



Viernes 14 de febrero de 2020

Seminario:

Diagnóstico visual en patología quirúrgica

Moderadora:

Paloma de la Calle Tejerina

Pediatra. CS Torres de la Alameda. Madrid.

Coeditora de la web EnFamilia de la AEP. Vocal

de Docencia de la AMPap.

Ponente/monitor:

■ **Juan Elías Pollina**

Servicio de Cirugía Pediátrica.

Hospital Quirón. Zaragoza.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Elías Pollina J. Diagnóstico visual en patología quirúrgica. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 95-105.



Comisión de Formación Continuada
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Diagnóstico visual en patología quirúrgica

Juan Elías Pollina

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Quirón. Zaragoza.

jeliaspollina1@gmail.com

RESUMEN

Hay una serie de lesiones (quiste dermoide, frenillo vestibular, frenillo lingual, orejas aladas, apéndices preauriculares, fístulas preauriculares, hendidura cervical media, linfagioma quístico cervical, fístulas y quistes branquiales, quistes del conducto tirogloso, politelia, *pectus excavatum*, *pectus carinatum*, hernia umbilical, hernia epigástrica, granuloma umbilical, hernia inguinal, hidrocele, criptorquidia, varicocele, fimosis, sinequia vulvar, himen imperforado, hidrometrocolpos, quistes de Skene, prolapso de uretra, carúnculas himeneales, rabdomiosarcoma, lesiones anales, etc.), cuyo diagnóstico es esencialmente visual y con un tratamiento que puede ser quirúrgico. Se plantean sus características para el diagnóstico clínico y se indica si el tratamiento debe ser quirúrgico, cuál es el adecuado para cada una de ellas, así como el momento idóneo de intervención*.

* Nota del autor: este es el resumen de un seminario eminentemente práctico que se basa en el examen visual de una serie de lesiones frecuentes, relativamente superficiales, que requieren, como máximo, una buena exploración manual para llegar a su diagnóstico. Este seminario se realizó los años 2011, 2012 y 2013 por lo que el texto, con pocas variaciones, y las imágenes pueden encontrarse también en los libros de la reunión de 2011, 2012 y 2013¹. También existe un trabajo muy parecido, resumen de una conferencia sobre el mismo tema².

DIAGNÓSTICO VISUAL

Cuando el pediatra ve una lesión cuya solución puede ser quirúrgica, lo que ocurre con mayor frecuencia de lo que parece, se plantea fundamentalmente cuatro preguntas: ¿qué es? ¿hay que operarlo? ¿cuándo debo remitirlo al cirujano? y ¿qué le digo a la familia? Ahora repasaremos algunas patologías frecuentes e intentaremos responder a las cuatro preguntas, basándonos solo en el aspecto de la lesión y en su exploración clínica intentando huir al máximo de las pruebas complementarias. Prácticamente todos los diagnósticos de este seminario pueden hacerse a nivel de Atención Primaria sin más recursos que la vista, las manos y una adecuada exploración.

Cabeza

Tumoración redondeada, bien delimitada, relativamente móvil, en la parte interna o, con mayor frecuencia en la parte externa de la ceja: se trata probablemente de un **quistes dermoide** de "cola de ceja", que irá creciendo lentamente. A veces a los padres les da la sensación de que ha aparecido bruscamente, ya que antes estaba casi por debajo del arco superciliar y al crecer aparece bruscamente por encima, protruyendo en la zona de la ceja. Lo aconsejable es la exéresis programada y sin prisas. Los quistes dermoides, siempre redondeados, indoloros, móviles y de crecimiento lento, pueden encontrarse en todas las "zonas de sutura" y en toda la línea media (por ejemplo, cuello y ombligo). No recidivan si se extirpa la cápsula.

Frenillo vestibular o labial: es un frenillo normal, que algunas veces es un poco corto y grueso, lo que no tiene importancia clínica si no produce diástasis de los incisivos superiores, con una zona de inserción alveolar gruesa que puede fijar demasiado el labio superior. En este caso puede ser preciso realizar una plastia de ampliación del frenillo (a veces para facilitar la colocación de algún aparato de ortodoncia) así como desinsertar la banda fibrosa entre incisivos que dificulta su aproximación. Esta intervención hay que realizarla a partir de los 6 años, cuando ya han irrumpido los incisivos definitivos -tanto el primero como

el segundo e incluso esperar a la aparición de los caninos-, y no antes, ya que existe la posibilidad de corrección espontánea.

Frenillo sublingual: suele ser muy fino y si es realmente corto, puede seccionarse en el periodo neonatal, ya que tiene poca vascularización. Es muy raro que dé trastornos en la ingestión de alimentos. Si es más grueso y produce retracción de la lengua, evitando su movilidad normal, puede alterar la pronunciación de las consonantes palatinas "r" y "l". En este caso se debe realizar una plastia de liberación³. Recientemente se ha propuesto también la escisión del frenillo sublingual mediante láser Nd:YAG, con buenos resultados⁴.

Orejas aladas: suelen ser bilaterales, aunque la afectación no sea igual en ambas. No solo hay que considerar el despegamiento, sino también la desestructuración del hélix y el antihélix, que pueden deformar el pabellón auricular. Su único problema es estético. De ser necesaria la intervención para corregir el despegamiento del pabellón auricular y además dar una forma lo más normal posible al hélix, el momento más adecuado es alrededor de los 6 años, cuando el cartílago ya es más grueso y resistente. El resultado estético postquirúrgico suele ser bueno, aunque es posible que ambos pabellones auriculares no queden completamente simétricos.

Apéndices preauriculares (Figura 1): son pequeñas tumoraciones cutáneas junto al trago, en general, con cartílago en su interior. Pueden ser únicos o múltiples y uni- o bilaterales. Solo tienen repercusión estética. Su tratamiento es la exéresis quirúrgica. Cuanto antes se realice, menos cicatriz residual quedará, aunque no suelen dejar cicatrices antiestéticas.

Fístulas preauriculares (Figura 2): trayectos fistulosos que desembocan por delante del pabellón auricular. Son residuos de la 1.ª o la 2.ª hendidura branquial y a veces terminan en un fondo de saco quístico. Pueden infectarse, lo que dificultará su exéresis quirúrgica. Lo ideal es intervenirlos en los primeros años de vida, antes de que se produzca ninguna infección.

Figura 1. Apéndice preauricular**Figura 2.** Fístula preauricular

Cuello

En el cuello hay una gran cantidad de patología tanto congénita, aunque a veces sea de aparición clínica tardía, como adquirida.

En la línea media puede aparecer una especie de cicatriz fibrosa, un poco retráctil, que se extiende varios centímetros; se trata de la **hendidura cervical media (Figura 3)**, que es más un defecto estético, a veces alarmante, que funcional, y se debe probablemente a la fusión incompleta de los arcos branquiales en la línea media. Su solución es quirúrgica mediante la extirpación y una plastia de elongación.

La malformación linfática (Figura 4): se presenta como una tumoración relativamente blanda, a veces no muy bien delimitada, de tamaño variable, laterocervical. En general su diagnóstico es prenatal. Su tamaño es muy variable, desde pequeñas tumoraciones que pasan desapercibidas al nacimiento y luego crecen haciéndose visibles y palpables hasta los linfangiomas quísticos gigantes que pueden desplazar estructuras cervicales

Figura 3. Hendidura cervical media

Figura 4. Malformación linfática

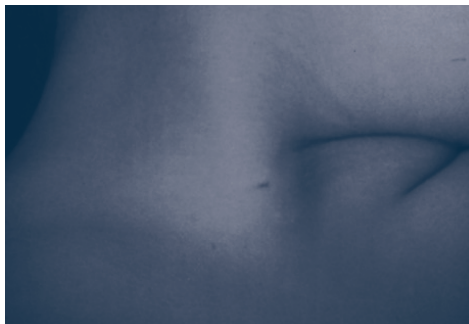


importantes, afectando todo el suelo de la boca y pudiendo producir graves trastornos respiratorios ya en el periodo neonatal. Por lo tanto, son el tamaño y la localización lo que condicionará su clínica. Su regresión espontánea es rara, así como también es muy rara su malignización. El tratamiento es quirúrgico, a veces en varias intervenciones, o mediante sustancias esclerosantes. Existe la posibilidad de recidiva local.

Las malformaciones linfáticas pueden aparecer en otras muchas localizaciones (tórax, axila, espalda, etc.) y sus características clínicas son siempre las de una tumoración blanda, relativamente delimitada. Su tratamiento de elección es quirúrgico, aunque pueden hacerse ensayos con sustancias esclerosantes.

Las **fístulas (Figura 5) y quistes branquiales**, son restos embrionarios de las hendiduras branquiales, siendo los más frecuentes los de la 2.ª hendidura. Pueden tener una fístula cuyo orificio está en el borde anterior del esternocleidomastoideo (ECM), que a veces es difícil de ver en el

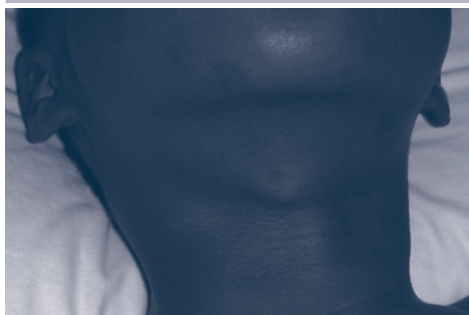
Figura 5. Fístula branquial



periodo neonatal, por el que sale un líquido transparente. Estas fístulas se extienden desde el orificio cutáneo hasta la región de la fosa amigdalal pasando por la bifurcación de las carótidas. Los quistes, que se localizan también por delante del borde anterior del ECM no suelen estar presentes en el periodo neonatal, apareciendo a veces varios años después. Según su tamaño es necesario hacer el diagnóstico diferencial con las malformaciones linfáticas y con otras patologías mucho más raras como los timomas. Tanto en el caso de las fístulas como en el de los quistes, el tratamiento es quirúrgico.

En la línea media del cuello pueden aparecer varios tipos de tumoraciones, siendo los tres más frecuentes los ya mencionados quistes dermoides, las adenopatías⁵ y el **quiste del conducto tirogloso (Figura 6)**. Este último se localiza a lo largo del conducto tirogloso,

Figura 6. Quiste en el conducto tirogloso



que va desde la base de la lengua hasta la escotadura supraesternal; suele ser indoloro, bien delimitado, redondeado y asciende con los movimientos deglutorios, ya que está unido al hueso hioides por un trayecto fistuloso. Su tratamiento es la extirpación quirúrgica, en primer lugar para evitar su sobreinfección y fistulización posterior, lo que es relativamente frecuente, y en segundo lugar dadas las posibilidades de malignización que tiene a partir de la 3.^a-4.^a década de la vida⁶.

Tórax

En el tórax hay una serie de lesiones cutáneas cuyo diagnóstico visual es muy fácil, como la **politelia** o mamilas supernumerarias. Se encuentran en un trayecto desde la región axilar hasta la ingle. Parecen desde una mamila completamente desarrollada con su areola, hasta lesiones mínimas, que pueden confundirse con un pequeño nevus. Si son muy pequeñas, en el varón pueden dejarse, pero en las niñas, en especial si hay areola o tejido mamario debajo, deben extirparse ya que en la pubertad puede desarrollarse el tejido mamario que contienen.

La **ginecomastia** es de diagnóstico visual inmediato y debe tratarse siempre que produzca problemas estéticos.

Las alteraciones de la pared torácica, como el **pectus excavatum** (deformidad por depresión en la pared anterior del tórax, simétrica o asimétrica) o el **pectus carinatum** (deformidad protrusiva, simétrica o asimétrica) son de fácil diagnóstico visual. Son deformidades poco fáciles de sistematizar dada la gran variedad de alteraciones tanto costales como esternales que tienen; por lo tanto su presentación clínica puede ser muy distinta dentro del mismo tipo de deformidad. Suelen ir en aumento con la edad. Se aconseja la práctica de deportes que refuercen la cintura escapular y la musculatura torácica (natación), aunque muchos de ellos precisarán tratamiento quirúrgico (a partir de los 8-10 años) por problemas estéticos o, en el caso del **pectus excavatum** grave, por causar trastornos respiratorios restrictivos o cardíacos al ocupar el mediastino y desplazar al corazón.

Abdomen

En la pared abdominal la lesión más frecuente es la **hernia umbilical**. Hay que tener en cuenta que más de la mitad de las hernias umbilicales cerrarán solas antes de los 4 años de edad, por lo tanto, no está indicada su intervención precoz. Además, es extremadamente rara la incarceration y la estrangulación de estas hernias.

La **diástasis de los rectos anteriores del abdomen** es debida a que no se han unido en su parte central y dejan una zona de debilidad por debajo de la línea alba, que pasa desapercibida con el niño tumbado o en bipedestación, pero que se aprecia como una tumoración alargada cuando pasa de decúbito a intentar sentarse. Suele mejorar con el tiempo y no requiere ningún tipo de intervención quirúrgica.

En el ombligo pueden aparecer otras tumoraciones, como los ya citados **dermoides**. En el periodo neonatal los **granulomas**, que aparecerán al poco de la caída del cordón y son una reacción granulomatosa a la cicatriz umbilical. Pueden segregar un poco de líquido sanioso. Los dermoides deberán intervenir quirúrgicamente y los granulomas suelen reducirse bien con toques de nitrato de plata y si no se consigue su desaparición total, deben researse.

La presencia de un orificio central en el ombligo por el que sale orina es sugestivo de una malformación rara, el resto del **uraco**, que deberá ser intervenido. Si la excreción es de un líquido verdoso o marrónáceo, también rara, habrá que pensar en la **fístula onfalo-entérica**, que requiere, evidentemente, una intervención quirúrgica para su resección. Estas dos patologías son muchísimo más raras que el granuloma umbilical, por lo que la exploración de estos ombligos deberá ser enormemente cuidadosa para no inducir a alarma familiar. Lo más frecuente es que la secreción umbilical se deba o a una infección o simplemente a que después del baño, quedan pequeñas cantidades de agua jabonosa dentro del ombligo que no son secadas adecuadamente y producen un poco de inflamación en la delicada pared umbilical que acaba por tener una reacción eczema-

tosa. Lo adecuado es secar bien el ombligo y curarlo con toques de alcohol de 70°.

Por encima del ombligo, y en toda la línea media puede aparecer una tumoración blanda, que puede ser dolorosa al tacto, con sensación de lipoma, pero que a veces se reduce; se trata de una **hernia epigástrica**. Así como las hernias umbilicales pueden evolucionar a la curación espontánea, las hernias epigástricas casi nunca se resuelven solas y requieren tratamiento quirúrgico, para cerrar el orificio herniario (fallo en la fascia de la línea alba) y extirpar el frecuente lipoma preherniario que presentan.

Región inguinal

En la región inguinal el principal reto es el diagnóstico diferencial entre la hernia inguinal, el hidrocele y el quiste de cordón en el niño y el quiste de Nuck en la niña. Tanto el hidrocele como el quiste de cordón se transiluminan de forma manifiesta. Aquí cabe destacar que algunos tumores testiculares, también se transiluminan con cierta intensidad y a veces es difícil establecer un diagnóstico diferencial, si bien, la clínica, la edad, el tacto y la consistencia son distintos.

La aparición de una tumoración por el orificio inguinal superficial, causada por un aumento de la presión intraabdominal, ya sea un esfuerzo, tos, risa, defecación, etc. y que va desde una pequeña tumoración ("punta herniaria") hasta una masa que ocupa todo el escroto o rellena parte del labio mayor, es sugestiva de **hernia inguinal**. La tumoración suele ser reductible, aunque puede reaparecer con facilidad. Hay que enseñar a los padres a reducir la hernia teniendo en cuenta que la reducción de la hernia es una cuestión de habilidad y no de fuerza. El tratamiento es siempre quirúrgico, siendo urgente en los casos de hernia estrangulada. En las niñas, la hernia puede contener una masa dura, móvil, dolorosa al tacto, que es el ovario, que puede encarcerarse o estrangularse. En este caso, la intervención también debe ser urgente para evitar la lesión del ovario o de los anejos. La recidiva herniaria es rara, aunque puede darse con más facilidad en pacientes prematuros, en las grandes hernias o si se ha abierto el saco inadvertidamente durante la disección⁷.

Un planteamiento que se ha hecho es si es preciso intervenir de ambos lados a los pacientes que presentan una hernia inguinal unilateral. En un reciente trabajo, parece que esto solo sería aconsejable en los pacientes en los que la hernia ha aparecido por debajo de los 2 meses de edad⁸.

El **hidrocele**, el **quiste de cordón** (en el niño) y el **quiste de Nuck**, (en la niña) son una colección de líquido en alguna parte del trayecto del conducto inguinal. Suele ser liso a la palpación, bien delimitado y se transilumina perfectamente (**Figura 7**). El hidrocele comunicante, el más frecuente, es de tamaño variable, mayor por la noche que por la mañana, dado el paso de líquido a través de la comunicación durante la actividad diaria. En el neonato y el lactante pequeño, a veces el hidrocele es simplemente residual y desaparece en unos pocos meses. Otras veces puede ser reaccional a un traumatismo, un tumor o una intervención de varicocele. En estos casos el antecedente y la clínica nos orientarán el diagnóstico. Excepto en los casos secundarios a un tumor, se puede hacer un tratamiento expectante durante unos meses, ya que a veces desaparecen espontáneamente, en especial los residuales, sin embargo, si pasados unos meses no ha desaparecido, es manifiestamente comunicante o el hidrocele se convierte en un hidrocele a tensión, es aconsejable la exéresis quirúrgica.

Si la tumoración en vez de aparecer a partir del orificio inguinal superficial aparece justo en el pliegue ingui-

Figura 7. Hidrocele transiluminado



nal, nuestro primer diagnóstico de sospecha será una **adenopatía inguinal** (dura, irreductible, bien delimitada y frecuente) o una **hernia crural** (que será reductible como cualquier hernia, aunque relativamente rara en la infancia).

Genitales externos y ano

La ausencia de teste en escroto (síndrome del escroto vacío) puede ser debida a una falta del teste por **agenesia** –raro– por **atrofia** –que puede haber ocurrido en cualquier momento del desarrollo tanto intra como extrauterino– o a un mal descenso del teste, (**retención testicular**, **criptorquidia**) que queda retenido en algún punto de su trayecto de migración normal o a una **ectopia del testículo**, que ha ido a una zona fuera de su trayecto de descenso normal (ectopia perineal, superficial, etc.). A la exploración hay que intentar palpar el teste en algún lugar de su trayectoria de descenso o en las zonas de probable ectopia. A veces un reflejo cremastérico importante hace que el teste ascienda en el momento de la exploración, siendo difícil su localización y dando una falsa sensación de retención testicular. La exploración con el paciente en cuclillas elimina el reflejo cremastérico y muchas veces permite palpar el teste en su lugar real.

El tratamiento será quirúrgico, en las ectopias para colocar el teste en su sitio, en las retenciones para conseguir el descenso testicular, y en las atrofias para valorar el estado del teste y extirparlo ante la posibilidad de malignización futura⁹. Además, la intervención quirúrgica permite el cierre de un conducto peritoneo-vaginal que en la mayoría de los casos permanece abierto, dando lugar a una hernia inguinal acompañante. Aunque el momento adecuado para la intervención sigue estando en controversia, consideramos que alrededor de los 2 años es una buena fecha. El tratamiento hormonal con HCG, se utiliza cada vez menos habiendo desaparecido del mercado la mayoría de sus presentaciones farmacológicas; además, recientemente se han publicado trabajos sobre efectos secundarios de este tratamiento¹⁰.

A veces, en el hemiescroto izquierdo, se aprecia un aumento de la vascularización venosa, que puede dar lugar a una cierta incomodidad en el paciente, apre-

ciándose unas varicosidades, con un tacto llamado en “gusanera”, que aumenta con las maniobras de Valsalva. Suele aparecer durante el desarrollo puberal. Se trata de un **varicocele** (**Figura 8**). En general suele ir en aumento y puede perjudicar el desarrollo del teste afecto; de hecho, el teste izquierdo en estos casos es más pequeño que el contralateral. La solución puede ser quirúrgica, mediante ligadura venosa o bien por embolización venosa bajo control radiológico.

Hay que recordar que la **fimosis** es fisiológica hasta los 3 años, por lo tanto, si no hay clínica urológica hay que dejar que el prepucio evolucione espontáneamente. No está indicado forzar el despegamiento de las adherencias balano-prepuciales, aunque existan quistes de esmegma que se transparentan como una colección amarillenta a nivel del prepucio, ya que muchas veces estos despegamientos forzados producirán balanopostitis, que aumentará el grosor y la fibrosis prepucial conduciendo a una fimosis cicatricial. No hay que forzar la retracción del prepucio en caso de anillos fimóticos importantes, puesto que se puede producir una parafimosis que requerirá una solución urgente. A partir de los 3 años, se puede intentar el tratamiento

Figura 8. Varicocele



con una crema de betametasona, aunque algunas fimosis no se librarán del tratamiento quirúrgico. En la actualidad hay una tendencia a aumentar el número de circuncisiones, no solo por razones étnicas, culturales o religiosas, sino como mecanismo para disminuir el contagio de determinadas enfermedades venéreas, lo que está en controversia en la actualidad^{11,12}. Por otro lado los detractores de la circuncisión rutinaria sugieren un aumento de las neoplasias de pene en los pacientes circuncidados.

El **hipospadias** ocurre cuando el meato uretral no ha llegado, en su desarrollo, al extremo distal del pene y por lo tanto aboca en alguna parte de su recorrido. Distinguimos, según donde esté abocado, en: hipospadias granular, en surco, peneano o escrotal. Hay que valorar el calibre del meato (descartar que no haya meatoestenosis) la existencia de *chordée* que produzca incurvación, (hay que valorar el pene en erección para estar seguros de que podemos descartarla) y cuanto más posterior sea el hipospadias, más posibilidades hay de que se acompañe de malformaciones renales, por lo que estará indicada la práctica de una ecografía renal. La intervención de la meatoestenosis debe realizarse pronto; la corrección definitiva del hipospadias puede esperar hasta el segundo año de vida. No es una intervención exenta de complicaciones y según el tipo de hipospadias y la técnica elegida puede haber estenosis o fístulas que requerirán una segunda intervención.

En la niña, pueden verse distintos tipos de alteraciones en los genitales externos. La unión de los labios menores mediante una fina película, la **sinequia vulvar**, solo requiere una simple separación roma, y luego cuidados higiénicos para que no pueda recidivar. Es útil poner durante un mes una crema de lubricante urológico en la zona para evitar que la sinequia recidive. El **hidrometrocolpos** es un acúmulo anormal de líquido mucoso en útero y vagina que hace prolapsar una imperforación himeneal (**Figura 9**), dando una exploración de masa genital. Puede llegar a remedar incluso la exploración de un globo vesical. La incisión del himen hace que se vacíe inmediatamente y en poco tiempo vagina y útero recobran su tamaño normal. Si esta imperfora-

Figura 9. Himen imperforado



ción himeneal ha pasado desapercibida en la infancia, con la llegada de la menarquía se produce un **hematocolpos**, que produce dolor en hipogastrio y la protrusión de un himen de color azulado-negruzco por la retención de la sangre de la primera menstruación. El tratamiento es la incisión del himen para evacuar la sangre retenida.

Los **quistes de Skene** (**Figura 10**), son quistes de las glándulas de Skene que producen una tumoración blanco-amarillenta, redondeada, alrededor de la uretra, que abomba en la región genital. Su solución es el drenaje y la exéresis quirúrgica de la membrana del quiste si el simple drenaje no es suficiente.

Figura 10. Quiste de Skene



En el himen, pueden existir tumoraciones blandas, muy móviles y pediculadas que son las **carúnculas himeneales**, que tienen tendencia a regresar espontáneamente. Si no disminuyen pasado el influjo hormonal materno, pueden resecarse. También puede aparecer una tumoración perihimeneal, más dura, en especial en el periodo neonatal, se trata del **pólipo fibroepitelial** neonatal, que suele involucionar también de forma espontánea. A veces la tumoración es un **prolapso de uretra** (Figura 11), que se identifica bien, ya que se trata de una masa, enrojecida, mucosa, que en su centro tiene el meato uretral. Este prolapso puede requerir una resección quirúrgica de la mucosa prolapsada. Todas estas lesiones, no deben confundirse con los tumores genitales, en especial el **rabdomiosarcoma** (Figura 12), de alta malignidad, que protruye por la re-

gión genital, con un aspecto de masa granulomatosa, de crecimiento rápido, que puede producir sangrado y que requiere un diagnóstico y un tratamiento urgente.

Hay una lesión, el llamado **perineal groove**, que consiste en una prolongación de la mucosa del introito vaginal hacia atrás, pudiendo llegar al recto (puede verse también en los hipospadias escrotales). No es necesario tratarla, ya que no da ningún problema. No debe confundirse con una lesión por abuso sexual. Hay que recordar que diagnosticar como abuso sexual una lesión que no lo es tiene consecuencias terribles¹³.

Algunas de las lesiones del periné o que protruyen a través del ano son muy típicas y fáciles de identificar. Es posible que a través de ano aparezca una masa roja o granate, con aspecto sangrante y succulento. Hay que hacer el diagnóstico diferencial entre el **prolapso rectal** y la exteriorización de un **pólipo rectal**. El prolapso da una imagen con un orificio central (Figura 13) mientras que la exteriorización de un pólipo se presenta como una masa sangrante, redondeada como en fresa (Figura 14). El prolapso no suele requerir tratamiento quirúrgico ya que se trata de un prolapso mucoso que con la edad disminuirá y basta con una regulación del ritmo intestinal y algunos cuidados en la defecación. El pólipo deberá ser resecado quirúrgicamente o mediante asa de polipectomía. Estos pólipos suelen ser pólipos juveniles (pólipo de retención mu-

Figura 11. Prolapso de uretra

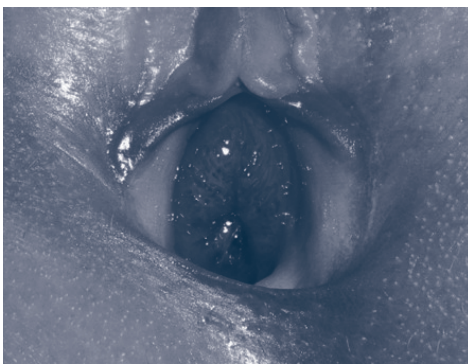


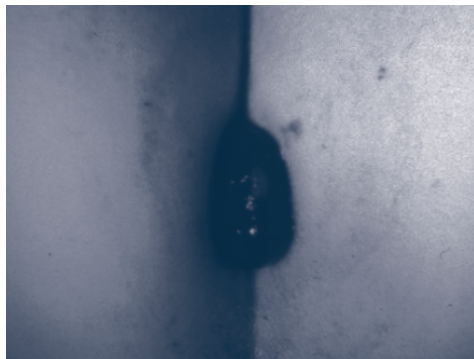
Figura 12. Rabdomiosarcoma



Figura 13. Prolapso rectal



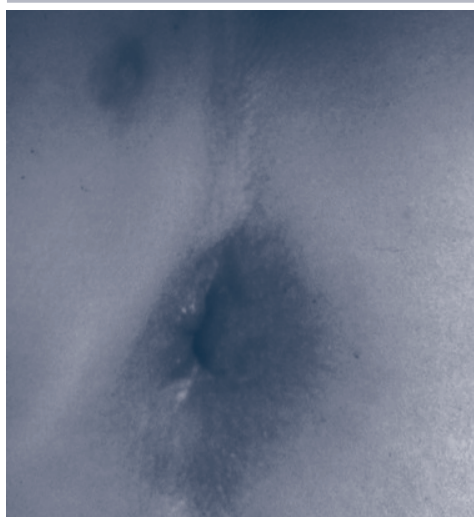
Figura 14. Pólipo rectal que se exterioriza por el ano



cosa) habitualmente únicos y si prolapsan por ano es que asientan en recto. Una vez extirpados (incluso a veces se autoamputan) no requieren nuevos controles, a diferencia del resto de poliposis¹⁴.

Otra lesión de fácil identificación es el **absceso perianal**, (Figura 15) que requerirá drenaje y luego un control clínico para descartar que se establezca de forma secundaria una fístula perianal en el trayecto del absceso.

Figura 15. Zona de drenaje de absceso perianal, convertida en fístula



BIBLIOGRAFÍA

1. Elías Pollina ¿Hay que operar? Diagnóstico visual en patología quirúrgica. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 183-92.
2. Elías Pollina J. Diagnóstico visual en patología quirúrgica infantil. Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11 Supl 17:S349-58.
3. Sánchez-Ruiz I, González Landa G, Pérez V, Sánchez L, Prado C, Azcona I, et al. Sección del frenillo sublingual: ¿Son las indicaciones correctas? Cir Pediatr. 1999;12:161-4.
4. Kara C. Evaluation of patient perceptions of frenectomy: a comparison of Nd:YAG laser and conventional techniques. Photomed Laser Surg. 2008;26:147-52.
5. Elías Pollina J, Delgado Alvira R, Burgués Prades P. Masas cervicales. Pediatr Integral. 2008;11:72-5.
6. Heshmati HM, Fatourechi V, Van Heerden JÁ, Hay ID, Goellner JR. Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. Mayo Clin Proc. 1997;72:315-9.
7. Vogels HD, BruijnenCJ, Beasley SW. Predictors of recurrence alter inguinal herniotomy in boys. Pediatr Surg Int. 2009;25:235-8.
8. Steinau G, Böhm G, Vaassen P, Wenzl T, Schumpe-lick V. Contralateral inguinal hernia in childhood and youth: which child will develop a contralateral hernia? Hernia. 2008;12:631-4.
9. Thorup J, Cortes D. Surgical treatment and follow up on undescended testis. Pediatr Endocrinol Rev. 2009;7:38-43.
10. Pirgon O, Atabek ME, Oran B, Suleymanoglu S, Meral C. Treatment with human chorionic gonadotropin induces left ventricular mass in cryptorchid boys. J Pediatr Endocrinol Metab. 2009;22:449-54.

11. Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G, Serwadda D, Watya S, Nalugoda F, *et al.* Circumcision in HIV-infected men and its effect on HIV transmission to female partners in Rakai, Uganda: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2009;374:229-37.
12. Tobian AA, Serwadda D, Quinn TC, Kigozi G, Gravitt PE, Laeyendecker O, *et al.* Male circumcision for the prevention of HSV-2 and HPV infections and syphilis. *N Engl J Med.* 2009; 360:1298-309.
13. Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20:163-72.
14. Elías Pollina J. Pólipos intestinales. En: Argüelles Martín F, García Novo MD, Pavón Belinchón P, Román Riechmann E, Silva García G, Sojo Aguirre A (eds.). *Tratado de gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica aplicada de la SEGHP.* Madrid: Ergon; 2011. p. 345-51.

