

# Trabajos presentados en el XXIII Congreso Venezolano de Gastroenterología Pediátrica

## RESÚMENES DE TRABAJOS ORALES

### 1- CALIDAD DE LA PREPARACIÓN INTESTINAL EN COLONOSCOPIA PEDIÁTRICA Y APLICACIÓN DE LA ESCALA DE BOSTON

Rojas G, Navarro D, Villarroel G, López K, Martínez T, Rodríguez L, Alonso L, Núñez C, Moya E, Belandria K. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, IVSS, Caracas, Venezuela

#### Resumen:

**Introducción:** La preparación intestinal en colonoscopia es un indicador de calidad, permite una evaluación óptima y detección de lesiones. Existen varias escalas empleadas en adultos ninguna estandarizada o validada en pediatría. **Objetivo:** evaluar la calidad de la preparación intestinal en colonoscopia pediátrica con la aplicación de la escala de Boston. **Pacientes y Métodos:** estudio prospectivo, descriptivo, transversal, no aleatorizado (enero 2020-julio 2021). Variables: edad, sexo, diagnóstico endoscópico, preparación intestinal con escala de Boston, tiempo de restricción dietética, laxantes e intubación cecal. **Resultados:** 40 niños, promedio de edad de  $4,81 \pm 2,30$  años, preescolares 72,50%, sexo masculino 27/40(67,50%). Diagnóstico endoscópico: Pólipo Rectal con y sin Hiperplasia Nodular Linfoide, colitis (diversa etiología) y Enfermedad inflamatoria intestinal. Se registró 23/40(57,50%) con limpieza intestinal adecuada, puntuación  $\geq 6$  puntos (excelente-buena); 17/40(42,5%) limpieza inadecuada,  $\leq 5$  puntos (mala-insuficiente). Restricción dietética durante 3 días se asoció a limpieza colónica adecuada en 18/23(78,26%),  $p=0.0488$ . El polietilenglicol con electrolitos fue recibido por 26/40 y manitol al 10% 14/40, no hubo diferencias entre tipo de laxante y limpieza intestinal,  $p=0.1004$ . Colonoscopia completa con intubación cecal 26/40 e incompleta en 14/40, diferencia significativa cuando se relacionó con limpieza adecuada,  $p=0.0001$ . La tasa global de intubación cecal fue 65%, pero cuando se asoció a limpieza intestinal adecuada ascendió a 91,30%. **Conclusión:** La calidad de la preparación intestinal es un factor clave en colonoscopia pediátrica y puede ser evaluada con escala de Boston. La limpieza adecuada mejoro la tasa de intubación cecal y estuvo asociada a mayor tiempo de restricción dietética, sin relación al laxante empleado.

### 2.- CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLOGICO, INCIDENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A INGESTIÓN DE SUSTANCIAS CÁUSTICAS EN NIÑOS

Martínez T, Navarro D, Núñez C, Alonso L, Rodríguez L, Rojas G, Villarroel G, López K, Moya E, Belandria K.

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, IVSS, Caracas, Venezuela.

#### Resumen:

**Introducción:** La ingestión de corrosivos en niños constituye un problema de salud pública, especialmente en países de bajos recursos y en menores de 5 años, con consecuencias devastadoras para la salud y calidad de vida. **Objetivo:** determinar las características clínico-epidemiológicas, incidencia y factores asociados a la ingesta de sustancias causticas en niños. **Pacientes y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal, enero 2017-junio 2021. Variables: edad/sexo, grupo etario, clínica; número de casos/año, características del producto (tipo, almacenamiento, uso, envasado), factores asociados (intervalo ingesta/atención, cantidad ingerida, uso de neutralizantes, maniobras, cuidador y nivel de instrucción), severidad de la esofagitis. **Resultados:** 125/11.808 niños, edad promedio  $30,46 \pm 19,43$  meses (rango:13m-7a), 60% lactantes y 57,6% varones; lo más frecuente sialorrea 48% y lesiones orales 32%. La incidencia acumulada general en 4 años y medio fue de 1,06 por cada 100 niños. El álcali, el producto más común en 94,4%, almacenado en la cocina (54,4%), envase no adecuado (90,4%) y de uso doméstico (86,4%). Los factores asociados: 72,8% no preciso la cantidad ingerida, usaron neutralizantes y maniobras 64% y 84% respectivamente, los niños al cuidado de los padres, con instrucción media (Bachillerato) cada uno 59,2%. La atención médica entre 6-12 horas post-ingesta en el 84%. La Esfagitis IIb en 48/125(38,4%), seguido de IIa en 31/125(24,8%). No se encontró diferencia estadística entre los factores y la severidad de la lesión. **Conclusión:** la ingestión de sustancia cáustica es prevalente en nuestro hospital, conocer las características demográficas, clínica y factores asociados son de importancia para una intervención preventiva en la población.

### 3.- COMPLICACIONES DE LA HEPATITIS AUTOINMUNE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Yurihelis Saveri, Sandra Neri, Daysmar Salazar, Maria Guerrero, Mariela Colina, Carlos Caraballo Hospital de Niños "J.M. De Los Ríos"

#### Resumen:

**Introducción:** La hepatitis autoinmune es una patología crónica inflamatoria y progresiva, de etiología desconocida y de evolución variable, que al no ser tratada oportunamente se

presenta con complicaciones por progresión de la enfermedad así como por el tratamiento recibido. **Objetivo:** Analizar las complicaciones asociadas a la hepatitis autoinmune en niños. **Métodos:** Se incluyeron 45 pacientes de 12 meses a 18 años, con diagnóstico de hepatitis autoinmune controlados en el servicio de gastroenterología del Hospital de Niños "JM de los Ríos" entre enero 2000 y diciembre 2020. Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo de corte transversal, con muestreo no probabilístico e intencional. Resultados analizados por medio de estadística descriptiva (media, desviación estándar, frecuencias y porcentajes). Se calculó la supervivencia estimada por curvas de supervivencia de Kaplan-Meier y prueba de Log-Rank. Se excluyeron pacientes con coinfecciones o comorbilidades hepáticas. **Resultados:** El 80% fue femenino. 37,8% debutó con cirrosis hepática y 26,7% con hipertensión portal. El tratamiento más indicado fue prednisona con azatioprina. El 100% presentó complicaciones por la patología (cirrosis hepática, hipertensión portal) así como por tratamiento (las más frecuentes hematológicas y endocrinas). 64,4% requirió hospitalización, 44,4% por hemorragia digestiva superior y neumonía (35,6%). La mayoría cumplió tratamiento irregular (64,4%), con mortalidad de 11,1%. **Conclusiones:** Se observó una alta tasa de complicaciones asociadas tanto a la enfermedad como al tratamiento, siendo las más graves la muerte y la cirrosis hepática. Por lo que se recomienda que los pacientes con hepatitis autoinmune sean identificados y seguidos de manera estricta para ser tratados oportunamente y así disminuir el riesgo de progresión y complicaciones de la enfermedad.

#### 4.- PÓLIPOS COLÓNICOS EN PEDIATRÍA: ¿SOLO PÓLIPO JUVENIL?

Caraballo-Guevara Carlos, González Ileana, Guerrero María, Salazar Daysmar, Saveri Yurihelis, Colina Mariela, Morao Cesar, Reymundez María, Gallardo Kristal, Neri Sandra. Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital de niños "JM de los Ríos", Caracas, Venezuela.

##### Resumen:

**Introducción:** A pesar de la naturaleza generalmente benigna de los pólipos colorrectales en niños, existe 3-5% de probabilidad de tener características adenomatosas. El síndrome de poliposis tiene mayor riesgo de neoplasias malignas. **Objetivo:** Identificar las características endoscópicas e histológicas de los pólipos colónicos en niños. **Materiales y Métodos:** Revisión de historias clínicas de pacientes de 0-18 años con diagnóstico de pólipo colónico, 2010-2020. **Resultados:** Total 112 pacientes, edad media  $6,40 \pm 2,98$  años; predominio masculino 55,36% (62/112). El 64,29% (72/112) pólipo único, 28,57% (32/112) pólipos múltiples y 7,14% (8/112) síndrome de poliposis. El 75,00% (84/112) presentaron pólipos juveniles, 11,61% (13/112) pólipos juveniles con cambios adenomatosos, 12,50% (14/112) adenoma tubular y 0,89% (1/112) pólipo hamartomatoso Peutz-Jeghers. El 85,71% de adenomas tubulares (12/14) y 53,84% (7/13) de pólipos juveniles con cambios adenomatosos se identificaron en pólipos únicos, con edad media de  $6,78 \pm 2,98$  años en adenomas

tubulares. **Conclusión:** Aunque predominaron pólipos juveniles únicos, no se puede desestimar la frecuencia de pólipos múltiples y síndrome de poliposis; además el hallazgo de cambios adenomatosos y adenomas tubulares predominantemente en pólipos únicos y porcentaje de adenomas tubulares mayor al esperado a una edad media de 6,78 años, con riesgo de degeneración en proceso maligno.

#### 5.- ANTÍGENO EN HECES E HISTOLOGÍA EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI.

Bastidas. G, Fajardo. D, Salazar. T, Alas. V, Mosquera. N, Marcano. A, Gonzalez P, Colina. N, Dimas. I, Ruiz. M, Rodríguez. M, Durán. O, Barreto. A. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo, Caracas. Venezuela.

##### Resumen

**Introducción:** El *Helicobacter pylori* (HP) se ha convertido en una carga importante para la salud pública en las últimas décadas; la prevalencia en niños mundialmente es del 44,3% y ha estado fluctuando rápidamente. Para el diagnóstico, se cuenta con múltiples métodos, tanto invasivos como no invasivos. No existe un gold standard definido, actualmente ha mejorado la detección de infección por HP en la histología, con sensibilidad y especificidad > 97% y 100%. Dentro de otros métodos de detección se encuentra el coproantígeno de HP con sensibilidad entre 48,9%-92,2% y especificidad varía 87%-94,4% considerándose una excelente alternativa diagnóstica por su sencillez, rapidez y economía. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. La población estudiada estuvo conformada por 287 pacientes con diagnóstico de infección por HP, de los cuales 60 cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** El sexo predominante fue el masculino 33(55%) y el grupo etario de 6 a 10 años 30 (50%), endoscópicamente, prevaleció en estómago la mucosa congestiva moderada en 47(78.33%), mientras en duodeno se igualó la mucosa nodular leve y moderada en 25 (41.67%), histológicamente en estómago la gastritis crónica fue 60 (100%), de tipo moderada con 40 (66.66%), la duodenitis crónica imperó en el 100% predominando leve 31 (51.66%). **Conclusión:** El diagnóstico definitivo se realiza con la histología de mucosa gástrica, sin embargo, el coproantígeno podría ser una buena herramienta para predecir la presencia de esta infección cuando no es accesible la endoscopia en vista de hallazgos encontrados en dicho estudio.

#### 6.- ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL, CARACTERIZACIÓN EN NIÑOS: UNA REVISIÓN DE VEINTE AÑOS.

Guerrero María Eugenia, González Ileana, Saveri Yurihelis, Salazar Daysmar, Caraballo Carlos, Colina Mariela, Magaly Rodríguez, Gallardo Kristal, Reymundez María Eugenia, Morao Cesar, Neri Sandra. Servicio de Gastroenterología Hospital de Niños "J.M. De Los Ríos"

##### Resumen:

**Introducción:** Enfermedad inflamatoria intestinal, entidad crónica, afecta el tubo digestivo en diferentes zonas y severidad, puede ser de inicio temprano en la niñez. En

Venezuela hay pocas publicaciones en pediatría. **Objetivo:** Conocer comportamiento clínico, endoscópico, histológico de la enfermedad en niños que acuden a nuestro servicio, centro de referencia nacional. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, ambispectivo desde enero 2001 a junio 2021. **Resultados:** De 77 pacientes con sospecha de Enfermedad Inflamatoria intestinal (EII), 28/77 (36%) fueron diagnosticados. 18/28 (64%) Colitis Ulcerosa (CU), 9/28 (25%) Enfermedad de Crohn (EC), 1/28 (4%) Colitis indeterminada (CI). Predominaron adolescentes 16/28 (57%). Nutrición normal 11/28 (39%). Manifestaciones en CU y EC: Diarrea (72%) y (88%), Rectorragia (100%) y (66%), Pérdida de peso (33%) y (66%) respectivamente. Hallazgos endoscópicos CU y EC: Pérdida del patrón vascular: 17/18 (94%) y 4/9 (44%), Úlceras: 14/18 (77%) y 6/9 (66%), Friabilidad de la mucosa: 11/18 (61%) y 6/9 (66%) respectivamente. Histología CU: Disminución de células Caliciformes (66%), Criptitis (88%), y material fibro-hemático-leucocitario (50%). EC: Predominó proceso inflamatorio que traspasa la muscular de la mucosa (55%), ulceración (55%), criptitis (55%). **Conclusión:** Son pocos los casos de EII en la institución, menor que lo reportado en otros países, con manifestaciones similares. Se requiere de alto índice de sospecha en nuestra región por diversas patologías con presentación similar.

## 7.- ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EN ESTENOSIS ESOFAGICAS REFRACTARIAS EN NIÑOS.

Salazar. T, Marcano. A, Bastidas. G, Mosquera. N, Alas. V, González. P, Colina. N, Fajardo. D, Dimas. I, Ruiz. M, Rodríguez. M, Durán. O, Barreto. A.  
 Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo, Caracas. Venezuela.

### Resumen:

**Introducción:** La estenosis esofágica refractaria está caracterizada por un estrechamiento intrínseco del esófago cuando posterior a cinco sesiones de dilataciones, con un máximo de 4 semanas de intervalo entre ellas, ocasiona disfagia y la subsecuente pérdida de peso. Esto afecta la calidad de vida del paciente y de la familia, siendo un problema de salud pública. El manejo conservador se prefiere antes de la cirugía, y existen opciones endoscópicas terapéuticas más avanzadas cuando la respuesta al tratamiento dilatador convencional no es favorable. Se han empleado: Mitomicina C, Triamcinolona intralesional, terapia de incisión (IT knife, esfinterotomo de arco, entre otras), plasma rico en plaquetas; que al ser combinado con dilatación se ha obtenido tasa de éxito variable. **Pacientes y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo. La población estuvo conformada por 109 pacientes con estenosis esofágica, de los cuales 25 cumplieron con criterios de inclusión. **Resultados:** La edad preescolar fue la más afectada con 48,62%, predominando el sexo masculino. La etiología causal más frecuente fue por ingesta de sustancia cáustica, con 101 pacientes (92,66%). Las terapias alternativas más utilizadas en pacientes con estenosis esofágica con comportamiento refractario fueron: Mitomicina C 18(72%) seguida por, terapia de incisión (IT knife, esfinterotomo de arco), 2(3,84%) y por último, plasma rico en plaquetas 2(3,84%). **Conclusiones:** Las estenosis esofágicas refractarias representan un desafío para el endoscopista, por lo que se deben tener presentes estas alternativas terapéuticas que prometen ser innovadoras y favorables para la evolución del

paciente, en la disminución del número de sesiones de dilatación y prevención de la disfagia.

## 8.- HISTOPATOLOGÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI REFRACTARIOS AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON LA REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA

Alas. V, Dimas. I, González. P, Salazar. T, Bastidas. G, Marcano. S, Mosquera. N, Colina. N, Rodríguez. M, Fajardo. D, Ruiz. M, Durán. O, Barreto. A.  
 Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo, Caracas. Venezuela.

### Resumen:

**Introducción:** La infección por *Helicobacter pylori* se considera un problema de salud pública. La resistencia de antimicrobianos es una de las principales causas de fracaso del tratamiento, originando refractariedad. El método "gold standard" para la detección de infecciones la toma de muestra de mucosa gástrica para histología, cultivo y antibiograma, permitiendo seleccionar un esquema de tratamiento adecuado. La reacción de cadena de polimerasa de tejido gástrico puede detectar genes asociados con virulencia principalmente *cagA*, *VacA*, entre otros. **Objetivo:** Relacionar hallazgos histopatológicos con los hallazgos de la reacción de cadena de polimerasa para genes *vacA* y *cagA* positivos en pacientes pediátricos con diagnóstico de infección por *Helicobacter Pylori* refractarios al tratamiento, atendidos en la unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Hospital Militar Universitario "Dr. Carlos Arvelo" en el periodo Enero 2016 Agosto 2021. **Pacientes y Métodos:** Estudio documental, retrospectivo de 10 pacientes con diagnóstico de infección por *Helicobacter Pylori* refractarios al tratamiento, a quienes se le realizó en mucosa gástrica estudio histológico y reacción de cadena de polimerasa. **Resultados:** Predominó sexo masculino 80%, adolescente 70%. Los hallazgos histopatológicos más frecuente fue la úlcera gástrica 70%, el tratamiento más empleado amoxicilina/metronidazol/Omeprazol 50%. En cuanto a reacción de cadena de polimerasa predominó gen *CagA* positivo 70%, con antecedentes de 3 tratamientos previos a la realización de reacción de cadena de polimerasa en 50%. **Conclusión:** Existe mayor compromiso inflamatorio de la mucosa gástrica, asociado a gen de virulencia *cagA* positivo, que pueden predisponer aparición de enfermedades gástricas graves a largo plazo.

## RESÚMENES DE POSTERS

### 1.- PERFORACIÓN ESOFÁGICA POR BATERIA TIPO BOTÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Salazar. T, Bastidas. G, Alas. V, Fajardo. D, Dimas. I, Ruiz. M, Colina. N, Mora. R, Rodríguez. M, Durán. O, Barreto. A.  
 Hospital Militar Universitario Dr. Carlos Arvelo. Caracas-Venezuela.

**Resumen:**

La ingesta de cuerpos extraños (CE) en niños es uno de los escenarios clínicos más difíciles para los gastroenterólogos pediatras, constituye una verdadera emergencia. Cuando una batería tipo botón se aloja en esófago es potencialmente fatal por su elevado riesgo de ocasionar rápidamente necrosis por licuefacción y perforación esofágica; también se ha descrito fístula traqueoesofágica, estenosis, parálisis de cuerdas vocales, lesión del nervio laríngeo, mediastinitis, neumotórax y fístula aortoentérica; es por ello que se considera indicación inmediata para endoscopia. Se describe la experiencia clínica y terapéutica en un niño con ingesta de batería tipo botón. Preescolar de 6 años de edad, masculino, previamente sano, quien posterior a ingesta accidental de CE (padres refieren tipo moneda) presenta sensación de ahogo, sialorrea y a las 18 horas post-ingesta es evaluado en emergencia pediátrica, se realiza radiología de cuello y tórax en proyección antero-posterior (AP); imagen redondeada radiopaca a nivel de 1/3 superior esofágico con signo de doble halo, sugestiva de batería de botón. Se hace endoscopia digestiva superior con extracción de la misma; presenta signos clínicos de enfisema correspondiente a perforación esofágica. Paciente evoluciona de manera satisfactoria con manejo conservador.

## 2.- ESOFAGITIS CÁUSTICA IIB: EFICACIA DE HIDROCORTISONA ORAL CON SUCRALFATO EN PREVENCIÓN DE ESTENOSIS. REPORTE PRELIMINAR.

Rodríguez L, Navarro D, Villarroel G, Martínez T, Rojas G, Alonso L, Núñez C, López K, Moya E, Belandria K.

Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Dra. Georgette Daoud. Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, IVSS, Caracas, Venezuela.

**Resumen:**

**Introducción:** el desarrollo de estenosis esofágica es frecuente en esofagitis cáustica IIB. Corticoesteroides deglutidos han sido empleados en esofagitis eosinofílica, epidermolísis bullosa y resección submucosal endoscópica para disminuir inflamación y fibrosis. **Objetivo:** evaluar la eficacia de hidrocortisona oral con sucralfato en la prevención de estenosis en niños con esofagitis cáustica IIB. **Pacientes y método:** estudio ambispectivo, descriptivo, transversal, comparativo, no aleatorizado, enero 2019-mayo 2021. Grupo A: hidrocortisona-sucralfato, grupo B: sucralfato. Todos recibieron antibióticoterapia, inhibidores de bomba y esteroide endovenoso. Variables: edad, sexo, tipo de cáustico, clínicas, uso de neutralizantes, aparición de estenosis y tipo, índice de dilatación (ID). **Resultados:** grupo A, 7 niños, edad 1,4±0,4949 años, 71,43% masculino, todos ingirieron álcalis. Grupo B: 10 pacientes, edad 2,8±1,0707años, 70% femenino, 80% ingesta de álcalis. En ambos fue frecuente vómitos y lesiones orales, neutralizante utilizado leche o aceite. Seguimiento (6 meses): grupo A, 5/7(71,42%) sin desarrollo de estenosis esofágica y 2/7(28,57%) estenosis esofágica, una compleja y otra simple; grupo B, 9/10 (90%) estenosis, 77,8% complejas; una diferencia significativa entre los grupos,  $p=0,0345$ . En el grupo A,

dilataciones esofágicas durante 4 meses, ID=2,4 sesiones/mes±0.099 y grupo B: 10,77 meses (rango:6-14), ID=3,37±0.8839, sin diferencia entre los grupos,  $p=0.156$ . Resolución de estenosis solo con dilataciones en grupo A y triamcinolona intralesional adicional en grupo B. Un paciente del grupo A, candidiasis esofágica. **Conclusión:** la mezcla hidrocortisona oral con sucralfato es eficaz y segura en la prevención y resolución temprana de estenosis esofágica en esofagitis cáustica IIB, de bajo costo y sin efectos adversos graves.

## 3.- PÓLIPO VESICULAR EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Daysmar Salazar, Cesar Morao, Francisco Mota, Yurihelis Saveri, María Guerrero, Carlos Caraballo, Mariela Colina, María Reymundez, Sandra Neri, Ileana Gonzalez, Krystal Gallardo Hospital JM De Los Ríos.

**Resumen**

Los pólipos de vesícula biliar son lesiones que sobresalen hacia la luz como resultado de la proliferación de la mucosa biliar, son de etiología desconocida, raros en la infancia, en adultos la incidencia es de 0,3 a 12,3% sin embargo, solo el 5% se considera con potencial maligno; los síntomas son inespecíficos. Histológicamente se pueden clasificar como pseudopólipos, verdaderos pólipos, que incluyen los adenomas y adenocarcinomas, son benignos con potencial maligno. El estudio de elección para el diagnóstico es la ecografía. Reportamos un caso de escolar femenina de 11 años que cursa con elevación de alanina aminotransferasa (ALT) en laboratorios de rutina, se realiza ecosonograma abdominal evidenciándose imagen ecogénica en vesícula biliar. Es intervenida quirúrgicamente realizándose colecistectomía retrograda abierta, la histopatología demuestra la presencia de adenoma tubular vellosos. Series publicadas avalan que este tipo de pólipo puede evolucionar hacia la malignidad. Los pólipos malignos son generalmente más grandes que los benignos, el tamaño del pólipo es el principal factor de riesgo, un diámetro de 10 mm, aumenta el riesgo de malignidad. El cáncer de vesícula biliar es la quinta patología maligna más frecuente del tracto gastrointestinal en Estados Unidos, el adenoma tiene un riesgo de 7% de desarrollar cáncer, más comúnmente el adenoma tubulovellosos, el cual tiene una incidencia de 0,38%, y es considerado como una lesión premaligna. El motivo por el cual se presenta este caso es su baja frecuencia y la controversia que se genera en lo que al tratamiento de elección se refiere, por su relación con el cáncer de vesícula.

## 4.- DISTENSIÓN ABDOMINAL COMO EXPRESIÓN DE FETUS IN FETU

Yurihelis Saveri, César Morao, Francisco Mota, Johanny Freites, Eduardo Alliegro, Daysmar Salazar, Maria Guerrero, Mariela Colina, Carlos Caraballo

Hospital de Niños "J.M. De Los Ríos"

### Resumen:

**Introducción:** El fetus in fetu (FIF) es una anomalía congénita excepcional y poco frecuente. Su sitio más común de formación es la cavidad abdominal, en el área retroperitoneal en el 80% de los casos. La principal manifestación clínica es la distensión abdominal. **Caso clínico:** Lactante menor masculino de 10 meses, con distensión abdominal, no postprandial de 4 meses de evolución, sin dolor abdominal, vómitos ni otros concomitantes. Al examen físico abdomen distendido, circunferencia abdominal 57 cm, ruidos hidroaéreos presentes, depresible, no doloroso, se palpa masa de superficie irregular, móvil, no dolorosa, que abarca todo hemiabdomen derecho. Hematología completa normal y coproanálisis negativo. Se realiza ultrasonido abdominal donde se evidencia imagen anecoica de gran tamaño subhepática, de aspecto quístico que se extiende hasta fosa iliaca derecha y sobrepasa discretamente línea media, observándose en el interior del mismo, imagen de forma simétrica, ecomixta, redondeada, que en corte longitudinal se visualiza delgada con bordes ecogénicos y centro anecoico de aspecto sólido (óseo). **Diagnóstico:** Fetus in fetu. Se realiza laparotomía exploradora: exéresis total de lesión ocupante de espacio (LOE) intraabdominal con anatomía patológica que reporta Feto masculino semiformado. Presencia de intestino medio y posterior. Vértebras lumbares y sacras. Miembros inferiores rudimentarios. **Conclusión:** El fetus in fetu es una patología infrecuente que se puede presentar en la edad pediátrica, que supone un reto diagnóstico pero que debe ser sospechada ante la presencia de un lactante con distensión abdominal y masa palpable, siendo el ultrasonido abdominal un método de diagnóstico por imágenes seguro, no invasivo, de bajo costo y fácilmente reproducible, que brinda excelentes resultados cuando es realizado por un operador entrenado. Este caso se trata del primero reportado en la literatura en Venezuela.