta de Cirugía Pediátrica al diagnóstico para seguimiento. La extirpación puede indicarse a partir del año de vida. Se obtendrán mejores resultados quirúrgicos si se intervienen previamente a un episodio de infección.

Fisuras labio-palatinas

Malformación congénita derivada de la fusión incompleta de los procesos maxilar y nasomedial del embrión. Precisan de un tratamiento multidisciplinar, por lo que hay que derivarlos a la Unidad de Fisurados al diagnóstico. En función del tipo de fisura y del equipo quirúrgico, la edad de corrección será variable, pero, en general, se inicia a los 3-5 meses de edad para la reconstrucción del labio y la nariz, y alrededor de los 12 meses se realiza el cierre del defecto del paladar, extendiéndose si fueran necesarias otras intervenciones, incluso hasta la edad adulta. Es importante conocer que un tipo de fisura, la denominada como *fisura palatina submucosa*, puede pasar desapercibida en la exploración del recién nacido. Se debe sospechar si existe úvula bífida y defectos del habla. Hay que remitir a este tipo de pacientes en el momento del diagnóstico a una unidad especializada⁽⁹⁾.

Varios

Quistes dermoides

Quistes de elementos ectodérmicos situados debajo de la piel. Se derivarán a consulta de Cirugía Pediátrica a partir del año de vida para valorar su extirpación o, en el momento del diagnóstico, en niños de mayor edad.

Pilomatixoma

También llamado epiteloma calcificado de Malherbe, es un tumor benigno derivado de las células de la matriz pilosa. Es un bulto duro y de crecimiento lento que se encuentra debajo

de la piel. Es más común en el rostro y en el cuello, aunque puede aparecer en cualquier localización. Se indica la cirugía a partir del año de vida o, en el momento del diagnóstico, en niños mayores.

Uña encarnada

Suele afectar a pacientes adolescentes. Son fundamentales las medidas de higiene y prevención. El tratamiento se inicia con medidas locales de higiene y curas tópicas con antisépticos o antibióticos tópicos. Se realiza la intervención quirúrgica, si fracasa el tratamiento conservador. No está indicado tratamiento en neonatos y lactantes.

Extremidades

Sindactilia

Se define como una unión anormal entre dos o más dedos adyacentes^(10,11).

La intervención quirúrgica depende de la comisura que esté afectada. Se operará, antes del primer año de edad, la sindactilia entre el pulgar y el índice, debido a la adquisición de la función de la pinza. La sindactilia entre los dedos centrales (índice, corazón y anular) se puede retrasar hasta los 3 o 4 años para disminuir el riesgo anestésico y las complicaciones neurovasculares. La sindactilia de los dedos del pie suele ser asintomática, con repercusión únicamente estética, y no precisa tratamiento.

Polidactilia

- Preaxial: presencia de dedos supernumerarios en la zona preaxial o radial de la mano (también denominada polidactilia radial, duplicidad del pulgar o pulgar bífido). Todas las duplicidades del pulgar interfieren en la función de la mano y se benefician de una reconstrucción quirúrgica. Se realizará entre los 12 y los 18 meses de edad.
- Postaxial: es el tipo más frecuente y se caracteriza por la presencia de dedos supernumerarios en el lado cubital de la mano. Las que son pediculadas se pueden intervenir al nacimiento, con ligadura o clip, y las compuestas por un dedo bien formado se realizarán alrededor del año de vida.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito.

Bibliografía

1. De Diego EM, Tardáguila AR. Cirugía programada. Calendario quirúrgico. *Pediatr Integral*. 2014; XVIII: 760-6. Disponible en: https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2014/xviii10/05/n10-760-766_Regr-Bases_E.deDiego.pdf.
2. Cano I, Tordable C. Calendario quirúrgico en Pediatría. *An Pediatr Contin*. 2013; 11: 312-24.
3. Morató P, Souto H. Anomalías torácicas. *Pediatr Integral*. 2019; XXIII: 292-300. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-09/anomalias-toracicas/>.
4. Janssen N, Coorens NA, Franssen AJPM, Daemen JHT, Michels IL, Hulsewé KWE, et al. Pectus excavatum and carinatum: a narrative review of epidemiology, etiopathogenesis, clinical features, and classification. *J Thorac Dis*. 2024; 16: 1687-1701.
5. Riedmiller H, Androulakakis P, Beurton D, Kocvara R, Gerharz E; European Association of Urology. EAU guidelines on paediatric urology. *Eur Urol*. 2001; 40: 589-99.
6. Oneto A. Patología del prepucio. Fimosis. En: Salgueiro FO, Liberto DH, directores. Programa Nacional de Actualización en Cirugía Pediátrica 2014. Buenos Aires: ACACIP; 2014. p. 83-103.
7. Chinnadurai S, Francis DO, Epstein RA, Morad A, Kohanim S, McPheeters M. Treatment of Ankyloglossia for Reasons Other Than Breastfeeding: A Systematic Review. *Pediatrics*. 2015; 135: e1467-74.
8. Lisonek, M, Liu S, Dzakpasu S, Moore A: Changes in the incidence and surgical treatment of ankyloglossia in Canada. *Paediatr Child Health*. 2017; 22: 382-6.
9. Viñas MJ, Galiotto-Barba F, Cortez-Lede MG, Rodríguez-González MÁ, Moral I, Delso E, et al. Craniofacial and three-dimensional palatal analysis in cleft lip and palate patients treated in Spain. *Sci Rep*. 2022; 12: 18837.
10. Catena N, Gennaro GLD, Jester A, Martínez-Alvarez S, Pontén E, Soldado F, et al; EPOS Upper Limb Study Group. Current concepts in diagnosis and management of common upper limb nerve injuries in children. *J Child Orthop*. 2021; 15: 89-96.
11. Martínez S. Anomalías congénitas del miembro superior. *Ortopedia y Traumatología Infantil*. Ergon. 2015.