



TRABAJOS LIBRES PRESENTADOS EN EL XX CONGRESO LATINOAMERICANO DE PEDIATRÍA ALAPE Y 55 CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRÍA CONAPEME

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo¹

¹Pediatra Hospital General León, Presidente del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;2(3):8-20

En el mes de mayo de 2024 hubo participación de varios residentes de Guanajuato asesorados por pediatras colegiados con la presentación de trabajos libres en el XX Congreso Latinoamericano de Pediatría ALAPE y 55 Congreso Nacional de Pediatría CONAPEME.

Se puede tener acceso al suplemento completo en la siguiente liga:

https://archivospediatria.com/volumenes/2024/AIPM%20Suplemento_02_2024.pdf



12. SÍNDROME NEFRÓTICO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LINFOMA DE HODGKIN EN PACIENTE DE 11 AÑOS. REPORTE DE CASO.

Jessica Michelle Castillo Aguirre, Servicio de pediatría, R3, | Fernanda Zavala Estrada, Servicio de pediatría, R3, Marlene Berenice Muñoz Villagrana, Servicio de pediatría, R3, David Alejandro Alemán Suarez, Nefrólogo pediatra, médico adscrito, Karina Senyase Zamarripa Martínez, Oncóloga pediatra, médico adscrito. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Gto | jessicamich95@gmail.com

Introducción: El síndrome nefrótico como manifestación paraneoplásica de Linfoma de Hodgkin es poco frecuente, refiriéndose una incidencia del 0.4% global, pudiendo preceder, coincidir o seguir al diagnóstico de la enfermedad neoplásica, con una media de 12 meses previo al diagnóstico neoplásico.

Descripción del caso: Femenina de 11 años con diagnóstico de síndrome nefrótico desde los 10 años, evolución tórpida, con tres recaídas, corticorresistente y dependiente. Iniciando padecimiento actual con nuevo evento de recaída caracterizado por edema en extremidades inferiores, oliguria, disnea, datos de urgencia dialítica ameritando hemodiálisis, ingresando a unidad de segundo nivel, referida a nuestra unidad para abordaje de síndrome nefrótico.

Evolución: -BH: hemoglobina 8.4, plaquetas 371,000, leucocitos 10,000, neutrófilos 7830, linfocitos 1780. -ES: Calcio 7.4, Magnesio 1.3 -QS: Creatinina 0.5, urea 42, BUN 20, colesterol 252, triglicéridos 325, albúmina 2.4. -Depuración de creatinina 97, proteínas 6240(246mgm2hora). -TAC: crecimientos ganglionares mediastinales y retroperitoneales paraaórticos y paracavales de hasta 26mm. -Electroforesis proteínas: Albúmina 53%, alfa 1 20%, alfa 2 12%, beta 12%, gamma 3% -Biopsia ganglio retroperitoneal: inmunohistoquímica con CD15+, CD30+, concluyente de Linfoma de Hodgkin clásico variedad esclerosis nodular. Manejo multidisciplinar, mala respuesta del síndrome nefrótico a esteroides, se solicita biopsia de ganglio retroperitoneal. Diagnóstico definitivo de Linfoma de hodgkin, iniciando quimioterapia, evolución con remisión de síndrome nefrótico. Paciente se encuentra en vigilancia -Tx:Quimioterapia ABVD + COPP

Conclusión(es): Continua en investigación, se habla sobre participación de linfocitosT, presentando hipersensibilidad retardada IgE como mediadora, aumento de citocinas (4 y 13), que afectan de manera directa la barrera de filtración glomerular. El tratamiento del síndrome nefrótico y pronóstico se relacionan con el tratamiento de Linfoma de Hodgkin, siendo de buen pronóstico.

36. ALGORITMO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA LA ESTIMACIÓN DE LA EDAD ÓSEA.

Zulem Santiago Loya, Pediatría, Residente de Tercer año. Hospital de Ginecopediatría UMAE 48, IMSS. Catalina Peralta Cortázar, Endocrinología Pediátrica, Médico adscrito. Hospital de Ginecopediatría UMAE 48, IMSS. Gloria Patricia Sosa Bustamante, Médico cirujano, Grupo multidisciplinario de investigación en inteligencia artificial en salud. Omar Daniel García García, Médico cirujano, Grupo multidisciplinario de investigación en inteligencia artificial en salud. Guanajuato | zulem.santiago@gmail.com

Introducción: Métodos utilizados para evaluar edad ósea: Greulich-Pyle, Tanner-Whitehouse y métodos automatizados, que eliminan variación interindividual. La Inteligencia Artificial tiene un gran potencial. **Objetivo(s):** Evaluar la edad ósea mediante un algoritmo de inteligencia artificial creado en la unidad médica. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional, transversal, analítico. 271 radiografías cumplieron criterios de inclusión. Se consultó base de datos imagenología, periodo enero 2021-diciembre 2023, para crear algoritmo de inteligencia artificial que aprenda a diagnosticar edad ósea, se comparó resultado con obtenido por método de Greulich y Pyle y por dos especialistas expertos independientes. Se realizó análisis estadístico. **Resultado(s):** Se creó un algoritmo de inteligencia artificial para evaluar la edad ósea con radiografías de nuestra unidad. Se encontró una diferencia significativa en tiempos de las 3 evaluaciones (valor $p < 0.0001$). Menores 6 años, tiempo 19.9 segundos (RIC 18.8-21.3), 6-10 años mediana 19.7 segundos (RIC 19.2-21.1), mayores 10 años mediana 20.6 segundos (RIC 19.6-22.1). Concordancia moderada entre observador 1 y 2 ($k=0.52$) (p valor 0.0003), concordancia aceptable entre observador 2 e inteligencia artificial ($k=0.37$) (p valor 0.0007). Concordancia mayores a 10 años casi perfecta entre observador 1 y 2 ($k=1$) (p valor < 0.0001). Concordancia leve entre observador 1 e inteligencia artificial ($k=0.03$) y entre observador 2 e inteligencia artificial ($k=0.03$). **Conclusión(es):** Estudio prometedor para estimar edad ósea en niños y adolescentes, ambos sexos, nacionalidad mexicana. La inteligencia artificial permite evaluación precisa, objetiva y eficiente de edad ósea en comparación con la evaluación por expertos con método Greulich-Pyle. El software puede utilizarse en nuestras instituciones. Considerar limitaciones y necesidad de perfeccionamiento para mejorar aplicabilidad clínica.

40. P_{SOFA} PIM3 EN POSTOPERADOS DE CARDIOCIRUGÍA COMO PREDICTORES DEL DESENLACE EN UCIP DE LA UMAE HGP48.

Monica Michelle Contreras Betancourt, Pediatría Residente de Tercer año. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco Pediatría UMAE No. 48. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guanajuato. Gloria Patricia Sosa Bustamante, Directora de Educación e Investigación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco Pediatría UMAE No. 48. IMSS. Guanajuato. Alma Patricia González, Jefa de División de Investigación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco Pediatría UMAE No. 48. IMSS Guanajuato. Carlos Paque Bautista, Jefe de División de Educación en Salud. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Gineco Pediatría UMAE No. 48. IMSS Guanajuato | michelle.cb94@gmail.com

Introducción: Las cardiopatías congénitas, se pueden clasificar en cianógenas y acianógenas. En el presente estudio, se pretende evaluar la asociación entre el puntaje de las escalas pSOFA y PIM 3 con el desenlace de los pacientes postoperados de corazón, tanto de cirugía correctiva de defectos o de cirugías paliativas para continuar con su vida. **Objetivo(s):** Identificar las características clínicas, antropométricas y sociodemográficas de los pacientes críticamente enfermos postoperados de cardiocirugía que ingresados a la UCIP de la UMAE No. 48. **Material(es) y Método(s):** Estudio de cohorte ambispectivo, observacional, longitudinal y analítico. Se incluyeron pacientes pediátricos de un mes hasta 17 años 11 meses, postquirúrgicos de cardiocirugía que ingresaron a la UCIP de la UMAE HGP No. 48 CMNB. **Resultado(s):** Incluimos 90 pacientes pediátricos postquirúrgicos de cardiocirugía cuyas características generales se analizan los resultados con respecto a evolución, incluyendo datos sociodemográficos, tipo de cirugía y cardiopatía, así como su evolución y desenlace. **Conclusión(es):** PIM 3 y pSOFA son escalas confiables y predicen de forma adecuada la mortalidad en los pacientes pediátricos críticamente enfermos posoperados de corazón. Los pacientes postoperados de cardiocirugía requieren de cuidados especializados y es de suma importancia contar con escalas pronósticas que permitan evaluar desde el ingreso a UCIP el riesgo de mala evolución y de mortalidad. El presente proyecto fue presentado y posteriormente aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud 10028, así como, por el Comité Local de Investigación en Salud 1002, de la Unidad Médica de alta especialidad Hospital de Ginecopediatría número 48 contando con número de registro: R-2023-1002-031. No se requirió de consentimiento informado y se contó con carta de excepción de consentimiento informado.

75. CELULITIS EOSINOFÍLICA CON AFECTACIÓN GANGLIONAR EN PACIENTE ESCOLAR. REPORTE DE CASO.

Alejandro Palomares Saavedra, Pediatría, Residente, Universidad de Guanajuato, Guanajuato | Aldo Iván Galván Linares, Patología, Médico adscrito, Andrés Guzmán Ramírez, Dermatología Pediátrica, Médico adscrito. Hospital General León, Guanajuato | alex_p29@hotmail.com

Introducción: La celulitis eosinofílica también llamada enfermedad de Wells, es una dermatosis inflamatoria y pruriginosa rara sin etiología conocida, con mayor prevalencia en adultos jóvenes, que se presenta con eosinofilia e infiltración dérmica, así como polimorfismo clínico. **Descripción del caso:** Se trata de paciente masculino de 7 años sin antecedentes de importancia. Inicia hace 6 meses con aparición de vesículas en el dorso de manos, pruriginosas, que aumentan en cantidad con la exposición solar, con diseminación posterior hacia el resto de extremidades, tórax, cuello y cara. Posteriormente evolucionan a costras, dejando cicatriz. 1 mes previo comienza con adenomegalias retroauriculares bilaterales de 1 cm de diámetro, consistencia dura, fijas a planos profundos, con extensión a nivel cervical, axilar e inguinal bilateral, de las mismas características. 1 semana antes presenta 1 pico febril aislado de 39°C que remite fácilmente con antipirético. Acude a múltiples consultas médicas donde se indican antihistamínicos y antibióticos, sin mejoría. Niega astenia, adinamia, pérdida de peso, hemorragias, dolor articular u óseo. Sin visceromegalias a la exploración. **Evolución:** Hemoglobina 14.8, Plaquetas 326, Leucocitos 7080, Neutrófilos 2800, Linfocitos 2800, Monocitos 340, Eosinófilos 1100, Basófilos 50, Procalcitonina 0.03, PCR <5, VSG 20, VDRL negativo, Antígeno Hepatitis B No reactivo, Anti-Hepatitis C No Reactivo, Hepatitis A IgM Negativo. Anti-Toxo IgM e IgG negativos, Anti-Rubeola IgG e IgM negativos, Anti-CMV IgM e IgG negativos. DHL 219. Se dio tratamiento con esteroide oral y tópico, con desaparición de adenopatías y normalización de eosinófilos en sangre periférica. **Conclusión(es):** De acuerdo a la literatura, se han descrito muy pocos casos de esta entidad en pacientes pediátricos, con múltiples manifestaciones clínicas. Nuestro paciente tuvo una presentación que en su abordaje hizo sospechar de patología maligna.

77. PRESENTACIÓN NO ONCOLÓGICA DE SÍNDROME DE KINSBOURNE. REPORTE DE CASO.

Ian Marco Luciano Martínez Mosqueda¹, Janette Arévalo Vazquez¹, Jorge Alberto Suarez Carrasco², Denisse Lopez Torres³, Ana Laura Angel Armenta³, Uriel Enrique Ramirez Camacho.³

¹Servicio de pediatría, R2, ²Neurólogo pediatra, Hospital General de León, Guanajuato, ³Departamento de medicina y nutrición, Universidad de Guanajuato, Campus León, ianmlmm@gmail.com

Introducción: El síndrome opsoclono-mioclono-ataxia/kinsbourne es un trastorno raro con incidencia de 0.1-0.2/millón de habitantes, con una media de 12-36 meses de vida, mayor prevalencia en niñas, 50% se manifiesta como un síndrome paraneoplásico asociándose con neuroblastomas o infecciones virales, el diagnóstico clínico es manifestado por ataxia, flutter ocular y mioclonias. **Descripción del caso:** Masculino de 14 meses presenta crisis convulsivas tónico-clónicas desde los 4 meses, epilepsia de difícil control, cursa en noviembre de 2023 cuadro de neumonía y varicela con hospitalización por 7 días, presentando cambio a opsoclonus y mioclonus, realizándose tamiz metabólico ampliado, punción lumbar. Cursa con agravamiento por neumonía severa, deterioro neurológico, sospechándose trombosis venosa ameritando manejo en UCIFE, presentando remisión parcial del cuadro actualmente. **Evolución:** TAC de abdomen: Parénquima pulmonar con consolidación, atelectasias retractiles en ápice derecho, sin adenomegalias mediastinales, intraabdominales, retroperitoneales, iliopelvicas, RM de cráneo: amplitud en surcos, cisuras, atrofia parenquimatosa, sin lesiones solidas/quísticas, EEG: Actividad epileptiforme multifocal con ondas agudas y ondas lentas paroxísticas de alto voltaje, aisladas y agrupadas en salvas en región temporo occipital derecha, catecolaminas en orina: Epinefrina:0.3, norepinefrina:0.0, dopamina:11.3, amonio:52.19, perfil metabólico ampliado: Negativo, PCR, virus respiratorios: Negativo, PL:Glu 81, proteínas 46, cultivo negativo, color agua de roca. **Conclusión(es):** El síndrome de kinsbourne es una patología, que amerita abordaje con imagen y bioquímico por asociación paraneoplásica, 50% se manifiesta por virus⁴, se teoriza etiología inmunitaria asociada a citosinas promotoras de Linf-B/T, no se han encontrado patologías genéticas asociadas, seguimiento, con escala de Mitchell/Pike para OMS cada 4 semanas, Rituximab o ciclofosfamida durante 6 meses presentan beneficios.

112. ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF: REPORTE DE CASO.

Denisse López Torres, Estudiante de pregrado, Departamento de Medicina y nutrición, Universidad de Guanajuato, Ana Laura Ángel Armenta, Estudiante de pregrado, Departamento de Medicina y nutrición, Universidad de Guanajuato, Uriel Enrique Ramírez Camacho, Médico pasante del servicio social, Departamento de Medicina y nutrición, Universidad de Guanajuato, Ian Marco Luciano Martínez Mosqueda, Servicio de Pediatría, R2, Hospital General de León- Hospital Universitario, Jorge Alberto Suárez Carrasco, Neuropediatría, Médico de Base, Hospital General de León- Hospital Universitario, León, Guanajuato | denisset736@gmail.com

Introducción: La encefalitis de Bickerstaff (BBE) es una patología desmielinizante aguda autoinmune que afecta el tronco del encéfalo. Su incidencia anual es de 8/100 millones de habitantes, con mayor prevalencia en masculinos y edad media al diagnóstico 8 años. La clínica consiste en oftalmoplejía, ataxia, alteración del nivel de consciencia e hiperreflexia; comparte características con el síndrome de Miller Fisher y Guillain Barre. Ocurre posterior a infección por *M. pneumoniae*, *H. influenzae*, *C. jejuni*, así como agentes virales.

Descripción del caso: Masculino de 8 años presenta hace 4 años cuadro de hiperreflexia, debilidad generalizada, oftalmoplejía y somnolencia, acompañado de cuadro respiratorio agudo, diagnosticándose encefalitis, con recuperación total en 2 meses. Requiriendo posterior intubación e ingreso a UCIP por agravamiento de neumonía y deterioro neurológico. **Evolución:** LCR: Proteínas 79mg/dl, resto sin alteraciones. Anti-CMV IgG positivo, PCR: Influenza B positivo. COVID-19 positivo. RM: Edema del tallo cerebral, núcleos subtalámicos, hiperintensidad en sustancia blanca, especialmente en regiones del tálamo, compatibles con encefalitis de Bickerstaff. Se inicia manejo con Inmunoglobulina. Actualmente sin remisión. **Conclusión(es):** El diagnóstico de BBE se basa en hallazgos clínicos, antecedentes de infecciones, estudios instrumentales y laboratorios. Los anticuerpos IgG anti-GQ1b no son específicos de este trastorno y están ausentes en el 30% de los casos. La recuperación en la edad pediátrica es más rápida que en la adulta, resolviéndose la mayoría en 2 meses. No se ha establecido un tratamiento óptimo y eficaz. La mayoría pueden tratarse mediante inmunoterapia, plasmaféresis y/o inmunoglobulina intravenosa.

127. RESOLUCIÓN DE TRICOBEOZAR VÍA ENDOSCÓPICA EN PACIENTE ESCOLAR: REPORTE DE CASO.

Marlene Berenice Muñiz Villagrana, Pediatría, Residente, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Gto. | Juan Carlos Villegas González, Cirujano endoscopista, adscrito, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. León, Gto. | Juan Carlos Guerra Godínez, Gastroenterología Pediátrica, adscrito, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío. | marlene.munizvilla@hotmail.com

Introducción: El bezoar es una aglutinación de material ingerido insoluble en el tracto gastrointestinal. Se trata de una patología poco común, con una incidencia de 0.3% casos en endoscopias, siendo en su mayoría pacientes del sexo femenino entre 10-19 años. El principal factor de riesgo es el antecedente de cirugía gástrica previa. **Descripción del caso:** Femenino de 6 años de edad con antecedente familiar de esquizofrenia por rama materna y diagnóstico en etapa neonatal de atresia esofágica tipo III y asociación VACTERL, por lo que es sometida a múltiples cirugías abdominales. Durante la consulta de seguimiento de gastropediatria se comenta la sensación de plenitud postprandial. Se interroga de forma dirigida sobre la ingesta de cabello, la cual se afirma. Se decide realizar endoscopia ante posibilidad de bezoar. **Evolución:** Se llevó a cabo endoscopia teniendo como hallazgo esófago nativo corto de 3 cm, tricobezoar que se extendía de anastomosis esófago-gástrica hasta la tercera porción del duodeno. Mucosa gástrica con úlceras. Se logra extracción exitosa de tricobezoar por vía endoscópica. Se reporta un tiempo anestésico de 200 minutos y tiempo quirúrgico de 162 minutos. **Conclusión(es):** El tricobezoar es una patología de baja incidencia en población pediátrica, sin embargo con alta morbilidad y mortalidad secundaria a complicaciones. Su resolución es principalmente quirúrgica cuando los tratamientos no invasivos, como la disolución química y la extracción endoscópica, fracasan. La endoscopia debe realizarse en centros especializados que tengan el equipo necesario para disminuir el riesgo de extracción fallida y complicaciones. Es necesario identificar a los pacientes con factores de riesgo y realizar un abordaje multidisciplinario.

129. HEMOFILIA B ADQUIRIDA POR LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO.

Sergio Abraham Cantú Martínez¹, Juan Antonio Ponce Román¹, Elva Lucero López Rojas.²

¹Residente de tercer año de Pediatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS Hospital Gineco-Pediatría No. 48, León, Guanajuato, ²Adscrito del servicio de Reumatología pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS Hospital Gineco-Pediatría No. 48, León, Guanajuato | sergio-95sacm@gmail.com

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad sistémica autoinmune rara con alta morbimortalidad con una incidencia en EUA de 0.36-2.5 casos por cada 100,000 niños caracterizada por la presencia de depósitos de complejos autoinmunes en tejidos periféricos, liberación de citoquinas e infiltración de células T y presencia de linfocitos B reactivos así como deficiencia de complemento C4. **Descripción del caso:** Femenina de 14 años enviada por “sangrado uterino anormal”. Antecedentes familiares de artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico. Antecedente de dermatitis atópica a los 8 años tratada con inmunoterapia. Menarca de un año de evolución, irregulares, duración de 5 días, con sangrado transvaginal abundante, es manejada con soporte transfusional, ácido tranexámico y vitamina K. Laboratorio: anemia grado 3 y tiempos de coagulación prolongados. Refiere pérdida de peso de 10 kilos, caída de cabello y artralgias en articulaciones interfalángicas proximales y rodillas. A la exploración física con palidez generalizada, manchas hipocrómicas en cara, resto sin alteraciones. **Evolución:** Anticuerpos antinucleares positivos, hipocomplementemia, antiDNA positivo, anticoagulante lúpico positivo, proteinuria y coombs directo positivo. Con 22 puntos de EULAR, diagnóstico de lupus, factores de coagulación Factor IX 5.8, se inicia terapia con ácido acetilsalicílico y terapia inmunosupresora, con mejoría clínica y sin secuelas. **Conclusión:** La hemofilia adquirida es un trastorno de la coagulación relacionado con la depleción de los factores de coagulación por anticuerpos contra el factor VIII y IX. Dentro del abordaje la presencia de TTP prolongado es el primer dato de hemofilia adquirida. El tratamiento se centra en la corrección de la causa subyacente y detener el sangrado dependiendo de la severidad del caso. El tratamiento farmacológico central son inmunosupresores.

137. DIÁMETRO DEL NERVIÓ ÓPTICO POR ULTRASONIDO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO PARA PREDICCIÓN DE LESIÓN INTRACRANEAL.

Mauzy Karina Ramirez Arriaga, PEDIATRIA, HOSPITAL GENERAL DE LEÓN, GUANAJUATO | Gloria Patricia Sosa Bustamante, PEDIATRIA, ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE LEÓN, GUANAJUATO | Jessica Anahis Arriaga Zenteno, TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA, ADSCRITA AL HOSPITAL GENERAL DE LEÓN, GUANAJUATO | karina.ramirez2114@gmail.com

Introducción: Con el paso del tiempo ha incrementado la incidencia de traumatismo craneoencefálico severo, por lo que es imprescindible contar con métodos de estudio no invasivos para poder predecir una lesión intracraneal. Con ello reducir el impacto de recursos económicos y actuar de manera oportuna en el manejo del paciente. **Objetivo(s):** comprobar si el diámetro de la vaina del nervio por ultrasonido en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico predice la lesión intracraneal. **Material(es) y Método(s):** estudio observacional, analítico, transversal donde se realizará USG de la vaina del nervio óptico bilateral en pacientes de 1 mes a 17 años 11 meses de ambos géneros que ingresen por traumatismo craneoencefálico que requieran de tomografía de cráneo y a pacientes sin afección intracraneal. Se obtiene como tamaño de muestra 13 pacientes con TCE y para el grupo control un tamaño de muestra de 22 pacientes, siendo en total 35 pacientes. A ambos grupos se les realizó la medición del DVNO de manera bilateral **Resultado(s):** Se incluyeron 35 pacientes distribuidos en 2 grupos, Grupo I pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) (n=13), y, Grupo II pacientes sin TCE (n= 22), Al comparar los diámetros de la vaina del nervio óptico, se observó que en el Grupo I de TCE, estos fueron mayores con respecto a los del Grupo II sin TCE. se encontró un punto de corte para el DVNO derecho de $\geq 3.9\text{mm}$ y para el DVNO izquierdo $\geq 4.3\text{ mm}$, ambos significativos. Con una sensibilidad del 84% y sensibilidad del 86% para DVNO derecho y una sensibilidad del 69% y una especificidad del 95% para DVNO izquierdo con un valor de $p < 0.0001$ para ambos. **Conclusión(es):** En este estudio, se puede concluir que el diámetro de la vaina del nervio por ultrasonido en pacientes pediátricos con traumatismo craneoencefálico predice la lesión intracraneal.

188. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN PEDIATRIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Erika Vanessa Reyna Orta, PEDIATRIA, RESIDENTE, HOSPITAL ESPECIALIDADES PEDIATRICO LEON, GUANAJUATO | Gerardo Rojas Artiaga, ENDOCRINOLOGO PEDIATRA, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRICO DE LEON, GUANAJUATO | Marisol Mendoza Ramirez, ENDOCRINOLOGO PEDIATRA, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRICO DE LEON, GUANAJUATO | Arturo Del Monte Moran, ENDOCRINOLOGO PEDIATRA, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIATRICO DE LEON, GUANAJUATO | erikareynaorta@gmail.com

Introducción: El hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo es la principal causa de hipercalcemia en personas en edad adulta. El principal dato es la hipercalcemia y las principales complicaciones son fracturas de huesos largos, calcificaciones, osteítis fibroquistica, disminución de la densidad mineral ósea. El tratamiento de elección es la resección del adenoma paratiroideo. **Descripción del caso:** Se trata de paciente femenino de 14 años de edad, con síntomas generales con dos años de evolución, labilidad emocional tratada previamente con antidepresivos, la cual presenta fractura de húmero y fémur posterior a caída desde su propia altura. **Evolución:** hallazgo bioquímico de hipercalcemia en 15.5mg/dl, Ca iónico 2.52mmol/L, PTH 2,958 pg/mL, calciuria 1482mg/24 horas, vitamina D 15.5 ng/mL.USG, presento fracturas de huesos largos, osteítis fibroquistica, calcificaciones valvulares y anemia secundarias con adenoma paratiroideo, confirmado por gammagrama. Se realizo exoma con resultado negativo, descartándose posibilidad de NEM. Se realizo paratiroidectomía con remisión de hipercalcemia, anemia, disminución de tamaño en las lesiones fibroquisticas y aumento en la densidad mineral ósea por densitometría inicial y al año posterior a la cirugía. **Conclusión(es):** El adenoma paratiroideo sigue siendo la causa mas frecuente de hiperparatiroidismo primario, la edad de presentación mas frecuente es en adultos, sin embargo, en este caso se presentó en una paciente en edad pediátrica con complicaciones descritas en la población adulta y se descarto la presencia de neoplasia endocrina múltiple.

198. DISCINESIA CILIAR PRIMARIA, REPORTE DE UN CASO.

Nathalie Misha Alvarez Aguilera, Servicio de Pediatría, Residente de tercer año, Hospital Regional ISSS-TE León, Guanajuato | Juana Hernández Ruiz, Servicio de Neumología pediátrica, Médico adscrito, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Ciudad de México | nmaa.034@gmail.com

Introducción: Trastorno autosómico recesivo, sin embargo, se han descrito modos de herencia cromosómico X y autosómico dominante. Caracterizada por un defecto estructural de las células ciliadas en los tejidos respiratorios y gonadal, entre otros, que repercute en su función. La frecuencia reportada en la población general varía entre 1 de cada 10.000 y 20.000 niños nacidos vivos. Su prevalencia de hasta el 5% en niños con infecciones respiratorias repetidas. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 15 años, diagnosticado a los 4 años con trombocitopenia inmune primaria. Antecedentes de infecciones respiratorias de repetición por lo que a los 6 años se diagnostica deficiencia selectiva de IgG3 y linfopenia selectiva de CD47, iniciando tratamiento con gammaglobulina mensual. Sin embargo, a los 10 años nuevamente presenta neumonías de repetición, se hace nuevo abordaje encontrando en tomografía simple de tórax bronquiectasias cilíndricas y varicosas de predominio en lóbulo superior e inferior derecho, se descarta fibrosis quística con electrolitos en sudor negativos. **Evolución:** Ante los datos clínicos y tomográficos se sospecha discinesia ciliar primaria por lo que realiza estudio de óxido nítrico nasal con resultado positivo, corroborando diagnóstico. Paciente con mal apego a tratamiento presentando como complicación hipertensión pulmonar, así como uso continuo de oxígeno suplementario **Discusión / Conclusión(es):** La Sociedad Europea de Respiración y la Sociedad Torácica Americana han publicado directrices de diagnóstico basadas en la evidencia. Ambas reconocen que no existe una prueba de diagnóstico perfecta para la discinesia ciliar primaria. Recomiendan una combinación de pruebas sin embargo la medición de óxido nítrico nasal se postula como el test de primera elección para el diagnóstico. El tratamiento está dirigido a prevenir y controlar las complicaciones de la enfermedad.

223. CONTROL METABÓLICO CON LIRAGLUTIDE EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL DE GINECOPEDIATRÍA 48.

Luis Manuel Gutiérrez Rojas, Pediatría, Residente de Tercer año. Hospital de Ginecopediatría UMAE 48, IMSS. Guanajuato. | Catalina Peralta Cortázar, Endocrinología Pediátrica, Médico adscrito. Hospital de Ginecopediatría UMAE 48, IMSS. Guanajuato. | Alma Patricia González, Jefe de División de Investigación en Salud. Hospital de Ginecopediatría UMAE 48, IMSS. Guanajuato. | Gloria Patricia Sosa Bustamante, Directora de Educación e Investigación en Salud. Hospital de Ginecopediatría UMAE 48, IMSS. Guanajuato. | luisgutierrezrojas@outlook.com

Introducción: El Liraglutide, uno de los fármacos aceptados actualmente para el tratamiento de adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), ha mostrado mejoría en el control de los niveles de hemoglobina glucosilada (HBA1C) y reducción del índice de masa corporal (IMC) y el peso. **Objetivo(s):** Evaluar la eficacia del uso de Liraglutide en el control glucémico y en el índice de masa corporal en adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 2. **Material(es) y Método(s):** Estudio con diseño ensayo clínico, controlado, aleatorizado, no cegado, unicéntrico. Se incluyeron pacientes de ambos sexos de 10 a 17 años con DM2 con HBA1C mayor de 5.5% e IMC superior al percentil 85%. Mediante aleatorización por computadora se incluyeron dentro de dos grupos: grupo 1 (liraglutide además de tratamiento estándar), grupo 2 (tratamiento estándar: insulina sola, insulina más metformina o, metformina sola). Se evaluó bioquímicamente (incluyendo HBA1C) y mediante somatometría (incluyendo IMC) la respuesta a ambos tratamientos tras un periodo de 13 semanas. **Resultado(s):** Quince pacientes finalizaron el estudio, comparado contra el tratamiento convencional, el uso de liraglutide mostró mejores controles metabólicos y antropométricos con descensos de 0.30% en niveles de HbA1C (DE ± 1.8 ; $p=0.70$), 5.33 mg/dl de glucosa plasmática en ayuno (± 71.0 ; $p=0.86$), 0.31 kg/m² en el IMC (DE ± 1.7 ; $p=0.67$) y 0.7 kg de peso (± 4.7 ; $p=0.74$). **Conclusión(es):** A pesar de que la prevalencia de la DM2 en población pediátrica continúa incrementando, también lo hacen las alternativas terapéuticas para esta población. La utilidad del liraglutide resulta favorable en pacientes con sobrepeso u obesidad y DM2, con resultados antropométricos y metabólicos positivos, además de una buena tolerancia al fármaco.