



Miembro de la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México

Miembro de la Confederación Nacional de Pediatría de México



Boletín científico y cultural

Septiembre 2024

Volumen 2, Suplemento 1

EDITORES

Dr. Juan Manuel Guízar Mendoza

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo

ÍNDICE

SECCIÓN	ARTÍCULO	AUTORES	PÁGINA
Introducción	Trabajos libres presentados en el I Congreso Internacional de Especialidades Pediátricas CIEP GTO 2024 y XIII Congreso de Pediatría del Estado de Guanajuato	Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo	6
Categoría trabajos de investigación clínica	Asociación de la fracción de engrosamiento diafragmático y excursión diafragmática evaluada mediante ultrasonografía con el éxito de extubación en niños de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de Gineco-Pediatría No. 48	Israel Sinahí Moreno Aguirre, Mariana Becerra Rodríguez, Dulce Carmín Hernández Velázquez, Gloria Patricia Sosa Bustamante	8
	Implementación del tamiz cardiaco neonatal mediante la oximetría de pulso, en la Jurisdicción Sanitaria VIII de San Francisco del Rincón	Lorena García Rangel, Gely Peña Archundia, Ruth Sarait Hernández Cruz	9
Categoría casos clínicos	Fístula onfalomesentérica en recién nacido prematuro	Dulce Ivonne Matías Hipólito, Luz María Huacuz Herrera	11
	Síndrome de pseudo Bartter como manifestación inicial de fibrosis quística en lactante	Andrea Sofía Soto Macedo, Yolanda Antonia Tejeida Ruiz	12
	Manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio en pacientes pediátricos con diagnóstico presuntivo de dengue en Hospital de Segundo Nivel en Irapuato: serie de casos	Laura Marisol Contreras Vargas, Mónica L. Reyes Berlanga, Martha Beatriz Rojas Solís, Marisol Aguilera Sánchez, María Luisa Elizabeth Olmos Pérez	14
	Púrpura de Schönlein-Henoch (vasculitis por IgA) hemorrágico-ampollosa	Yaneth Estrada Núñez, Mónica L. Reyes Berlanga, Hayde Guadalupe Hernández Huirache	19
	Fascitis necrosante secundaria a varicela complicada, a propósito de un caso	Nathalie Misha Álvarez Aguilera, Brenda Pamela Domínguez Zúñiga,	20

	Mónica Jazmín Osorio Guzmán	
Candidiasis congénita	Laura Paulina García Aguilera, Mónica Jazmín Osorio Guzmán	21
Diagnóstico prenatal de aneurisma de la vena de Galeno: reporte de caso	Ma. de la Luz Bermúdez Rojas, Berenice Ochoa Navarrete, Magdalena Martínez Rivera, Miguel Ángel Sánchez Rodríguez, Martha Alicia Batta González, Luis Miguel Trigueros Mancera, Ma. Salud Alejandra Valadez Ortega, Virginia Medina Jiménez	23
Shunt pleuro-amniótico en feto con derrame pleural por citomegalovirus: reporte de caso	Ma. de la Luz Bermúdez Rojas, Igor Jesualdo López López, Teresa Miriam Flores Amador, Alberto García Hinojosa, Helder Leopoldo Ayon Flores, María Cervantes Sodi, Ricardo Alberto López González, Jorge Delgado Flores, Carlos Magaña Abarca, Virginia Medina Jiménez	25
Presentación mucocutánea facial, plantar y palmar: síndrome de Peutz-Jeghers	Águeda Cecilia Ibarra Ríos, Jesús Castro Ballesteros, Ana Karen Medina Cárdenas	27
Caso clínico. Conexión anómala total de venas pulmonares en paciente mayor de 1 año	Hilda Irazú Espinosa Martínez	29
Angiomatosis difusa de bazo en paciente femenino de 3 años de edad con diagnóstico de esclerosis tuberosa	Jessica Michelle Castillo Aguirre, Senyi Zamarripa Martínez, Vanessa Ventura Molina	30
Reto en el diagnóstico de una conexión anómala total de venas pulmonares	Joselyne López López, Rocío Gissell Cordero Suárez, María Cecilia Martínez Morales, Jorge Ariel Montero Torres, Astrid Flores Almaguer	32

Timoma como precursor de un linfoma linfoblástico T en un adolescente. Reporte de caso	Karen Patricia Murillo del Toro, José Antonio León Espitia, Jesús González Guzmán, Francisco Javier García Valle	34
Virus de Epstein-Barr como agente desencadenante de linfohistiocitosis hemofagocítica en escolar. Presentación de caso	Antonio Caro García, Felipe Altamirano Guajardo, Mónica Jazmín Osorio Guzmán	37
Resistencia a carbapenems en sepsis neonatal temprana	Aide Sanluis Montiel, Mónica Jazmín Osorio Guzmán	38
Diabetes insípida nefrogénica ligada al X. A propósito de un caso	Joram Israel Arath Arias Mata, Jesús Flores Trejo, Diego Adrián Ortiz Padilla, Diana Isabel López Ruiz, Gustavo Medina, Vania Isabel Rodríguez Molina, Gerardo Rojas Artiaga	40
Megacolon, mega recto y mega sigmoides en adolescente con estreñimiento crónico. Reporte de caso	Elizabeth Otero Chamorro, Antonio Caro García, Andrea Sofía Soto Macedo	41
Enfermedad de Niemann-Pick. Reporte de caso	Elizabeth Otero Chamorro, Antonio Caro García	44
Child's play: perforación traumática de quiste de colédoco como presentación atípica de abdomen agudo	Elizabeth Irazú Hernández Valencia, Juan Manuel Alcántar Fierros	47
Reacción anafiláctica a anestésicos inhalados. Reporte de caso	Lilí Yazmín Almaguer García, Lucy Vania Galindo Pacheco	49
Manejo avanzado de herida a paciente pediátrico con fascitis necrosante abdominal	Eva Isabel Aguado Galván, María Teresa Rueda Rangel, Dominga Ochoa	51
Tumor pardo en mandíbula por hiperparatiroidismo secundario en enfermedad renal crónica en paciente pediátrica: reporte de caso clínico	Laura Marisol Contreras Vargas, Mónica Sánchez Cuevas, Lázaro Ramírez Valderrama	53



INTRODUCCIÓN

TRABAJOS LIBRES PRESENTADOS EN EL I CONGRESO INTERNACIONAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS CIEP GTO 2024 Y XIII CONGRESO DE PEDIATRÍA DEL ESTADO DE GUANAJUATO

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;Suppl 1:6

Los resúmenes que se presentan a continuación fueron presentados en modalidad de cartel durante el I Congreso Internacional de Especialidades Pediátricas CIEP GTO 2024 y XIII Congreso de Pediatría del Estado de Guanajuato que se realizó los días 1, 2 y 3 de agosto de 2024 en Poliforum León.

Los cinco mejores trabajos fueron presentados también en modalidad oral con lo que se les dio la puntuación final para ser reconocidos en la ceremonia de clausura del congreso.

La participación de médicos residentes, pediatras, subespecialistas pediatras y perinatólogos dio realce a esta actividad académica.

El aprendizaje obtenido durante la exposición de los carteles queda plasmado en este suplemento para difusión del conocimiento y para animar a las nuevas generaciones a realizar investigación clínica y a hacer un análisis sistemático de los casos clínicos.

El Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato ratifica a través

de este documento su compromiso inquebrantable por fomentar el trabajo pediátrico con bases científicas para hacer frente a los retos clínicos en un mundo con cambios epidemiológicos drásticos y con grandes avances tecnológicos que modifican el curso y desenlace de las enfermedades.



Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo
Presidente del Colegio de
Pediatras del Estado de Guanajuato
Periodo 2023-2024

CATEGORÍA TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

ASOCIACIÓN DE LA FRACCIÓN DE ENGROSAMIENTO DIAFRAGMÁTICO Y EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA EVALUADA MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA CON EL ÉXITO DE EXTUBACIÓN EN NIÑOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DE GINECO-PEDIATRÍA No. 48

Israel Sinahí Moreno Aguirre¹, Mariana Becerra Rodríguez¹,
Dulce Carmín Hernández Velázquez¹, Gloria Patricia Sosa Bustamante¹

¹UMAE 48 IMSS León,

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:8

INTRODUCCIÓN

La excursión diafrágica (ED) y fracción de engrosamiento diafrágico (FED) pueden medirse por ultrasonido (US), hay pocos estudios en población pediátrica que evalúen como predictores de extubación exitosa.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el valor predictivo de la ED y la FED evaluada mediante US con el éxito de extubación (EE) en niños de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, analítico, longitudinal, prospectivo. Incluimos pacientes de 1 mes hasta 17 años, que ingresaron a UCIP y tuvieron ventilación mecánica invasiva. No se incluyeron pacientes con enfermedades neuromusculares, lesión medular, malformaciones congénitas pulmonares, pleurales, y antecedente de manipulación diafrágica. Se realizó prueba de respiración espontánea, y evaluación del diafragma con US previa

extubación. Se calculo tamaño de muestra por muestras desiguales. Se realizo estadística descriptiva e inferencial, curvas ROC.

RESULTADOS

Se incluyeron 72 pacientes, 51 % masculinos, la mediana de edad fue 84 (RIC 11.2-171) meses. La ED derecha y ED izquierda fueron mayores en el grupo EE [(1.17 cm vs 0.59 cm; $p<0.001$) y (1.18 cm vs 0.60 cm; $p=0.001$), respectivamente]. La FED derecha y FED izquierda también fueron mayores en el grupo EE [(50% vs 31.5%; $p=0.001$) y (1.18 cm vs 0.60 cm; $p=0.001$), respectivamente]. La prevalencia del fracaso de extubación fue del 22% ($n=16$); La ED derecha presentó AUC=0.8 (IC95% 0.69-0.88; $p<0.001$), la ED izquierda con AUC=0.77 (IC95% 0.65-0.86; $p<0.001$), la FED derecha con AUC 0.76 (IC 95% 0.65-0.85; $p=0.001$) y FED izquierdo con AUC=0.82 (IC95% 0.71-0.9; $p<0.001$).

CONCLUSIONES

La ED y FED son buenos predictores para éxito en la extubación

IMPLEMENTACIÓN DEL TAMIZ CARDIACO NEONATAL MEDIANTE LA OXIMETRÍA DE PULSO, EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA VIII DE SAN FRANCISCO DEL RINCÓN

Lorena García Rangel¹, Gely Peña Archundia¹, Ruth Sarait Hernández Cruz¹

¹Jurisdicción Sanitaria VIII de San Francisco del Rincón, Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, *Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:9*

INTRODUCCIÓN

El Estado de Guanajuato no cuenta con estadísticas; ni con programas de detección temprana de las cardiopatías congénitas críticas (CCC) en recién nacidos a nivel hospitalario. En la Jurisdicción Sanitaria VIII (JSVIII) hay un alto índice de mortalidad infantil en el último año, siendo la primera causa de muerte las malformaciones congénitas principalmente las cardiopatías congénitas, por lo que se establece este proyecto con la finalidad de detectar oportunamente las CCC en nuestra población.

OBJETIVO GENERAL

Implementar el Tamiz Cardíaco Neonatal mediante la oximetría de pulso (OP), como acción clínica necesaria en primer nivel a todos los recién nacidos sanos para detectar tempranamente las cardiopatías congénitas críticas.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación es un estudio observacional, transversal y

prolectivo, por el tipo de análisis es cuantitativa, de diseño descriptivo a todos los recién nacidos sanos (RNS) que acuden a las unidades de la Jurisdicción Sanitaria VIII de Guanajuato, entre el 3-10 día, durante el mes de marzo- diciembre 2022.

RESULTADOS

Se tamizó a 1848 RNS entre el 3 a 10 días de vida extrauterina, siendo 1840 tamizajes negativos y 8 positivos; 5 positivos a ecocardiograma. Las Cardiopatías Congénitas Críticas se detectaron en el 60 % de los positivos y cardiopatías congénitas no críticas en el 40%. 1 falleció a la semana y los 4 restantes fueron referidos al tercer nivel para su tratamiento y procedimiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

La determinación de Oximetría de pulso en primer nivel de atención, en combinación con el ecocardiograma, es considerado valioso, altamente útil para detectar las Cardiopatías Congénitas Críticas y evitar la mortalidad infantil.

CATEGORÍA CASOS CLÍNICOS

FÍSTULA ONFALOMESENTÉRICA EN RECIÉN NACIDO PREMATURO

Dulce Ivonne Matías Hipólito¹, Luz María Huacuz Herrera¹

¹Hospital Regional No. 58 IMSS León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:11

INTRODUCCIÓN

Incidencia 13% de lactantes menores ya que este hallazgo se realiza al mes de vida, no al nacimiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un día de vida extra uterina, 33 semanas de gestación, madre hipotiroidea con hipertensión de 10 años de evolución. Al introducir catéter umbilical venoso con hallazgo de meconio por ambos vasos umbilicales arteria y vena, sin presencia de evacuación, control radiográfico con datos sugerentes de atresia intestinal. Se realiza laparotomía exploradora confirmando la posibilidad diagnóstica.

DISCUSIÓN

Es poco frecuente menos de 5% del diagnóstico perinatal o al nacimiento. Ingresa la unidad de cuidados intensivos por síndrome de dificultad respiratoria y al realizar colocación de catéter umbilical se realiza este hallazgo; se realiza ligadura de la fístula y su evolución fue hacia la mejoría. A los 5 días inicio adecuada tolerancia a la vía oral.

CONCLUSIÓN

Realización de un control prenatal al menos una ocasión por perinatologo, es una ventana de oportunidad para estos casos ya que acuden al ser lactantes con compromiso abdominal. Al realizar un tamizaje de malformaciones abdominales, intestinales se puede mejorar el pronóstico.

SÍNDROME DE PSEUDO BARTTER COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE FIBROSIS QUÍSTICA EN LACTANTE

Andrea Sofía Soto Macedo¹, Yolanda Antonia Tejeida Ruiz¹

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:12-13

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Pseudo Bartter (SPB) es una complicación usual en pacientes con Fibrosis Quística (FQ), sin embargo en ocasiones pueden debutar como manifestación inicial. Los factores de riesgo para el desarrollo de SPB son sudoración excesiva, trastornos pulmonares severos, enfermedad pancreática o pérdidas gastrointestinales agudas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 2 meses quien ingresa al servicio de urgencias por vómitos y letargia aunado a trastornos hidroelectrolíticos (hiponatremia, hipokalemia e hipocalcemia), alteración ácido base (alcalosis metabólica) y dificultad respiratoria. Cuenta con antecedente de 2 tamices metabólicos alterados a expensas de niveles elevados del TIR (tripsinógeno inmunoreactivo) sugestivos de FQ. Valorada por neumología quien solicita electrolitos en sudor reportados en 2 ocasiones positivos y nefrología quien solicita pruebas para abordaje de tubulopatía renal por sospecha de síndrome de Bartter. Se egresa y se continúa abordaje de estudio con los siguientes resultados: PCR positiva para CFTR heterocigoto compuesto (DF508/R334W) y elastasa pancreática 1 fecal > 500

mcg/g. Durante este tiempo con > 3 reingresos hospitalarios por desequilibrios hidroelectrolíticos y exacerbaciones pulmonares no infecciosas integrándose el diagnóstico de SPB por los estudios recabados en donde persiste alcalemia metabólica, hipokalemia, hiponatremia, e hipocloremia en ausencia de tubulopatía. Abordaje fundamentado por fenotipo de alcalosis metabólica, perdedor de sal y desnutrición como parte gastrointestinal. Realizando diagnóstico de SPB y FQ.

DISCUSIÓN

La disfunción de la proteína CFTR (*Cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*) provoca una pérdida excesiva de sodio y cloruro a nivel glandular. Esto produce activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). El antecedente en esta paciente de >3 hospitalizaciones por deshidratación sin causa, nos hace sospechar de SPB y FQ como diagnóstico diferencial. Varias mutaciones del gen CFTR son asociadas a deshidratación hiponatrémica y alcalosis metabólica, tales como F311L, D110E, D110H, T3381, N1303K, 2.789+5G-A, S13F y 3849+40 A/G, en este caso cuenta con 2 mutaciones; Delta F508 y R334W.

CONCLUSIÓN

La presentación clínica está caracterizada por enfermedad pulmonar crónica, deficiencia pancreática y concentraciones altas

de electrolitos en sudor. Muy poco frecuente en algunos pacientes puede presentarse como con depleción de electrolitos secundaria a la pérdida excesiva de sodio por sudor y otros fluidos produciendo una depleción grave y alcalosis metabólica generalmente en pacientes menores de dos años, a lo que se le llama SPB.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y HALLAZGOS DE LABORATORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO DE DENGUE EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN IRAPUATO: SERIE DE CASOS

Laura Marisol Contreras Vargas¹, Mónica L. Reyes Berlanga², Martha Beatriz Rojas Solís², Marisol Aguilera Sánchez², María Luisa Elizabeth Olmos Pérez²

¹Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48 Hospital de Gineco-Pediatría, ²Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 2 IMSS Irapuato
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:14-18

INTRODUCCIÓN

El dengue es la arbovirosis más importante a nivel mundial, es una infección viral sistémica de carácter epidémico transmitida por mosquitos del género *Aedes*. El virus del dengue (DENV) pertenece al género *Flavivirus* de la familia *Flaviviridae*; se han identificado cuatro serotipos (DEN-1 a DEN-4). Cada serotipo confiere inmunidad permanente específica contra el mismo, e inmunidad cruzada a corto plazo contra los otros serotipos. El *Aedes aegypti* habita en regiones tropicales y subtropicales, a temperaturas de 25°C a 29°C. El virus del dengue se transmite a los humanos por picaduras de mosquitos *Aedes* infectados, principalmente el *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Respecto a la epidemiología, en México, para el año 2023 hasta la semana 33 se habían identificado 11,023 casos confirmados, de los cuales 6,088 (55%) corresponden a dengue no grave, 4,611 con signos de alarma (42%) y 324 (3%) con dengue grave, con una tasa de incidencia general de 8.40 casos por 100,000 habitantes con circulación de los

cuatro serotipos, más del 50% por serotipo 3. Su mayor incidencia se presenta en la segunda mitad del año, durante los meses cálidos y con lluvia. En el estado de Guanajuato, la Secretaría de Salud, reportó al cierre del 2023, 476 casos de dengue no grave, 192 casos con datos de alarma y 20 casos de dengue grave. Irapuato, fue el principal municipio con casos de dengue en el Estado de Guanajuato, en el 2023, se confirmaron 240 casos, con la defunción de 2 pacientes pediátricos de 6 y 8 años, uno de los cuales es registrado en este estudio. Los factores de riesgos sociales, el crecimiento poblacional, la urbanización, falta de recolección de desechos, migraciones, pobreza, viajes a zonas endémica, desconocimiento del riesgo, encontrarse en latitud 35 °N a 35 °S., altitud menor 2200 m, temperatura 15-40 °C, y humedad moderada a alta, son algunos factores; la interacción de todos estos elementos resulta en el aumento de la incidencia de esta arbovirosis. El periodo de incubación oscila de 5 a 7 días (3-14 días). La fase febril dura de 2 a 7 días, se

presenta fiebre mayor a 38°C, cefalea, hay síntomas gastrointestinales y también pueden presentarse síntomas del tracto respiratorio. La fiebre es un marcador del inicio, de aparición brusca, remite en meseta después del tercer día. La cefalea es holocraneana e intensa, con dolor retro-ocular que puede empeorar con el movimiento ocular y se asocia a fotofobia. Las artralgias son de pequeñas y grandes articulaciones, mientras que las mialgias suelen presentarse en región lumbar y miembros inferiores. El rash es pruriginoso, en cara, tórax, abdomen y extremidades, puede afectar región palmoplantar; macular, maculopapular o escarlatiniforme. Puede tener presentaciones hemorrágicas leves como petequias y equimosis en sitios de punción por aumento de la fragilidad capilar. Otras manifestaciones menos frecuentes incluyen gingivorragia, epistaxis, menorragia, melena, epistaxis o hematuria. Es importante mencionar que las manifestaciones hemorrágicas no siempre están relacionadas con trombocitopenia significativa. Al ocurrir una reinfección por un serotipo diferente aumenta el riesgo de desarrollar dengue grave. Las complicaciones que pueden presentarse a nivel cardiaco son miocarditis, pericarditis, insuficiencia cardiaca congestiva, derrame pericárdico; a nivel gastrointestinal falla hepática aguda, pancreatitis, úlceras gástricas; a nivel renal, insuficiencia renal aguda; a nivel respiratorio insuficiencia respiratoria aguda, hemorragia pulmonar, derrame pleural, a nivel hematológico anemia

aplásica y púrpura trombocitopénica trombótica; y a nivel neurológico encefalopatía, hemorragia intracraneal, síndrome Guillain-Barré, mielitis. Para el diagnóstico confirmatorio, se requiere detectar el virus o sus componentes con la detección del antígeno NS1 en suero, e indirectamente mediante la detección de la respuesta del huésped con la identificación de anticuerpos IgM e IgG. El suero es la muestra de elección. En la fase aguda, se puede detectar el ácido nucleico viral en suero por medio de la reacción de polimerasa en cadena (RT-PCR) que es el estándar de oro para el diagnóstico, o por la detección de la proteína no estructural NS1, que es un marcador de diagnóstico para la infección aguda que puede detectarse en la sangre hasta 9 días después del inicio de la fiebre. La sensibilidad diagnóstica de la detección de NS1 en el periodo febril es mayor del 90%, disminuyendo a un 60 a 80% en la infección secundaria. En la fase de convalecencia se debe solicitar el anticuerpo Inmunoglobulina M anti dengue, el cual es detectable una vez que desaparece la fiebre, entre los días 4 y 7 de evolución, alcanza su punto máximo de los 6 a 10 días y se mantiene por 3 meses. La detección de IgG se vuelve positiva después del noveno día de enfermedad en la infección primaria, estando detectable desde el primer día en una infección secundaria. No existe ningún medicamento para el tratamiento del dengue. El tratamiento en caso de dengue sin datos de alarma se basa en el sostén con líquidos por vía oral, paracetamol y explicar datos de alarma. El dengue con datos de alarma requiere manejo

intrahospitalario y en pacientes con dengue grave, requieren tratamiento en unidad de cuidados intensivos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal y analítico, en pacientes pediátricos con diagnóstico clínico de dengue, quienes recibieron atención médica en el área de hospitalización y urgencias pediátricas en un hospital de segundo nivel, en Irapuato, Guanajuato, México, en el periodo comprendido entre el primero de octubre de 2023 al 30 de noviembre del 2023. La serie de casos fue conformada por 22 pacientes pediátricos. Para realizar el estudio se recabaron los datos de los expedientes clínicos, obteniéndose los datos socio demográficos, historia clínica pediátrica, estudios de laboratorio y evolución hospitalaria. Se analizó así mismo el cumplimiento de la VE, el adecuado llenado del estudio epidemiológico y la calidad de la muestra de suero, así como el envío de ésta. Los datos fueron almacenados en una base de datos en Microsoft Excel versión 2021. Todos los pacientes cumplieron con la DO emitida por el CONAVE por medio del AVISO EPIDEMIOLOGICO CONAVE/02/2023/Dengue del 29/08/2023. La muestra fue de 22 pacientes, 12 hombres (54.5%) y 10 mujeres (45.5%), rango 3-17 años, con una edad promedio de 9.3 años. Todos residentes del Municipio de Irapuato. Respecto a la clasificación clínica del dengue, se reportaron 2 casos (9%) con dengue sin datos de

alarma, 18 casos (81.8%) con dengue con datos de alarma y 2 casos (9%) con dengue grave. El tiempo de hospitalización promedio fue de 94 horas. El diagnóstico de dengue con datos de alarma se presentó en 9 mujeres (50%) y 9 hombres (50%). Los dos casos de dengue grave se registraron en hombres, de los cuáles un paciente falleció. En complicaciones asociadas, un paciente de 13 años con dengue grave, confirmado por PCR sin reporte de serotipo, con encefalopatía, insuficiencia respiratoria que requirió ventilación mecánica, lesión renal aguda KDIGO I, pancreatitis, hepatitis, derrame pleural derecho, con traslado a UCIFE de la Unidad Médica de Alta especialidad del Bajío (UMAE 48) del IMSS, dándose de alta. Tuvimos una defunción, masculino de seis años, previamente sano, 9 días previos con cuadro gripal, dolor abdominal, vómito, fiebre no cuantificada, posteriormente presentó hematemesis y epistaxis; al presentar alteración del estado de alerta acudió a nuestro hospital, ingresando con Glasgow de 10, dolor abdominal intenso. En la tomografía craneal se observó hemorragia subaracnoidea en región occipital. El paciente presentó paro cardiorrespiratorio, recibió maniobras de reanimación avanzada, sin embargo, falleció.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las últimas décadas se ha incrementado la incidencia del dengue en el mundo, representando una de las mayores problemáticas de salud pública, ya que, según datos reportados, hay

entre 50 y 100 millones de infecciones al año y miles de muertes en más de 100 países con unos 2 mil quinientos millones de personas en riesgo (más del 40 % de la población mundial). El número de casos de dengue notificados en todo el mundo alcanzó su punto máximo en 2019. En la región de las Américas, durante el año 2022, se notificaron 2,811,433 casos de dengue superado por 2016 y 2019. En el estado de Guanajuato, Irapuato, fue el principal municipio con casos de dengue en el 2023, se confirmaron 243 casos, de los cuales 161 fueron DNG y 82 DCSA+DG, reportándose los serotipos 1,2 y 3 y con la defunción de 2 pacientes pediátricos de 6 y 8 años, uno de los cuales es registrado en este Hospital. (Fuente: SINAVE/DGE/SALUD)

El cambio climático hoy en día se considera el principal riesgo para la salud de los seres humanos, las condiciones de calor, humedad, lluvias, e inestabilidad del medio ambiente permite la perfecta condición para la presencia del mosquito. Los signos y síntomas en este estudio son los más reportados a nivel mundial, el estudio epidemiológico es el pilar fundamental para la investigación de caso, es fundamental conocer la situación epidemiológica del sitio geográfico en cuestión, con la finalidad de dar un tratamiento oportuno en niños con Dengue con Datos de Alarma y prevenir la mortalidad.

De acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) debemos tomar en cuenta los factores de riesgo para

sufrir una enfermedad y de esta manera lograremos la prevención. La dinámica de transmisión del virus del Dengue depende de interacciones entre el ambiente, el agente, la población de huéspedes y el vector, los que coexisten en un hábitat específico. La magnitud de tales interacciones definirá la transmisión del Dengue en una comunidad o país. De los macro factores determinantes podemos mencionar ambientales (latitud, altitud, temperatura, humedad) y sociales (densidad de población, patrones de asentamiento, viviendas, aprovisionamiento de agua, recolección de desechos sólidos, estado socioeconómico, creencias y conocimientos sobre el Dengue). Y de los micro factores son los factores individuales del huésped (sexo, edad, inmunidad, condiciones de salud, ocupación), factores del agente, factores del vector (abundancia y focos de proliferación de mosquitos, densidad de hembras adultas, edad de las hembras, frecuencia de alimentación, preferencia de huéspedes, disponibilidad de huéspedes, etc.) De acuerdo con Vargas-Navarro y cols. el principal obstáculo para erradicar el dengue ha sido no disminuir la presencia del vector que lo transmite, esto reforzado con ausencia de abastecimiento de agua potable, el uso de cilindros y tanques destapados y la recolección deficiente de desechos sólidos. Para finalizar un factor adicional, quizá el más importante, es la falta de participación comunitaria autogestora en los programas preventivos oficiales que hablen del vector, sus criaderos y la enfermedad. Necesariamente se debe involucrar a la comunidad en casos de

epidemias, con educación para la salud, distribución masiva de materiales impresos, campañas de radio y televisión. El control efectivo de criaderos del mosquito incluye el saneamiento ambiental, la participación social, la comunicación y educación en salud y el control químico y biológico.

CONCLUSIÓN

Es el primer año en toda la historia del Municipio de Irapuato y de nuestro Hospital que tenemos un aumento alarmante de ingresos de niños con diagnóstico presuntivo de Dengue, de tal manera que es nuestra primera experiencia en el diagnóstico y manejo de éste. Nos apegamos a la GPC "Clasificación, Diagnóstico y Tratamiento Integral del DENGUE, SS-151-08 y a las recomendaciones del CONAVE, así como con documentos oficiales publicados por organismos internacionales como OPS y OMS, y en literatura nacional e internacional para el manejo terapéutico. En todos los casos debemos aplicar las definiciones operacionales de caso probable para establecer el diagnóstico inicial, elaborando el "Estudio Epidemiológico de Enfermedades Transmitidas por Vector", así como notificar todos los casos probables, los casos de dengue no grave se deben registrar en las primeras 72 horas y para los casos de

dengue grave durante las primeras 24 horas en la Plataforma de Enfermedades Transmitidas por Vector del SINAVE. <https://vectores.sinave.gob.mx/>.

Tuvimos dos pacientes que cumplieron la definición de Dengue Grave, 1 sobreviviente quien tuvo traslado y atención en tercer nivel (UMAE 48) y un niño de 6 años quien falleció a las pocas horas de llegar al cuarto de choque de nuestra unidad, es la primera vez que en la Historia de nuestro Hospital (49 años) reportamos una muerte de Dengue confirmada con DNV-3 en un menor. Así mismo aprendimos y reflexionamos de la importancia obligada del aviso epidemiológico oportuno, de la calidad y envío de la toma de la muestra para poder confirmar los casos. Una de las tomas de muestra para RT-PCR fue a destiempo 7 días después del inicio del padecimiento actual, la cual se reportó negativa (contaba con IgM positiva). Nos rechazaron 3 muestras por falta de cumplimiento en la calidad del envío y por errores en el proceso administrativo, desafortunadamente durante el proceso de atención hospitalaria entre el servicio de urgencias, hospitalización pediatría y laboratorio 5 muestras fueron extraviadas, de tal manera que el proceso de atención desde el servicio de urgencias deberá ser reevaluado en nuestra unidad, definiendo responsabilidades de cada uno de los que intervienen en la atención hospitalaria de los niños.

PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH (VASCULITIS POR IGA) HEMORRÁGICO-AMPOLLOSA

Yaneth Estrada Núñez¹, Mónica L. Reyes Berlanga¹,
Hayde Guadalupe Hernández Huirache²

¹Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 2 IMSS Irapuato,

²Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:19

INTRODUCCIÓN

La forma hemorrágico-ampollosa de la Vasculitis IgA es a una de las presentaciones menos frecuentes de la enfermedad en niños (<2%). Se han reportado menos de 139 casos pediátricos a nivel mundial. Es la Vasculitis sistémica mas importante en pediatría principalmente afecta la piel, el tracto gastrointestinal, las articulaciones y el riñón. La ocurrencia es rara, y el pronóstico es bueno. El diagnóstico diferencial es difícil y pueden existir infecciones sobreagradadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de 4 años 5 meses de edad. Hijo de padres sanos, niegan antecedentes personales patológicos, originarios y procedentes de La Piedad Michoacán, refiere esquema de vacunación completo. El padecimiento inició 8 días antes de su ingreso con lesiones purpúricas en miembros pélvicos progresivas. Acudió a consultorio anexo a farmacia donde se diagnosticó Sarampión y se indicó tratamiento con aciclovir, ibuprofeno y caladryl. Evolución desfavorable con lesiones papulares y

después vesiculares. Acude a IMSS en Morelia, solicita alta voluntaria y acude a Irapuato. Diagnóstico Clínico de Púrpura de Schönlein Henoch hemorrágico ampollosa, laboratorios generales normales. Tratamiento: Metilprednisolona IV 1 mgkdia por tres días con evolución favorable, se da de alta con prednisona 1 mgkdia hasta la resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

La Púrpura de Schönlein Henoch es la Vasculitis más importante en la infancia sin embargo esta presentación hemorragica ampollosa es inusual no se han reportado más de 140 casos mundialmente, la presentación dificulta el diagnóstico el cual es completamente clínico, siendo el tratamiento el uso de corticoides, el paciente no presentó complicaciones y respondió adecuadamente al tratamiento.

CONCLUSIÓN

Es importante destacar que puede haber esta presentación poco usual de la Púrpura de Schönlein Henoch, que el error diagnóstico inicial conlleva tratamientos indebidos.

FASCITIS NECROSANTE SECUNDARIA A VARICELA COMPLICADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Nathalie Misha Álvarez Aguilera¹, Brenda Pamela Domínguez Zúñiga¹,
Mónica Jazmín Osorio Guzmán¹

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:20

INTRODUCCIÓN

Las sobreinfecciones bacterianas representan entre el 30 y el 70% de las complicaciones de varicela. Las infecciones de piel y tejidos blandos en niños inmunocompetentes son las más frecuentes y representan hasta la mitad de los casos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de paciente de 5 años, previamente sana. Inicia su padecimiento con fiebre y cuadro catarral, se deja manejo sintomático. Posteriormente con lesiones generalizadas de distribución centripeta, caracterizadas por pápulas y vesículas. Reinicia con fiebre, anorexia, diarrea y cambios en las características de las lesiones, así como dificultad respiratoria. Referida a esta unidad; a su ingreso palidez de tegumentos, estertores transmitidos de predominio derecho y crépitos bilaterales. Lesiones ulcerosas necróticas sin supuración, en pecho, abdomen y brazo derecho; genitales, región suprapúbica y poplíteas derecha

con zonas necróticas y bordes eritematosos. Se ingresa requiriendo un manejo multidisciplinario, donde quirúrgicamente se abordó con aseos quirúrgicos y terapia de presión negativa, llegando hasta la colocación de injertos.

DISCUSIÓN

Pese a que varicela tiene un curso generalmente benigno, produce complicaciones severas. En la fascitis necrosante el desbridamiento quirúrgico es el tratamiento de primera elección. La terapia de cierre asistido por vacío ayuda a promover la cicatrización mediante presión negativa controlada.

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la varicela es una enfermedad común en la infancia, en la cual pueden llegar a ocurrir complicaciones que pueden poner en peligro la vida; se trata de una entidad que requiere un manejo multidisciplinario y no solo de una especialidad.

CANDIDIASIS CONGÉNITA

Laura Paulina García Aguilera¹, Mónica Jazmín Osorio Guzmán¹

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:21-22

INTRODUCCIÓN

La candidiasis congénita es una condición poco común, con pocos casos reportados en la literatura. Entre las infecciones de esta etiología, suelen ser casos de sepsis tardía por colonización de catéteres en la mayoría de los casos. La infección congénita por *Cándida albicans* puede dar un amplio espectro de presentaciones, desde lesiones cutáneas difusas hasta una afección sistémica severa. Se comenta sobre un caso clínico de un prematuro, con un desenlace favorable.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un masculino obtenido vía parto eutócico a las 33 semanas de gestación. Antecedente relevantes: producto de la gesta 2 aborto 1, mal control prenatal. La madre cursaba con infección de vías urinarias al momento de nacimiento, diagnóstico de diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas de 1 semana de evolución. Apgar 8/9, Silverman-Andersen 0-0, 2 kg de peso. Por alto riesgo de sepsis se decide su ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, donde se inicia doble esquema antibiótico con ampicilina y amikacina. Sin embargo a las 48 horas inicia con distermias por lo que se cambia el esquema a cefotaxima / vancomicina. Los laboratorios de ese día reportan sin alteraciones, proteína C reactiva

negativa. Presenta lesión en miembro torácico izquierdo tipo dermoabrasión que se manejó con hialuronato de zinc. Continúa con mala evolución, sin tolerar la vía oral, febril, mal aspecto general, se toma hemocultivo a los 5 días de vida, el cual reporta crecimiento de *Cándida albicans*, así como leucopenia y trombocitopenia. Se inicia manejo con anfotericina con posterior cambio a fluconazol, además requirió transfusión de hemoderivados. Se toma muestra de líquido cefalorraquídeo el cual se encuentra turbio, con hipoglucorraquia pero sin crecimiento en el cultivo; ultrasonido abdominal sin evidencia de santuarios. A su vez, se recaban cultivo de exudado vaginal de la madre el cual reporta igualmente crecimiento de *Cándida albicans*. Tras 21 días de tratamiento se suspende fluconazol, con hemocultivos de control negativos. Recibió tratamiento con meropenem por infección por *Klebsiella pneumoniae* durante 7 días. Desde su ingreso solo requirió apoyo con oxígeno Indirecto y metilxantinas. Con evolución hacia la mejoría, se egresa a domicilio a los 34 días de vida con seguimiento en la consulta externa de pediatría.

DISCUSIÓN

La candidiasis congénita es poco común, suele verse en productos prematuros y/o de bajo peso al nacer. Se produce por ascenso de

organismos de un canal vaginal infectado hacia la cavidad uterina. Posteriormente, el estado inmaduro del sistema inmune del prematuro permite que penetre más allá de la piel, produciendo infecciones sistémicas. Las lesiones dérmicas suelen aparecer durante la primera semana de vida, con presentación variable pero es común ver manchas eritematosas similares a quemaduras. El diagnóstico de la candidiasis congénita se realiza al demostrar

crecimiento de hifas o esporas en los cultivos, aunque es esperado que se reporten negativos de manera inicial ya que el crecimiento es inicialmente en la piel.

CONCLUSIÓN.

El inicio precoz del tratamiento antifúngico es el factor más importante en cuanto a la mortalidad de estos casos. Si se encuentra un caso sospechoso, se debe iniciar el tratamiento aunque no se cuente con cultivos positivos.

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE ANEURISMA DE LA VENA DE GALENO: REPORTE DE CASO

Ma. de la Luz Bermúdez Rojas¹, Berenice Ochoa Navarrete, Magdalena Martínez Rivera, Miguel Ángel Sánchez Rodríguez, Martha Alicia Batta González, Luis Miguel Trigueros Mancera, Ma. Salud Alejandra Valadez Ortega, Virginia Medina Jiménez

¹Centro Estatal de Tamizaje Oportuno Hospital de Especialidades Materno Infantil de León
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:23-24

INTRODUCCIÓN

La malformación arteriovenosa de la vena de galeno es una anomalía vascular infrecuente que ocurre en 1 de cada 10,000 recién nacidos vivos sin predominio de sexo y propiciada por la persistencia de la vena embrionaria prosencefálica de Markowski. El diagnóstico prenatal, abordaje interdisciplinario perinatal y el seguimiento puede mejorar el pronóstico de las complicaciones esperadas, como el desarrollo progresivo de insuficiencia cardíaca y alteraciones cerebrales asociadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso, previo consentimiento informado y de acuerdo a las guías CARE, de una paciente multigesta de 24 años, 12 semanas de gestación que acude a valoración al Centro Estatal de Tamizaje Oportuno, gesta 3, aborto 1, cesarea 1, con antecedente de preeclampsia en gestación previa con criterios de severidad a las 32 semanas de gestación y muerte neonatal por complicaciones inherentes a la prematuridad. En la gestación actual se realiza tamizaje de primer y segundo trimestre sin alteraciones aparentes, sexo femenino; a las 29.5 semanas de

gestación se identifica una imagen quística supratentorial a nivel de la línea media con reforzamiento a la aplicación de Doppler color y poder, con flujo turbulento de 55.7 cm/seg, de 2x1.2x.1.7x1.6 cm y extensión hacia el seno sagital apreciándose dilatado, sin datos de anemia fetal, ni insuficiencia cardíaca, hidrops o polihidramnios. En la valoración por cardiología fetal se descarta alteraciones a este nivel; la resonancia magnética nuclear fetal corrobora el aneurisma mencionado. Resto de la gestación sin datos agregados. Nacimiento por cesarea a las 38.5 semanas de gestación, femenino de 3,370 gramos, Apgar 8/9, presentó dificultad respiratoria, un ducto arterioso grande e hipertensión arterial pulmonar moderada manejada con digitalítico por cardiología pediátrica; el ultrasonido transfontanelar corrobora el diagnóstico prenatal; se realiza embolización vascular con evolución favorable y en seguimiento por unidad pediátrica y neurohabilitación

DISCUSIÓN

El aneurisma de la vena de Galeno es una malformación arteriovenosa poco frecuente que puede acompañarse de complicaciones principalmente cardiovasculares; el diagnóstico

prenatal es asequible mediante neurosonografía fetal cuyo hallazgo típico es la imagen anecoica supratentorial tubular en la línea media superior al tálamo y contigua al seno sagital dilatado, flujo arteriovenoso activo al Doppler propiciando una imagen en cola de cometa o de cerrojo en los cortes axiales y en los sagitales se aprecia una imagen anecoica elongada detrás del cuerpo calloso y del cavum del septum pellucidum extendiéndose al seno sagital dilatado. Una vez hecho el diagnóstico como en nuestro caso, el complemento mediante resonancia magnética nuclear fetal puede aportar información adicional. El abordaje interdisciplinario incluyendo el cardiológico es mandatorio para

determinar las condiciones perinatales óptimas del nacimiento, la protocolización en la etapa neonatal por neurocirugía y adecuada programación quirúrgica. En nuestro caso, el curso evolutivo fue favorable gracias al manejo y seguimiento oportunos, así como a la falta de datos de mal pronóstico prenatal, como la presencia de insuficiencia cardíaca manifestada por hidrops que confiere una mortalidad del 80%.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico prenatal del aneurisma de la vena de Galeno es posible; permite identificar factores de mal pronóstico y optimizar el abordaje interdisciplinario, incrementando la posibilidad de sobrevida en estos casos.

SHUNT PLEURO-AMNIÓTICO EN FETO CON DERRAME PLEURAL POR CITOMEGALOVIRUS: REPORTE DE CASO

Ma. de la Luz Bermúdez Rojas¹, Igor Jesualdo López López, Teresa Miriam Flores Amador, Alberto García Hinojosa, Helder Leopoldo Ayon Flores, María Cervantes Sodi, Ricardo Alberto López González, Jorge Delgado Flores, Carlos Magaña Abarca, Virginia Medina Jiménez

¹Centro Estatal de Tamizaje Oportuno Hospital de Especialidades Materno Infantil de León
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:25-26

INTRODUCCIÓN

El derrame pleural severo en el feto, cuenta con una incidencia estimada de 1 por cada 15,000 nacimientos, y pueden ser asociadas con una morbimortalidad significativa debido a la compresión pulmonar, hipoplasia pulmonar, cambios mediastinales, polihidramnios y al deterioro del retorno venoso al corazón, que conduce a insuficiencia cardíaca e hidrops; actualmente es posible la colocación de shunt pleuroamniótico como parte del tratamiento en algunos casos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos este caso previo consentimiento informado y de acuerdo a las guías CARE: Paciente secundigesta de 17 años de edad, sin antecedentes relevantes para el padecimiento actual; referida a las 27.0 semanas al Centro Estatal de Tamizaje Oportuno (CETO) y al Hospital de Especialidades Pediátricas Materno Infantil de León (HEMIL), encontrando datos ultrasonográficos de hidrops no inmune (derrame pleural severo unilateral izquierdo, ascitis importante), una hipoplasia pulmonar

secundaria (LHR O/E 56% pulmón derecho, LHR O/E 26% pulmón izquierdo) e hidrocele bilateral. Se protocoliza a la madre y feto efectuándose a las 27.4 semanas de gestación amniocentesis con resultado cariotipo molecular masculino normal por microarreglos, así como positividad en la PCR para citomegalovirus, indicándose tratamiento con Valaciclovir a dosis de 8g/día y laboratoriales seriados de control materno, cultivos vaginales negativos; así como cervicometría materna, ecocardiografía y neurosonografía fetal normal. Se realiza colocación de shunt pleuroamniótico tras valoración por Cirugía Fetal y monitorización a través del LHR O/E pulmonar bisemanal de hipoplasia hasta la semana 34, tiempo en que presenta contractilidad irreversible a medicación y con un 41% LHR O/E de pulmón izquierdo, un 51% de pulmón derecho y ausencia de derrame pleural derecho, se obtiene por cesárea un RN masculino, 2255g de peso, SA 2, Apgar 7/9, que requirió colocación de sonda endopleural con extracción de 15 cc. La TAC de Torax reporta hipoplasia pulmonar izquierda, múltiples septos en región apical y media derecha, así como enfisema lobar congénito; tras indicación de

neumología pediátrica se realiza toracostomía con drenaje de quiste pleural izquierdo. A 10 meses de edad y con seguimiento por parte de unidad pediátrica y neurohabilitación, se encuentra sin requerimiento de oxígeno y con adecuada evolución.

DISCUSIÓN

El shunt pleuroamniótico ha sido extensamente utilizado en el manejo del derrame pleural severo, con el objetivo de prevenir hipoplasia pulmonar, revertir hidrops y polihidramnios; con una sobrevida fetal mayor inclusive al 76%. Sin embargo, la colocación del shunt pleuroamniótico está asociado con un alto número de complicaciones, como el riesgo de ruptura prematura de membranas, parto pretérmino (similar a cualquier otro procedimiento invasivo). El shunt pleuroamniótico puede presentar malfuncionamiento, debido a un acodamiento o inclusive extracción fetal. Complicaciones menos frecuentes incluyen: dislocación del shunt hacia cavidad materna peritoneal o al tórax fetal,

fuga útero-peritoneal de líquido amniótico, oligohidramnios secundario y ascitis materna. Complicaciones postnatales como broncodisplasia o hipertensión pulmonar persistente se mencionan < 8.8%. Su colocación, debe efectuarse bajo manos expertas lo que reduce el riesgo de complicaciones mencionadas e imperativamente requiere de protocolización etiológica, abordaje integral e interdisciplinario materno y fetal. En nuestro caso, el procedimiento se realizó sin complicaciones evitando la progresión a hidrops e hipoplasia pulmonar secundaria a derrame pleural, aunado al tratamiento para la infección por citomegalovirus.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico prenatal de derrame pleural permite identificar después de la protocolización integral y manejo interdisciplinario los casos candidatos a colocación de shunt pleuroamniótico y bajo manos expertas, puede evitar la progresión a hipoplasia pulmonar e hidrops. Aún en los casos de éxito es importante el seguimiento postnatal por áreas pediátricas y neurohabilitación.

PRESENTACIÓN MUCOCUTÁNEA FACIAL, PLANTAR Y PALMAR: SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS

Águeda Cecilia Ibarra Ríos¹, Jesús Castro Ballesteros¹, Ana Karen Medina Cárdenas¹

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:27-28

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad relativamente rara, hereditaria, aunque se ha descrito hasta un 20 % de casos esporádicos. Clínicamente se diagnostica por la asociación de una pigmentación mucocutánea facial y la presencia de pólipos intestinales de tipo hamartomatosos.

Entre los problemas asociados se describen las intervenciones quirúrgicas secundarias a los pólipos intestinales, así como la alta incidencia de desarrollo de tumores que pueden llegar a presentarse en la edad adulta.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente femenina de 14 años en quien, secundario a una laparotomía exploratoria debida a oclusión intestinal y megayeyuno por oclusión crónica, hubo el hallazgo de múltiples pólipos intraluminales. La paciente posterior a esta cirugía ha sido sometida a polipectomías gástricas y de recto por endoscopia.

DISCUSIÓN

El síndrome de Peutz-Jeghers es una enfermedad hereditaria de incidencia

rara, de 1:8,300 a 1:1,200,000, sin predisposición de raza o de sexo, transmitida con una herencia autosómica dominante, aunque entre el 10-20% de los casos descritos son esporádicos, y no existe historia familiar, como es el caso de nuestra paciente.

La lesión cutánea característica es la existencia de manchas de pequeño tamaño (de 1-5 mm) de color oscuro-negro en los labios y dentro de la mucosa bucal. También pueden observarse alrededor de los ojos, de los orificios nasales y en la zona perianal, por lo que algunos autores hablan de un síndrome periorificial.

Asimismo es posible encontrar las máculas en los dedos de las manos y pies. Las lesiones dérmicas pueden aparecer raramente ya al nacimiento, o con más frecuencia, en el 75% de los casos en la infancia, en el primer-segundo año de vida, en el caso particular de nuestra paciente aparecieron alrededor de los 12 meses. La aparición de las lesiones maculares es, por lo general, mucho antes del inicio de la sintomatología clínica abdominal, y desaparecen o se aclaran con la edad, en la tercera década de la vida, aunque las lesiones de la mucosa bucal tienden a persistir toda la vida, lo que facilita el diagnóstico a edades tardías.

CONCLUSIÓN

Pese a que se trata de una enfermedad relativamente rara en la población mexicana, es de suma importancia estar relacionado con el

aspecto de las lesiones maculares, para en caso de encontrarlas en un paciente, no pasar por alto la búsqueda intencionada de patología abdominal con endoscopia oportuna, y eventualmente evitar o aminorar complicaciones tales como oclusión intestinal, choque e incluso neoplasias malignas.

CASO CLÍNICO. CONEXIÓN ANÓMALA TOTAL DE VENAS PULMONARES EN PACIENTE MAYOR DE 1 AÑO

Hilda Irazú Espinosa Martínez¹

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:29

INTRODUCCIÓN

La conexión anómala total de venas pulmonares constituye de 1.5 a 5.0% de las cardiopatías congénitas, con incidencia de 6.8/100,000 nacidos vivos, 70% son diagnosticados en la etapa neonatal. Pese a esta estadística en ocasiones estas no son diagnosticadas hasta la infancia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de 2 años sin adecuado control prenatal, por lo que el diagnóstico sucede hasta febrero del 2024, por sintomatología propia de hipertensión pulmonar, a la exploración con soplo sistólico en foco pulmonar. Ecocardiograma del 26/04/2024 que reporta: Conexión anómala total de venas pulmonares supracardíaca a vena cava superior. Corrección quirúrgica el día 02/07/2024 se encuentra defecto a la altura de vena vertical en desembocadura de vena innominada, ecocardiograma 03/07/24: desembocadura de venas pulmonares hacia atrio izquierdo; disfunción sistólica y diastólica leve del VI y VD.

Se logra egreso el 12/07/2024 con clara mejoría.

DISCUSIÓN

En la mayoría de casos el diagnóstico se establece en la etapa neonatal, con hallazgo principal de cianosis, en este paciente pese a la anatomía modificada por la evolución de la patología se preserva asintomático inicialmente dado los cortocircuitos existentes, sin embargo, se presenta con signos característicos de hipertensión pulmonar y falla cardíaca derecha, pese al pronóstico funcional que se esperaba inicialmente paciente evoluciona hacia clara mejoría

CONCLUSIÓN

Idealmente debe tenerse en cuenta esta patología en todo neonato con sospecha de cardiopatía cianógena, ya que si bien es poco frecuente, tiene consecuencias desastrosas anatomofuncionales para el paciente con diagnóstico tardío, aumentando mortalidad y reintervención en aquellos que se diagnostican más allá del período neonatal.

ANGIOMATOSIS DIFUSA DE BAZO EN PACIENTE FEMENINO DE 3 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS TUBEROSA

Jessica Michelle Castillo Aguirre¹, Senyi Zamarripa Martínez¹, Vanessa Ventura Molina¹

¹Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:30-31

INTRODUCCIÓN

La esclerosis tuberosa se trata de una enfermedad de origen genético, neurocutánea, autosómica dominante, la cual se asocia a predisposición para la formación de tumores benignos (hamartomas). Se reporta una incidencia de 1:5800-10,000 recién nacidos, y prevalencia 6.8-12.4 casos por cada 100,000. La angiomasia difusa de bazo es una neoplasia vascular rara, se desconoce su incidencia en Latinoamérica, y no hay casos reportados hasta el momento ante la presencia de esclerosis tuberosa.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 3 años con antecedentes familiares de abuela materna y madre con esclerosis tuberosa (TSC) y astrocitoma de células gigantes, referida al Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB) el 18 de enero de 2024 para evaluación de un tumor abdominal. La paciente presentaba manifestaciones clínicas de TSC, incluyendo máculas hipopigmentadas, lesiones cutáneas en confeti, hamartoma retiniano, túberes corticales y nódulos subependimarios. Los síntomas iniciales de la paciente comenzaron cuatro meses antes de la referencia, durante una consulta

pediátrica de rutina el 16 de enero de 2024, se detectó un tumor abdominal. La tomografía abdominal reveló una masa hiperdensa infraesplénica de aproximadamente 150x90 mm y distensión vesical. Una evaluación adicional incluyó una tomografía axial computarizada (TAC) el 20 de enero de 2024, que mostró una masa esplénica homogénea (139x90x101 mm, 527 cc) con realce tras la administración de contraste. Un electroencefalograma el 23 de enero de 2024 mostró actividad epileptiforme anormal, y se trató a la paciente con levetiracetam. El 24 de enero de 2024, se comenzó el tratamiento con everolimus (4.5 mg/m²/día), lo que mejoró los recuentos plaquetarios. Debido al tamaño del bazo, no poder garantizar el tratamiento oportuno con everolimus y falta de evidencia de la causa primaria de esplenomegalia se planificó una esplenectomía, previo esquema de vacunación indicado por infectología.

El 18 de junio de 2024 es operada de esplenectomía total sin complicaciones, hallazgos de patología: angiomasia difusa congestión pasiva, sin evidencia de malignidad, sin evidencia de microorganismos.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de la esclerosis tuberosa se realiza de manera clínica: presencia de dos criterios mayores y uno mayor con 2 menores. Hasta 95% presenta manifestaciones cutáneas: manchas hipopigmentadas, angiofibromas, placas fibrosas. mutaciones en el gen TSC1 está asociada a un fenotipo menos grave que las TSC2. Epilepsia, se presenta hasta en el 96% de los casos, desarrollándose normalmente en el primer año de edad. Hasta 50% tendrá afectación cognitiva. La angiomasia del bazo es una neoplasia vascular rara, por lo que poco se conoce de su epidemiología, patogénesis historia natural de la enfermedad, tratamiento y pronóstico. Se ha visto asociación con presencia de malignidad en el 60% de los casos (en todos los casos la patología maligna ya se encontraba presente antes del desarrollo del angioma). También se la ha asociado como posible etiopatogenia a la presencia de alteraciones inmunes, ante la presencia de alguna

enfermedad de base que cause estos disturbios (quimioterapia, lupus eritematoso sistémico, trasplante renal, anemia aplásica, etc). Cuando afecta una porción amplia del bazo puede cursar con pancitopenia, hipofibrinogenemia, e hipertensión portal, entidad la cual se denomina síndrome de Kasabach-Merrit, como lo fue en la evolución de nuestra paciente.

CONCLUSIÓN

La esclerosis tuberosa y la angiomasia difusa de bazo, es una asociación de la cual no se tiene bibliografía hasta el momento, se le ha asociado con otro tipo de patologías sistémicas, pero nunca con esclerosis tuberosa. Se ha visto que la esplenectomía es el tratamiento de elección, en 94% de los casos, no hubo recurrencia. Nuestra paciente posterior a la esplenectomía se encuentra con mejoría de cifras plaquetarias. Hasta el momento no hay casos reportados de angiomasia difusa de bazo ante la presencia de esclerosis tuberosa, por lo que sería el primer caso clínico reportado de américa latina.

RETO EN EL DIAGNÓSTICO DE UNA CONEXIÓN ANÓMALA TOTAL DE VENAS PULMONARES

Joselyne López López¹, Rocío Gissell Cordero Suárez¹, María Cecilia Martínez Morales¹, Jorge Ariel Montero Torres¹, Astrid Flores Almaguer¹

¹Hospital de Gineco Pediatría No. 48, Centro Médico Nacional del Bajío, Instituto Mexicano del Seguro Social, León, Guanajuato
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024; Suppl 1:32-33

INTRODUCCIÓN

La Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares (CATVP) es una cardiopatía congénita cianógena en la cual las cuatro venas pulmonares desembocan en la circulación venosa sistémica. La presentación clínica depende de la heterogeneidad anatómica, presencia y grado de obstrucción. Posee una incidencia de 0.6– 1.2 por cada 10 000 NV, representando el 0.7-1.5% de todas las cardiopatías congénitas, y la variante infracardiaca figura del 15-26% de todas las CATVP.

Pertenece a las cardiopatías congénitas críticas, representando un reto diagnóstico en el recién nacido con hipoxemia e hipertensión pulmonar al ser infrecuente.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Recién nacido masculino de 4 días de vida, producto de gesta 3 para 1 abortos 0 óbito 1 cesárea 1, madre de 33 años con Diabetes Mellitus tipo 2 en manejo con insulina, descontrolada. Nace vía abdominal; respiró y lloró al nacer, con adecuado esfuerzo respiratorio, Capurro 38 semanas de gestación, peso 3260 gr y talla 51 cm. Presentó desaturación, por lo que se proporcionó oxígeno

suplementario; se agregó dificultad respiratoria y se progresa a ventilación mecánica invasiva. Por datos de bajo gasto inician apoyo aminérgico y refieren a nuestra unidad.

A la exploración física con saturación de 75%, Soplo sistólico paraesternal izquierdo bajo, grado II/VI, reforzamiento del 2° ruido, radiografía de tórax sin cardiomegalia con datos de congestión vascular

Ecocardiograma transtorácico: CATVP variedad infracardiaca obstruida en el colector, defecto interatrial no restrictivo, ducto arterioso grande reverso, arco aórtico hipoplásico, función biventricular conservada.

AngioTAC: Retorno Venoso Pulmonar anómalo total tipo III.

Sesión médico-quirúrgica: aceptándose para redirección de flujo venoso pulmonar. En el postquirúrgico inmediato con síndrome de bajo gasto cardíaco por lo que fallece.

DISCUSIÓN

La clínica y exploración física se modifican acorde al tipo de conexión, presencia y grado de obstrucción; los pacientes con obstrucción severa, como en el caso descrito, presentan síntomas desde el nacimiento con hipoxemia, insuficiencia respiratoria y

CONCLUSIÓN

shock. La radiografía puede carecer de cardiomegalia, pero con imagen de vidrio despulido, lo que puede resultar difícil de distinguir de patologías como el Síndrome de Dificultad Respiratoria, Hipertensión Pulmonar Persistente del Recién Nacido o choque séptico. Se ameritan estudios adicionales como electrocardiograma, radiografía de tórax, ecocardiografía y TAC para confirmar el diagnóstico.

Los pacientes con CATVP muestran un cuadro clínico inespecífico dependiente de la variabilidad anatómica, lo que conlleva a un retraso en el diagnóstico, manejo quirúrgico y aumento de la morbimortalidad, por lo que es indispensable que los profesionales de la salud se adiestren en la detección de cardiopatías congénitas y tamiz cardíaco neonatal.

TIMOMA COMO PRECURSOR DE UN LINFOMA LINFOBLÁSTICO T EN UN ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO

Karen Patricia Murillo del Toro¹, José Antonio León Espitia¹, Jesús González Guzmán¹,
Francisco Javier García Valle¹

¹Hospital General León, Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:34-36

INTRODUCCIÓN

El linfoma linfoblástico T es un subtipo agresivo del linfoma no Hodgkin considerado una neoplasia de linfoblastos comprometidos con el linaje de células T, comprende el 15% de todos los linfomas no Hodgkin y afecta principalmente ganglios linfáticos, timo o médula ósea, presentándose clínicamente como una masa mediastínica, pancitopenia o linfadenopatía generalizada, por otro lado el timoma es una neoplasia epitelial infrecuente, que se origina a partir de células epiteliales del timo y frecuentemente se asocia con linfocitos no neoplásicos inmaduros, clínicamente no doloroso con síntomas compresivos, derrame pleural y linfadenopatía significativa, por lo que ambas patologías son neoplasias mediastínicas primarias con presentaciones clínicas similares y características histológicas superpuestas. El diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia con reporte histopatológico y en ocasiones, la distinción microscópica es difícil porque los linfocitos inmaduros asociados con el timoma pueden parecerse a las células del linfoma linfoblástico T.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de 13 años con antecedente de sintomatología de aproximadamente 1 mes de evolución con sensación de cuerpo extraño, tos, odinofagia y disfagia acompañado de aumento de volumen en cuello y dificultad respiratoria ameritando manejo avanzado de la vía aérea, cuenta con tomografía axial computarizada (TAC) de cuello reportándose absceso en espacio cervical izquierdo con extensión a mediastino superior; antecedente quirúrgico por esternotomía y tumorectomía evidenciando tumor en mediastino anterior y superior de aspecto nacarado parecido a tejido linfoide, con toma de biopsia y reporte histopatológico de Timoma con marcadores cd3, cd20 positivo en células b, cd5 células epiteliales tímicas, cd68 y cd117, de bajo grado. Enviado al servicio de oncología pediátrica por aparición de disfagia y aumento de volumen en cuello; A su recepción tensión arterial: 110/70mmhg, frecuencia cardíaca: 90 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 18 por minuto, temperatura: 36°C, en buen estado general, neurológicamente íntegro con presencia de cicatriz paraesternal con

herida en cuello de intervención quirúrgica previa, cardiopulmonar sin compromiso, a la palpación en hemicuello izquierdo con aumento de volumen importante, a la palpación se delimita tumor/ganglio de aproximadamente 3x4cm, indurado, fijo a planos profundos y doloroso. Paraclínicos: hemoglobina 10.4, leucocitos 11.57, neutrófilos 9.1, plaquetas 395 mil, creatinina 0.4, albúmina 2.7. TAC simple y contrastada de cuello y tórax reportándose masa de extensión desde mediastino anterior hasta cuello de lado izquierdo, abrazando grandes vasos, comprimiendo y desplazando vía aérea, con bordes mal definidos e importante compromiso ganglionar. Se inicia abordaje por Timoma estadio II de Masaoka con aparente residual macroscópico con manejo inicial con quimioterapia ADOC para Timoma invasivo, sin embargo, debido a comportamiento tumoral atípico se realiza una nueva revisión de laminillas histopatológicas concluyéndose Linfoma no Hodgkin Linfoblástico pre T estadio III sin afectación a otro nivel por lo que se modifica quimioterapia al protocolo SJXV, al término de la consolidación se documenta respuesta completa por tomografía y se decide continuar fase de mantenimiento, después de la semana 5 presenta deterioro neurológico súbito con datos de focalización y defunción por enfermedad vascular cerebral isquémica.

DISCUSIÓN

El linfoma linfoblástico es un subtipo muy raro y agresivo del Linfoma No Hodgkin del adulto con frecuente afectación mediastínica; una biopsia inicial puede tener características celulares de un Timoma debido a que tanto el Timoma como el Linfoma Linfoblástico T surgen en el mediastino y los linfocitos inmaduros asociados con el Timoma pueden parecerse a las células del Linfoma Linfoblástico T, incluso la patogénesis todavía no es clara pero los linfocitos del Timoma pueden tener conversión en Linfoma Linfoblástico T o puede haber ocurrido coincidentemente y haberse infiltrado en el Timoma, por lo que el caso clínico del paciente coincide con lo reportado en la literatura debido a la evolución insidiosa, con reporte histopatológico inicial de Timoma Masaoka-Koga estadio II recibiendo quimioterapia con el protocolo ADOC para Timoma invasivo y revaloración por presencia de Timoma residual macroscópico debido al aumento de volumen con reestadificación a Linfoma Linfoblástico T asociado o probablemente originado en Timoma B2, por lo que la presencia de células epiteliales neoplásicas en el Timoma es un clave importante en el comportamiento biológico de la patología.

CONCLUSIÓN

Se presenta el caso clínico de un paciente con Timoma y Linfoma Linfoblástico T concurrentes manifestados como una masa mediastínica anterior. El Timoma y el Linfoma Linfoblástico T pueden

combinarse aunque son raros; la sospecha diagnóstica es clínica y complementaria con estudios de imagen, el diagnóstico definitivo es histopatológico, surgen en el mediastino y los linfocitos inmaduros asociados con el Timoma pueden parecerse a las células del Linfoma Linfoblástico T en términos de su morfología e inmunofenotipo por lo

que ante la sospecha de Timoma y visualización de linfocitos con atipia se debe considerar el análisis genético molecular para descartar la posibilidad de Linfoma Linfoblástico T. El pronóstico es reservado a evolución debido a la baja frecuencia de estas patologías concurrentes y en el caso del paciente se observó un desenlace desfavorable debido a las complicaciones asociadas.

VIRUS DE EPSTEIN-BARR COMO AGENTE DESENCADENANTE DE LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA EN ESCOLAR. PRESENTACIÓN DE CASO

Antonio Caro García¹, Felipe Altamirano Guajardo¹, Mónica Jazmín Osorio Guzmán¹

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:37

INTRODUCCIÓN

La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es una entidad con elevada mortalidad. Típicamente se presenta en niños, provocada por una respuesta inadecuada del sistema inmunológico a un desencadenante (infeccioso, neoplásico, reumatológico o metabólico) ocasionando una hiperreacción inflamatoria.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenina de 9 años, previamente sana, vacunación completa. Inició el 19/04/2024 con cuadro respiratorio y fiebre, tratada con antiinflamatorio no esteroideo y amoxicilina-clavulanato, presentando exantema generalizado que se autolimita. Acude el 06/05/2024 a urgencias, persistiendo fiebre de 39°C, además, ataque al estado general, ictericia, dolor abdominal, coluria, acolia y hepatoesplenomegalia. Presenta panel viral para hepatitis negativo. Se inicia abordaje multidisciplinario, encontrando trombocitopenia, transaminasas elevadas, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia e hipofibrinogenemia. Por alta sospecha de síndrome hemofagocítico, se inicia protocolo HLH-2004 a base de dexametasona, ciclosporina,

gammaglobulina y etopósido. Se realiza aspirado de médula ósea que reporta presencia de macrófagos. La paciente evoluciona satisfactoriamente con mejoría clínica y normalización de los parámetros bioquímicos. Tras 10 días hospitalizada, Se egresa a domicilio continuando con protocolo.

DISCUSIÓN

El VEB es un desencadenante común, no obstante, la HLH es infradiagnosticada. La clínica y la erupción cutánea asociada a la amoxicilina, dictó la probable etiología. Nuestra paciente cumplía 4/8 criterios, sin embargo, ante la alta sospecha, se inició el protocolo HLH-2004, presentando mejoría clínica y bioquímica. Finalmente se confirmó el diagnóstico al evidenciarse hemofagocitosis en médula ósea.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico y manejo oportuno impacta directamente en el pronóstico. La HLH condiciona una rápida progresión, alta mortalidad y graves secuelas. El pediatra debe contar con el conocimiento y criterio clínico para poder identificarla de forma pertinente.

RESISTENCIA A CARBAPENEMS EN SEPSIS NEONATAL TEMPRANA

Aide Sanluis Montiel¹, Mónica Jazmín Osorio Guzmán²

¹Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, ²Hospital General León
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:38-39

INTRODUCCIÓN

Sepsis neonatal temprana (SNT) se manifiesta con signos y síntomas sistémicos con aislamiento de un patógeno en sangre o líquido cefalorraquídeo en un paciente menor a 72 horas de vida. La incidencia es del 1%. Sus principales agentes etiológicos son *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Streptococcus del grupo B*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El día 13.07.24 se recibe femenina de 38 años con embarazo de 29 semanas de gestación, con preeclamsia con datos de severidad. A su ingreso TA 170/110 mmHg, se administran 3 dosis de labetalol sin respuesta, por lo cual se decide resolución del embarazo por cesárea.

Se obtiene recién nacido masculino de 29 semanas de gestación, peso 0.935 kg, talla 33 cm, no vigoroso, responde a ciclo de VPP (ventilación con presión positiva), Silverman 2, pasa a UCIN donde se progresa a ventilación con presión positiva continua (CPAP), presentando falla a dicho manejo con 3 eventos de apnea consecutivos, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Adicionalmente, se administra surfactante.

Ante sospecha de SNT, se toma hemocultivo periférico y se aísla bacilo gram negativo, iniciándose antibiótico empírico con ampicilina y amikacina.

El 16.07.24 presenta deterioro hemodinámico, motivo por el que se escala a cefalosporina de tercera generación (cefotaxima + ampicilina). Neurológicamente hipoactivo con ultrasonograma transfontanelar que muestra hemorragia intraventricular grado II; respiratorio con ventilación nasal PPI; hemodinámicamente con apoyo de vasopresores; gastroalimentación con alimentación con NPT (nutrición parenteral total); hematoinfeccioso con evidencia de endocarditis por ecocardiograma del 26.07.24 con reporte de vegetación adherida al septum interauricular de 5x6 mm, con hemocultivo definitivo que reporta: *E. coli* productor de carbapenemasa de clase B, tipo NDM y *K. pneumoniae* con betalactamasa de espectro extendido (BLEE). Terapia antimicrobiana actual con colistina, meropenem y tigeciclina. Los hemocultivos del 26.07.24 reportados sin crecimiento bacteriano.

DISCUSIÓN

Se ha documentado con mayor frecuencia infecciones en prematuros causadas por bacterias gram negativas resistentes a antibióticos. Los factores de riesgo son: peso al nacer <1500 g y exposición a cefalosporinas de tercera generación. La CDC define a los enterobacteriales (CRE) resistentes al carbapenem como bacterias resistentes al menos un carbapenem. Las infecciones por

bacterias productoras de carbapenemasa tienen alta mortalidad, contando actualmente con algunas opciones terapéuticas como la colistina.

CONCLUSIÓN

El uso indiscriminado de antibióticos representa un problema de salud pública de proporciones epidemiológicas.

La administración de antibiótico se debe realizar de forma juiciosa, con el objetivo de reducir el riesgo de resistencia.

DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA LIGADA AL X. A PROPÓSITO DE UN CASO

Joram Israel Arath Arias Mata¹, Jesús Flores Trejo¹, Diego Adrián Ortiz Padilla¹,
Diana Isabel López Ruiz¹,

Gustavo Medina², Vania Isabel Rodríguez Molina², Gerardo Rojas Artiaga²

¹Departamento de Medicina y Nutrición Universidad de Guanajuato Campus León,

²Hospital General # 58 IMSS León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:40

INTRODUCCIÓN

La diabetes insípida nefrogénica ligada al cromosoma X reporta una incidencia de 4 casos por millón de varones nacidos. El pronóstico es favorable con un tratamiento regular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de 10 meses de edad que presenta un cuadro de neumonía adquirida en la comunidad, poliúrico, con deshidratación y sodio sérico de 169 mEq/L. El cual no disminuyó a pesar de recibir tratamiento y corrección de la deshidratación. Se realizó prueba con desmopresina I.V. sin modificación del sodio sérico ni del volumen urinario. Ya que no se contaba con valores de osmolaridad urinaria, se realizó una segunda prueba con desmopresina I.V., con osmolaridad urinaria basal de 227.63 mOsm/kg y a las 4 horas de 275.2 mOsm/kg y con sodio de 156 mEq/L, resultando negativo para el diagnóstico de diabetes insípida central.

Se inició tratamiento con hidroclorotiazida e indometacina lográndose normalizar el sodio. El estudio genético exoma confirmó el diagnóstico de diabetes insípida nefrogénica ligada al X.

DISCUSIÓN

Los pacientes con esta enfermedad tienen una osmolaridad urinaria menor de 300 mOsm/kg después de la aplicación de desmopresina lo cual es concordante con este caso, además de la similitud en la edad de presentación, ya que la mayoría se diagnostican antes de los 3 años de edad.

CONCLUSIÓN

La desmopresina como test inicial ante cuadros sugestivos parece un estudio diagnóstico útil para el abordaje de primera intención del paciente que permitió descartar diabetes insípida de origen central, antes de su posterior confirmación con el ensayo genético.

MEGACOLON, MEGA RECTO Y MEGA SIGMOIDES EN ADOLESCENTE CON ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. REPORTE DE CASO

Elizabeth Otero Chamorro¹, Antonio Caro García, Andrea Sofía Soto Macedo¹,

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:41-43

INTRODUCCIÓN

El estreñimiento funcional es un problema común en pediatría, con una prevalencia mundial estimada del 3 %, describiéndose como un 25% de las consultas en gastroenterología. Su fisiopatología es multifactorial, en un 90-95% de los casos de causa funcional. Es necesario una acuciosa anamnesis y examen físico en búsqueda de antecedentes que pudieran orientar a patología orgánica, incluyendo momento de eliminación de meconio, coexistencia de enuresis e infecciones urinarias, así como el consumo de medicamentos. Se ha observado que los niveles socioeconómicos bajos tendrían relación con mayores prevalencias de constipación crónica, así como también una relación inversa con el número de años de estudios de los padres. Otros factores de riesgo serían el sedentarismo, el bajo consumo de fibra, frutas y verduras, vivir en zonas de mayor densidad poblacional, historia familiar de constipación, eventos de vida estresantes y depresión. Esta patología no sólo tiene implicancias económicas, debido al costo asociado a las consultas médicas, sino que también por atenciones en unidad de emergencia y gasto en medicamentos. La constipación

crónica impacta la calidad de vida de manera comparable a otras enfermedades crónicas, afectando el desempeño escolar y generando ausentismo. Su manejo está orientado a educación, cambios en la dieta, formación de hábito defecatorio, medidas de desimpactación fecal y mantenimiento de hábito defecatorio. Un 25-30% de los pacientes continúan sintomáticos hasta la vida adulta. El megacolon es una patología grave, de múltiples causas, una de ellas, la constipación crónica no tratada o con pobre adherencia a tratamiento, de la cual existe poca literatura en pediatría. Pese a que no se encontraron reportes específicos de megacolon asociados a constipación crónica, se describe una mortalidad variable asociada a esta patología, que puede llegar hasta 45%, según la serie analizada.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Adolescente de 12 años con antecedente de constipación crónica desde los 4 años. Ingresó al Servicio de Urgencias referida de Unidad de medicina familiar 53, por hallazgo de masa pélvica asociado a cambios en el hábito intestinal, ausencia de evacuaciones en las últimas 2 semanas, con posterior escurrimiento

fecal, por probable rebosamiento, causando dolor y ardor en el región anal, por lo cual consulta a medico familiar, al ingreso en buenas condiciones generales, a la exploración dirigida en abdomen no distensión, ruidos peristálticos presentes disminuidos en cantidad y frecuencia, a la palpación masa pélvica sólida, localizada por encima de la cicatriz umbilical de aproximadamente 14 cm de diámetro, móvil, no dolorosa, se realiza ultrasonido pélvico: reportando vejiga desplazada a fosa iliaca izquierda, útero y ovario izquierdo no valorable por imagen sólida de grandes dimensiones que impide el paso de haz de ultrasonido por lo cual se realiza, dado sospecha de masa dependiente de anexo izquierdo, se valora por ginecología y obstetricia, se descarta embarazo con B-hCG negativa, se solicita Tac abdomino pélvica con contraste: reportando importante dilatación de colon y de recto 10.05 y sigmoides de 7.9 mm con engrosamiento mural de la pared de recto de hasta 16.2 mm sin condicionar obstrucción aparente. Se administra medio de contraste endovenoso se visualiza sutil reforzamiento mucoso, dichas asas dilatadas condicionan desplazamiento anterolateral a la derecha y compresión de vejiga y útero. No se delimitan crecimientos ganglionares en cadenas intraabdominales, marcadores tumorales: alfa feto proteína, CA 125, CA 19-9, Antígeno carcinoembrionario, negativos, baja probabilidad de tumor, por lo cual se interconsulta a pediatría, quien inicia

abordaje clínico, se inspecciona el ano y la región sacra sin presencia de alteraciones o malformaciones, heces presentes alrededor del ano y escurrimiento, se realiza tacto rectal encontrando ámpula rectal ocupada por fecaloma de 18.4 cm (recto 10.5 cm y sigmoides 7.9 cm) por lo que se inicia desimpactación rectal con enemas de fosfato y oral a dosis de desimpactación, se interconsulta a gastroenterología pediátrica quien indica mantener desimpactación rectal y oral por 7 días o hasta lograr desimpatación, y ampliar estudios para descartar otras etiologías, sospecha de etiología funcional, se solicita VSG, P-ancas, C-ancas, inmunoglobulinas y estudio serológico para Chagas, reportados como negativos, se logra desimantación parcial y se da egreso con manejo de mantenimiento y valoraciones integradas por especialidades de pediatría, gastroenterología y cirugía pediátrica para confirmar etiología probable. Radiografías de abdomen simple evidenciando progresión desde el ingreso y cambios radiológicos con la administración del manejo medico en el tiempo de hospitalización hasta el egreso.

DISCUSIÓN

Ante un paciente constipado, el “mejor test diagnóstico” es una historia y examen clínico completos e interrogar sobre la eliminación de meconio, el período de lactancia materna, el tipo de alimentación y el contenido de fibra en la dieta, como así también la característica de las heces utilizando la Escala de Bristol. Los Criterios de Roma IV establecen diferentes pautas para detectar la

constipación funcional vs orgánica. El tratamiento de la constipación crónica es complejo, incluyendo educación al paciente y sus cuidadores, cambios en hábitos alimenticios y medidas farmacológicas. Es primordial lograr el compromiso del paciente y su familia, ya que el tratamiento es prolongado, y pueden presentarse fracasos a las distintas estrategias utilizadas, perdiéndose la adherencia al mismo. El megacolon se define por dilatación colónica se asocia de manera más frecuente a enfermedad de Hirschsprung, acalasia del esfínter anal interno, displasia, enfermedad inflamatoria intestinal, colitis infecciosa, pero también puede ser secundario al estadio final de una constipación crónica refractaria, con mala adherencia al tratamiento médico o ausencia de manejo, el reconocimiento precoz, así como un manejo multidisciplinario intensivo que incluya al equipo de

pediatría, nutrición, gastroenterología pediátrica y cirugía pediátrica como parte integral y no tan sólo para el manejo de las complicaciones. El tratamiento médico busca disminuir la necesidad intervención quirúrgica, sin embargo, retrasarla puede implicar complicaciones como perforación intestinal o síndrome compartimental abdominal, reportándose aumento de la mortalidad en los casos en que se retrasa la cirugía.

CONCLUSIÓN

Se considera que el Pediatra pueda, mediante el interrogatorio y un examen físico, detectar de forma oportuna a los pacientes con estreñimiento funcional. El megacolon es una patología grave, de múltiples causas, una de ellas la constipación crónica. Se asocia a alta morbimortalidad. El éxito de su tratamiento depende de la detección precoz, así como el manejo oportuno que incluya al equipo multidisciplinario.

ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK. REPORTE DE CASO

Elizabeth Otero Chamorro¹, Antonio Caro García¹,

¹Hospital Regional ISSSTE León

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:44-46

INTRODUCCIÓN

Se describe a las enfermedades de almacenamiento lisosomal, ser deficiencias hereditarias de una o más enzimas lisosomales involucradas en la degradación de lípidos y sus productos. La enfermedad de Niemann-Pick (NPD) corresponde a una enfermedad de almacenamiento lisosomal causada por deficiencia de esfingomielinasa ácida (ASMD), que cataliza la hidrólisis de la esfingomielina (SM) a ceramida y fosfocolina. Como resultado, la SM y sus lípidos precursores comienzan a acumularse en los lisosomas, principalmente en los macrófagos que se depositan en el hígado, el bazo, los pulmones y el cerebro causando hepatoesplenomegalia, citopenias, enfermedad pulmonar y síntomas neurológicos.

La enfermedad de Niemann-Pick se clasifica en cuatro subtipos: tipo A, B, C y E. El tipo A se conoce como forma neurovisceral infantil con actividad muy baja de la esfingomielinasa ácida (ASM) y suele ser mortal antes de los tres años. El tipo B es menos grave y se caracteriza por síntomas viscerales variables y una afectación neurológica mínima.

La enfermedad de Niemann-Pick (NPD) de tipo A y B afecta a 1 de cada 250.000 personas. La prevalencia es alta en la ascendencia judía asquenazí, donde afecta a 1 de cada 40.000 personas. La NPD de tipo C

afecta a 1 de cada 150.000 personas. El tipo C es más frecuente en la ascendencia franco-acadiana en Nueva Escocia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Lactante menor masculino de 7 meses de edad, con antecedente heredofamiliar de edogamia, que inicia su padecimiento a los 45 días de vida al presentar aumento de perímetro abdominal progresivo, a los 2.5 meses presentó ictericia de tegumentos ++, se valora el día 07/03/24 por médico privado quien suspende lactancia como probable etiología de la ictericia con indicación de exposición a luz solar. Al no presentar remisión, el día 06/04/24 acude a médico pediatra quien refiere alteración de pruebas funcionamiento hepático con indicación de seguimiento por medio institucional. El día 08/04/24 acude a ISSSTE Ixmiquilpan donde se observa hepatoesplenomegalia y confirman alteración de pruebas de funcionamiento hepático, motivo por el cual es referido a este centro médico. Durante su estancia se realiza protocolo de estudio de hepatoesplenomegalia en donde es valorado de manera multidisciplinaria y se le realiza estudios metabólicos, enzimáticos y moleculares evidenciándose deficiencia de esfingomielinasa ácida (c.1430c>t(p.pro477leu), en homocigocis) con una actividad

enzimática del 0.09 nmol/ml (rango normal: 1.38-18.1) actividad media 9.74, con una actividad del 0.92%, menos del 1%, al momento hospitalizado por aumento del tinte icterico generalizado, coluria e hipoactivo por lo que se decide su ingreso a hospitalización para manejo de soporte.

Laboratorios:

27.11.23 tamiz neonatal ampliado normal.

04/06/24 reporte de análisis de secuenciación del gen ampd1 método: amplificación por pcr de los 6 exones y secuenciación tipo sangre resultado: [nm_000543.4] smpd1: c.1430c>t(p.pro477leu), en homocigosis, probablemente patogénica.

Interpretación: afectado para deficiencia de esfingomielinasa ácida (enfermedad de Niemann-Pick tipo ab) 20/05/2024 reporte de actividad enzimática esfingomielinasa ácida método: cromatografía líquida - espectrometría de masas en tándem resultado: 0.09 nmol/ml (rango normal: 1.38-18.1). resultado: 0.09 nmol/ml (rango normal: 1.38-18.1) actividad media 9.74, la actividad enzimática de la enzima 0.92%, menos del 1%, se considera severa o nula.

Interpretación: bajo 03/05/2024 reporte de actividad enzimática de beta-glucosidasa método: cromatografía líquida - espectrometría de masas en tándem resultado: 11.76 nmol/ml (rango normal: 1.69-22.6)

interpretación: normal 19.04.24 resonancia de cerebro: surcos y cisuras con adecuada

profundidad para la edad del paciente. Sistema ventricular supra e infratentorial con dimensiones conservadas. En secuencia t2 se observa hipointensidad en tálamo bilateral, brazo posterior de cápsula interna bilateral y puente en relación a datos de mielinización de acuerdo a edad del paciente, cuerpo calloso completo con intensidad de señal de acuerdo a edad del paciente usg abdominal 06/04/24: hepatomegalia tamaño de 8.3 cm vesícula biliar con presencia de pleigue a nivel de cuello vesicular, vía biliar sin dilatación colédoco de 1.6 mm , esplenomegalia tamaño de 7.21x3.59x4.01, aerocolia y abundante coprostasis. Oftalmología 12/04/2024: masculino de 4 meses de edad que presenta en exploración de fondo de ojo mácula con mancha en rojo cereza, por lo que se sospecha de una enfermedad de depósito tales como gangliosidosis, enfermedad de Gaucher, enfermedad de Niemann-Pick tipos a y b. Por el momento sin manejo por parte de nuestro servicio. Citar a la consulta externa.

Neurología pediátrica 15/04/2024: encontramos a la exploración neurológica, aumento del tono pasivo en miembros inferiores y disminución del tono pasivo de los miembros superiores; además aplicamos Denver II, que nos da un coeficiente de desarrollo de 3 meses, áreas de retardo: motora fina y motora gruesa, por lo que cataloga a paciente con retraso global del neurodesarrollo leve; por los hallazgos a nivel neurológico y estudio de patología de base de enfermedad de depósito se recomienda realizar electroencefalograma y según

resultados de estudios de enfermedad metabólica se sugiere realizar resonancia magnética de cerebro contrastada.

DISCUSIÓN

El paciente es un niño con diagnóstico de enfermedad de Niemann-Pick, basado en la deficiencia de esfingomielinasa ácida (c.1430c>t(p.pro477leu), en homocigosis) y actividad enzimática extremadamente baja (0.09 nmol/ml). Desde los 45 días de vida, presentó síntomas como aumento del perímetro abdominal, ictericia y hepatomegalia, compatibles con dicha enfermedad. Se le ha realizado seguimiento médico constante y estudios multidisciplinarios que confirmaron el diagnóstico. La enfermedad de Niemann-Pick es un trastorno metabólico hereditario severo caracterizado por la acumulación de esfingomielina en varios órganos debido a la deficiencia de la enzima esfingomielinasa ácida, al momento en tratamiento de soporte médico ya que aun el tratamiento no se encuentra disponible en la república mexicana. La *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó en agosto de 2022 olipudase alfa, como terapia enzimática de sustitución para el tratamiento de las manifestaciones no relacionadas con el sistema nervioso central del déficit de esfingomielinasa ácida.

CONCLUSIÓN

El antecedente heredofamiliar de edogamia, es concordante con patologías genéticas como los trastornos metabólicos lisosomales, uno de ellos por deficiencia de la esfingomielinidasa ácida (ASMD) concordante con la enfermedad de Niemann-Pick tipo a la cual se presenta de forma severa en los primeros meses de edad con afectación neurovisceral. Se asocia con la presentación de mancha rojo cereza en retina, además de deterioro gradual de la función hepática, pulmonar, osteopenia y perfil lipídico aterogénico. Por otra parte se encuentran trastornos concordantes con un espectro clínico variable el cual depende de la actividad enzimática residual de la beta-hexosaminidasa, el síndrome de Tay Sachs comúnmente llamado cuenta con características clínicas como lo son debilidad progresiva, pérdida de habilidades motoras a partir de los tres y seis meses, disminución de la atención visual, y una respuesta de inicio aumentada o exagerado con un punto rojo cereza observable en la retina. El diagnóstico de estas patologías se realiza mediante la realización de estudio molecular y panel genético de errores innatos del metabolismo así como la determinación enzimática específica, y un abordaje diagnóstico completo, (electroencefalograma, resonancia magnética nuclear cerebral y de abdomen) en búsqueda de delimitar aún más el cuadro clínico del paciente.

CHILD'S PLAY: PERFORACIÓN TRAUMÁTICA DE QUISTE DE COLÉDOCO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ABDOMEN AGUDO

Elizabeth Irazú Hernández Valencia¹, Juan Manuel Alcántar Fierros¹,
¹Hospital de Especialidades Pediátricas de León
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:47-48

INTRODUCCIÓN

Es una malformaciones congénita que implica dilatación quística de los conductos del árbol biliar. Las formas de presentación más comunes son una masa quística prenatal, ictericia en la infancia y en tercera presentación colangitis ascendente. Tiene una incidencia de 1 por cada 100 mil a 150 mil nacidos vivos. Etiología incierta, se tiene la hipótesis de obstrucciones distales vs debilidad de la pared o ambas. En general el pronóstico es buenos, sin embargo el riesgo de malignización queda latente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenino 2 años, originaria de San Miguel de Allende, madre de 24 años, padre de 26 años, hermano de 6 años. Previamente sana.

Padecimiento actual: 5 días previo a su ingreso, con antecedente de estar jugando con una silla en abdomen por 10 minutos, presenta vómito gástrico posteriormente biliar, dolor abdominal leve a intenso, generalizado, fiebre de 39°C, rechazo de vía oral, ausencia de evacuaciones. Ingresa a urgencias de Hospital General San Miguel de Allende con abdomen agudo, ultrasonido con líquido libre en cavidad, se realiza laparotomía

exploradora (LAPE) con hallazgos: 600 ml de líquido biliar en cavidad, perforación 2 mm en conducto hepático común; realizan lavado, colocación de drenaje y trasladada a Hospital de Especialidades Pediátrico de León (HEPL). Tratada inicialmente manejo conservador con ayuno, sonda nasogástrica (SNG), nutrición parenteral (NPT) y octreóide con mejoría inicial, disminución del gasto del penrose; se realizó Colangiorresonancia reportada normal, bilirrubinas normales. Siete días posterior a su ingreso aumenta gasto del penrose, fiebre, ictericia, colangitis y pancreatitis por lo que ingresa a LAPE y se realiza diagnóstico de Quiste de colédoco tipo I perforado con colangiografía transoperatoria, hallazgos: quiste de colédoco 1 cm de diámetro, perforación 3 mm en conducto hepático común, peritonitis severa en lecho hepático, adherencias fuertes, se realiza bridolisis + resección de quiste de colédoco + hepático-yeyuno anastomosis + Y de Roux + biopsia hepática. Se manejó con ayuno, SNG, NTP, antibióticos de amplio espectro, inicia vía oral a los 7 días posquirúrgico, remitió la colestasis y la pancreatitis, egresando sin complicaciones. Biopsia hepática: hepatitis crónica leve. En seguimiento

a 6 meses paciente asintomática y laboratorios normales.

DISCUSIÓN

La perforación espontánea de la vía biliar es un evento patológico raro en pediatría. Es con mayor frecuencia en pacientes menores de 20 semanas de vida. La causa más frecuente es idiopática, el traumatismo es mucho menos frecuente. La presentación clínica suele ser insidiosa en la mayoría de los casos aunque en casos más reservados puede cursar con un cuadro de irritabilidad marcada, distensión dolor y datos de irritación peritoneal. El tratamiento es variado desde un drenaje peritoneal simple hasta una derivación biliodigestiva, la

resolución y pronóstico dependerá de la severidad del cuadro, inflamación y el tiempo recurrido hasta la resolución definitiva.

CONCLUSIÓN

La perforación de un quiste de colédoco traumática no es un diagnóstico que se considere de primera opción en una presentación de un cuadro de abdomen agudo, por sí solo no es una presentación común de un quiste de colédoco en una niña considerada previamente sana, el retraso en el diagnóstico y tratamiento definitivo incrementa la morbilidad de los pacientes, es por eso de vital importancia instaurar los protocolos pertinentes para crear un diagnóstico oportuno y realizar una corrección quirúrgica eficaz y oportuna que requiere el paciente.

REACCIÓN ANAFILÁCTICA A ANESTÉSICOS INHALADOS. REPORTE DE CASO

Lilí Yazmín Almaguer García¹, Lucy Vania Galindo Pacheco¹,

¹Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48 IMSS

Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:49-50

INTRODUCCIÓN

La anafilaxia perioperatoria es una entidad clínica que puede amenazar la vida del paciente, con una incidencia aproximada de acuerdo a diferentes series desde 1 por cada 8.000 a 20.000 procedimientos, siendo los agentes causales más frecuentes los bloqueantes neuromusculares, látex y los antibióticos. Son excepcionales los reportes de caso de alergia a anestésicos inhalados como el sevoflorano.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 2 años 5 meses de edad con antecedente diagnóstico de cloaca persistente canal común corto postquirúrgico de anorrectoplastia sagital posterior y persistencia de seno urogenital con dehiscencia parcial de ano recto, con antecedente de evento de anafilaxia transoperatoria (caracterizado por angioedema, edema de vía aérea reportado durante visualización directa en laringoscopia, rash generalizado, desaturación 60%, hipotensión con tensión arterial media 26 mmHg), tratado con adrenalina en bolo e infusión de antihistamínicos y esteroide sistémico, con remisión de cuadro en área de cuidados intensivos pediátricos; referida al servicio de Alergia por sospecha de alergia a látex.

Se inicia abordaje obteniendo prueba cutánea a látex negativa e IgE específica para látex en suero indetectable.

Mediante revisión de expediente, se identifican como fármacos empleados durante el procedimiento Midazolam, Fentanilo, Propofol, Sevoflorane, Ropivacaína, todos administrados previo a evento de anafilaxia; Acorde a su historial clínico y administración posterior al evento anafiláctico sin reacciones asociadas se descartaron midazolam y fentanilo, Considerándose descartar reacción a fármacos no coincidentes en este caso Propofol, Sevoflorane y Ropivacaína

Se realiza prueba cutánea Prick con anestésico local ropivacaína concentración 3%, dosis 1: 1, 1:10 y 1: 100 con resultado negativo, Se realiza prueba cutánea Prick con Propofol 10 mg/ ml neg, 1mg/ml negativo, Propofol 1mg / ml intradérmica negativa. Ante los hallazgos anteriores se establece por descarte la sospecha de reacción a sevoflorano y al contar con nueva programación quirúrgica se decide por el servicio de Anestesiología realizar procedimiento libre de anestésicos inhalados, optándose por anestesia total endovenosa y bloqueo caudal continuo, recibiendo durante el transquirurgico ropivacaína y Propofol sin reacciones asociadas los mismos, el procedimiento quirúrgico se concluyó sin contratiempos y la

paciente presenta adecuada evolución clínica postquirúrgica

DISCUSIÓN

Todos los fármacos y agentes asociados a la cirugía utilizados intraoperatoriamente son agentes potenciales de reacciones alérgicas y la detección rápida del alérgeno es obligatoria.

El abordaje de estudio debe incluir todas las sustancias/fármacos con los que el paciente ha estado en contacto mediante diferentes métodos (BAT, Prick, Patch tests, etc.). El estándar de oro son las pruebas de reto sin embargo por el antecedente de

anafilaxia meritoria de terapia intensiva el riesgo del mismo es alto

CONCLUSIÓN

Ante el caso de una reacción anafiláctica perioperatoria el manejo implica tanto la estabilización inmediata del paciente como la identificación del agente causal la cual es imprescindible para prevenir la recurrencia del evento en cirugías posteriores establecer alternativas adecuadas y seguras de manejo anestésico y evitar también el etiquetado innecesario de alergia a medicamentos

Este caso clínico permite recordar que los agentes anestésicos volátiles pueden ser también responsables de reacciones anafilácticas y deben considerarse dentro del abordaje de estudio.

MANEJO AVANZADO DE HERIDA A PACIENTE PEDIÁTRICO CON FASCITIS NECROSANTE ABDOMINAL

Eva Isabel Aguado Galván¹, María Teresa Rueda Rangel¹, Dominga Ochoa¹

¹Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Supl 1:51-52

INTRODUCCIÓN

La fascitis necrosante es una complicación rara de la infección por varicela-zóster. Aproximadamente el 2% de los infectados desarrolla complicaciones, de las cuales, la sobreinfección bacteriana en piel y tejidos blandos es la más frecuente, misma que se presenta en alrededor del 45% de los casos. Se observa con mayor frecuencia en invierno y en varones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se analizó el caso clínico de una paciente pediátrica de 8 años de edad con fascitis necrosante abdominal secundaria a infección por varicela zoster, con referencia de un hospital de segundo nivel de atención a la clínica para el cuidado de la integridad cutánea del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío (HRAEB). Paciente pediátrica femenina de 8 años de edad previamente sana, procedente y residente del municipio de Irapuato, inicia cuadro clínico con presencia de exantema en abdomen, secundario a la acción de frotarse en la zona de costra de varicela zoster, construyendo pápulas, máculas y vesículas acompañada de picos febriles, acude a su unidad de segundo nivel donde se diagnostica con fascitis necrosante abdominal

secundaria a varicela complicada, se ha manejado con aseos y desbridación quirúrgica y antibiograma de alto espectro, se realizaron transfusiones, Durante 15 días y curaciones con planta iónica y alginato.

Es referida al HRAEB para su valoración por cirugía reconstructiva, para colocación de aloinjerto mallado, a la valoración médica se dictamina no estar preparado el lecho de la herida (PLH) para dicho injerto, por lo cual se solicita interconsulta a CLICIC para dicha preparación a la valoración se decide el manejo con terapia de cierre asistido al vacío (VAC) con recambios 2 veces por semana, durante un periodo de 21 días de manera ambulatoria; al término del manejo de VAC. Se continua con manejo avanzado de herida con implante a base de colágeno y gentamicina (Garacol) hasta su fecha de procedimiento quirúrgico (aloinjerto mallado).

Hallazgos de laboratorio:
Cultivo: Estreptococo betahemolítico del grupo A. Hb: 11.7 g%

DISCUSIÓN

La preparación del lecho de la herida es una oportunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes con heridas que cierran con dificultad. Según la sociedad Iberoamericana de

información científica las heridas con cicatrización dificultosa, la buena preparación del lecho ofrece mejoras en los pacientes; y también posibilita la reducción en los costos económicos en el tratamiento de las heridas. El esquema TIME reconoce la relación entre las anomalías en la fisiopatología que retrasan la cicatrización y la posible administración de tratamientos eficaces que incluye cuatro componentes importantes: el control del tejido no viable, el tratamiento de la inflamación y la infección, el control del exudado y la estimulación de los bordes epiteliales. La infección primaria por herpes zoster causa varicela, una enfermedad aguda y extremadamente contagiosa que ocurre en epidemias afectando a niños preescolares y escolares, suele ser benigna, sin embargo, las complicaciones de esta enfermedad se convierten en un reto diagnóstico y

terapéutico.

El diagnóstico temprano de la fascitis necrosante es de suma importancia para las intervenciones terapéuticas y el pronóstico. El reconocimiento para administrar intervenciones terapéuticas para acelerar la cicatrización representa un desafío para los profesionales de la salud, pero existen muchos enfoques nuevos y procedimientos para mejorar este proceso.

CONCLUSIÓN

La cura avanzada ofrece mejoras en heridas de difícil cicatrización y también posibilita la reducción en los costos del tratamiento; así mismo, el manejo interdisciplinario continúa siendo la mejor estrategia integral en heridas complejas.

PALABRAS CLAVE: fascitis necrosante, varicela zóster, sistema de cierre asistido al vacío.

TUMOR PARDO EN MANDÍBULA POR HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Laura Marisol Contreras Vargas¹, Mónica Sánchez Cuevas¹, Lázaro Ramírez Valderrama¹

¹Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48 Hospital de Gineco-Pediatría
Bol Cient Cult Col Ped Gto 2024;Suppl 1:53-54

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de una adolescente de catorce años de edad con el diagnóstico previo de enfermedad renal crónica (ERC) estadio V en diálisis peritoneal, quien presenta tumoración en ángulo de la mandíbula. El tumor pardo está relacionado con el hiperparatiroidismo secundario por un proceso que empieza con el daño de la función del riñón, los hallazgos clínicos, de laboratorio, tomografía y a nivel histopatológico son característicos y permiten un diagnóstico oportuno, ya que se trata de una tumoración localmente destructiva.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenina de 14 años de edad. En antecedentes personales, en junio de 2023 se diagnostica anemia severa y se transfunden 2 concentrados eritrocitarios, referida a Unidad Médica de Alta Especialidad 48 Hospital de Gineco Pediatría para abordaje, con ultrasonido renal con riñones atróficos; nefrología pediátrica confirma diagnóstico de ERC estadio V, ante urgencia dialítica se inicia terapia dialítica. En protocolo de trasplante. Refiere que desde enero de 2024 presenta tumoración en zona de

segundo molar inferior izquierdo, con aumento de volumen extraoral en mejilla izquierda, asimetría facial, sangrado ocasional por mordedura, y en el examen clínico intraoral se observó aumento de volumen localizado en encía mandibular posterior del lado izquierdo, de aproximadamente 3 cm, del mismo color de la mucosa oral, superficie erosionada, consistencia firme, base pediculada y asintomática; se refiere para biopsia. Se realiza tomografía axial computarizada simple y contrastada donde reportan tumoración intraósea en mandíbula zona posterior del lado izquierdo hipodensa, de aspecto localmente agresiva, que expande y perfora la cortical vestibular hacia tejidos blandos, en plano axial 31x15mm con reforzamiento significativo 110UH. Se solicitan laboratorios, con anemia normocítica normocrómica, elevación de creatinina, BUN y urea relacionados con la enfermedad renal crónica, desequilibrio electrolítico con hipocalcemia e hiperfosfatemia, aumento de fosfatasa alcalina, hormona estimulante de tiroides (TSH) y parathormona; reporta cirugía maxilofacial, aumento de volumen en región mandibular izquierda e intraoralmente tejido que emerge del surco gingival, se realizó biopsia

incisional de la lesión bajo anestesia local reportando el estudio histopatológico lesión en zona gingival retromolar de maxilar inferior izquierdo, compatible con granuloma de células gigantes, histología benigna, células gigantes de tipo osteoclástico y células estromales fusiformes, con núcleos dispersos dispuesta en forma desorganizada. En laboratorios se reporta perfil tiroideo con aumento de TSH, la cual corresponde a un hipotiroidismo subclínico, y un patrón de hiperparatiroidismo secundario con elevación de hormona paratiroidea, hipocalcemia e hiperfosfatemia; se da manejo farmacológico con sulfato ferroso, ácido fólico, carbonato de calcio, calcio efervescente, calcitriol, complejo B, ácido ascórbico, eritropoyetina, levotiroxina; diálisis peritoneal cada 6 horas. Continúa en seguimiento con nefrología pediátrica, endocrinología pediátrica y cirugía maxilofacial. En laboratorios de control, se observa adecuada evolución con disminución del nivel de hormona paratiroidea y TSH.

DISCUSIÓN

El tumor pardo es una lesión osteolítica localizada, por el reemplazo de tejido óseo por fibroso y la proliferación de células multinucleadas. Relacionado con el hiperparatiroidismo secundario en pacientes con ERC. El diagnóstico sólo es posible si se comparan hallazgos clínicos, radiográficos e histológicos. El tratamiento consiste en la corrección de la hormona paratiroidea.

CONCLUSIÓN

No es común encontrar un tumor pardo como primera manifestación clínica del hiperparatiroidismo secundario, además de que no existe incidencia reportada de tumor pardo en población pediátrica. Es por ello la importancia de que, ante la presencia de una tumoración con células gigantes en pacientes con ERC, se debe descartar la existencia de un hiperparatiroidismo secundario, ya que podría tratarse de un tumor pardo.



El contenido de este boletín puede ser reproducido por medios físicos o electrónicos siempre y cuando se haga referencia de que fue obtenido del Boletín Científico y Cultural del Colegio de Pediatras del Estado de Guanajuato