



Miembro de la Federación de Pediatría del Centro Occidente de México

Miembro de la Confederación Nacional de Pediatría de México



# Boletín científico y cultural

Octubre 2025

Volumen 3, Suplemento 1

## EDITORES

Dr. Juan Manuel Guízar Mendoza

Dra. Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo

Dr. Miguel Ángel Hernández Solorio

## ÍNDICE

| #  | ARTÍCULO                                                                                                                                               | PÁGINA |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1  | Intervenciones educativas para promover el inicio de lactancia materna en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara                                     | 10     |
| 2  | Impacto en la morbilidad con la técnica canguro en Hospital Civil de Guadalajara: experiencia de 25 años.                                              | 11     |
| 3  | Asociación de adversidades en la infancia de Durango con enfermedades no transmisibles.                                                                | 12     |
| 4  | Impacto ecológico de los sustitutos de la leche materna                                                                                                | 13     |
| 5  | Impacto ecológico del acto médico                                                                                                                      | 14     |
| 6  | Tendencias en egresos hospitalarios y procedimientos quirúrgicos por neuroblastoma suprarrenal en México: 2016, 2020 y 2023 en niños menores de 5 años | 15     |
| 7  | Intoxicación medicamentosa en población pediátrica en México 2024: estudio transversal                                                                 | 16     |
| 8  | Impacto de la calidad de vida de cuidadores primarios sobre el nivel de control del asma en niños derechohabientes de la UMAE HGP No. 48               | 17     |
| 9  | <i>Mycobacterium abscessus</i> asociado a lesión cutánea por picadura de araña                                                                         | 18     |
| 10 | Tuberculosis peritoneal. Una forma de presentación poco frecuente: caso clínico.                                                                       | 19     |
| 11 | Meningitis tuberculosa probable en paciente pediátrica: valor de escalas diagnósticas sin confirmación inicial                                         | 20     |
| 12 | Tuberculosis meníngea asociada a hidrocefalia en paciente escolar                                                                                      | 21     |
| 13 | Neurotuberculosis infantil: presentación de un caso clínico y reflexión sobre la importancia del diagnóstico oportuno                                  | 22     |
| 14 | Criptococosis diseminada y tuberculosis cutánea en adolescente con autoanticuerpos GM-CSF                                                              | 23     |
| 15 | Tuberculosis intestinal en paciente pediátrico, un reto diagnóstico.                                                                                   | 24     |
| 16 | Enfermedad de Gaucher, reporte de caso en el Hospital General de Zona 1 Villa de Álvarez Colima                                                        | 25     |
| 17 | Manifestaciones clínicas de la enfermedad de Gaucher neuropática en la edad pediátrica: reporte de caso                                                | 26     |
| 18 | Galactosemia, presentación de un caso                                                                                                                  | 27     |
| 19 | Hiperamonemia crítica en pediatría: más allá del diagnóstico genético                                                                                  | 28     |
| 20 | Mutación del gen MMUT en lactante con acidosis metilmalónica: a propósito de un caso                                                                   | 29     |
| 21 | Falla de medro como señal de alarma en errores innatos de la inmunidad. Reporte de caso                                                                | 30     |

|    |                                                                                                                                                                  |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 22 | Síndrome de Chédiak-Higashi: Reporte de caso                                                                                                                     | 31 |
| 23 | Fibrosis quística e inmunodeficiencia: la relevancia de su detección temprana en el primer nivel de atención. Informe de caso                                    | 32 |
| 24 | Cuando una coincidencia es una inmunodeficiencia                                                                                                                 | 33 |
| 25 | Absceso subaponeurótico como presentación clínica de deficiencia selectiva de subclases de IgG: Reporte de un caso                                               | 34 |
| 26 | Bocio compresivo, a propósito de un caso                                                                                                                         | 35 |
| 27 | Compromiso óseo multifocal por tumores pardos en hiperparatiroidismo secundario pediátrico: reporte de caso                                                      | 36 |
| 28 | Tumor funcional suprarrenal: Reporte de caso                                                                                                                     | 37 |
| 29 | Ectopia renal fusionada tipo a: presentación de un caso                                                                                                          | 38 |
| 30 | Riñón en herradura en paciente con síndrome de Turner: presentación de un caso                                                                                   | 39 |
| 31 | Reporte de caso paciente con síndrome de WAGR y síndrome de Potocki-Shaffer                                                                                      | 40 |
| 32 | Reporte de caso: síndrome de WARG en preescolar masculino.                                                                                                       | 41 |
| 33 | Reporte de caso: tubulopatía inducida por cisplatino en paciente pediátrico.                                                                                     | 42 |
| 34 | Reporte de caso de raquitismo hipofosfatémico ligado al X en pediatría                                                                                           | 43 |
| 35 | Síndrome de Stevens Johnson asociado a lamotrigina, reporte de caso                                                                                              | 44 |
| 36 | Síndrome de DRESS, reporte de caso en paciente pediátrico.                                                                                                       | 45 |
| 37 | Superposición del síndrome de Stevens-Johnson con necrólisis epidérmica toxica asociada al uso de fenobarbital                                                   | 46 |
| 38 | Hemangioma genital yiringomelia                                                                                                                                  | 47 |
| 39 | Hemangiomatosis neonatal difusa. Reporte de caso                                                                                                                 | 48 |
| 40 | Leucemia promielocítica aguda con hiperleucocitosis reporte de caso                                                                                              | 49 |
| 41 | Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) en adolescente inicio con coagulopatía y manejo temprano con ATRA en UMAE 48 (IMSS)                                          | 50 |
| 42 | Dolor lumbar como manifestación inicial de leucemia linfoblástica con infiltración ósea vertebral: a propósito de un caso.                                       | 51 |
| 43 | Linfoma de Hodgkin subtipo esclerosis nodular en la adolescencia: abordaje integral desde la pediatría. Reporte de caso                                          | 52 |
| 44 | Presentación atípica de leucemia linfoblástica aguda con infección activa de citomegalovirus                                                                     | 53 |
| 45 | Trombocitopenia inmune secundaria a deficiencia selectiva de IgG3 e IgG4: reporte de caso.                                                                       | 54 |
| 46 | Tumor de Wilms en paciente pediátrico con hematuria franca persistente                                                                                           | 55 |
| 47 | Malformación anorrectal y atresia duodenal en paciente con síndrome de Down: reporte de caso                                                                     | 56 |
| 48 | Hernia diafragmática congénita Morgagni no diagnosticada prenatalmente: evolución con falla multiorgánica y abordaje multidisciplinario exitoso en recién nacido | 57 |

|    |                                                                                                                      |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 49 | Tumor sacrococcígeo: abordaje postquirúrgico y repercusión en la calidad de vida en edad preescolar                  | 58 |
| 50 | Teratoma sacrococcigeo reporte de casos                                                                              | 59 |
| 51 | Trauma de vía lagrimal por mordedura de perro: caso clínico                                                          | 60 |
| 52 | Himen imperforado, reporte de caso                                                                                   | 61 |
| 53 | Un laberinto intestinal y vascular en la primera infancia                                                            | 62 |
| 54 | Tumor de ovario gigante, cistoadenoma seroso en paciente pediátrico. Reporte de caso.                                | 63 |
| 55 | De lo viral a lo quirúrgico: funduplicatura en paciente pediátrico con esofagitis erosiva post-COVID-19              | 64 |
| 56 | Retinoblastoma bilateral, reporte de un caso                                                                         | 65 |
| 57 | Sarcoma de Ewing extraóseo en adolescente, como presentación clínica de masa mediastinal gigante. Reporte de caso    | 66 |
| 58 | Osteosarcoma convencional de radio distal izquierdo en paciente pediátrica: reporte de caso                          | 67 |
| 59 | Paciente con tumor miofibroblástico inflamatorio en extremidad inferior: reporte de caso y revisión de la literatura | 68 |
| 61 | Meningoencefalitis por <i>Cryptococcus neoformans</i> en paciente pediátrico inmunocompetente. Reporte de un caso.   | 69 |
| 62 | Meningitis criptocócica en la infancia asociada a infección por VIH: un desafío diagnóstico y terapéutico            | 70 |
| 63 | Infecciones intracraneales en niños: el absceso cerebral como diagnóstico clave.                                     | 71 |
| 64 | Síndrome de Heiner en lactantes: un reto diagnóstico ante neumonía atípica recurrente                                | 72 |
| 65 | Absceso cerebral como complicación de sinusitis. Reporte de un caso.                                                 | 73 |
| 66 | Fiebre de origen central como secuela neurológica: reporte de caso                                                   | 74 |
| 67 | Artrogriposis múltiple congénita: presentación de un caso                                                            | 75 |
| 68 | Acrodisostosis tipo 2                                                                                                | 76 |
| 69 | Síndrome de microduplicación 7q11.23: un reto diagnóstico y terapéutico con enfoque multidisciplinario               | 77 |
| 70 | Descripción de una mutación en KIF 7 en una paciente de 2 años en el hospital general Pachuca.                       | 78 |
| 71 | Malformaciones costovertebrales y dificultad respiratoria neonatal: a propósito de un caso de Jarcho-Levin           | 79 |
| 72 | Osteogénesis imperfecta, presentación de caso                                                                        | 80 |
| 73 | Mano zamba congénita bilateral reporte de un caso                                                                    | 81 |
| 74 | Abordaje paliativo en recién nacido con trisomía 18: hacia un cuidado integral y humanizado                          | 82 |
| 75 | Diarrea crónica en un recién nacido por defecto del transportador glucosa galactosa.                                 | 83 |
| 76 | Reporte de caso: Síndrome colestásico secundario a vesícula biliar con variante anatómica (phrygian Cap) en cuello   | 84 |

|     |                                                                                                                                         |     |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 77  | Hepatitis neonatal de células gigantes                                                                                                  | 85  |
| 78  | Síndrome colestásico secundario a atresia de vías biliares en paciente prematuro: reporte de caso                                       | 86  |
| 79  | Atresia de vías biliares. Reporte de un caso.                                                                                           | 87  |
| 80  | Resección de quiste de colédoco, y hepato duodeno anastomosis                                                                           | 88  |
| 81  | Hidatidosis hepática en paciente pediátrica: reporte de caso                                                                            | 89  |
| 82  | Dolor abdominal en pediatría: más allá de lo evidente. Importancia de la derivación oportuna y el enfoque multidisciplinario            | 90  |
| 83  | Hipertensión secundaria en pediatría: a propósito de un caso de feocromocitoma                                                          | 91  |
| 84  | Glomerulonefritis rápidamente progresiva secundaria a nefropatía lúpica: reporte de caso                                                | 92  |
| 85  | Glomerulonefritis rápidamente progresiva secundaria a granulomatosis de Wegener: Reporte de un caso.                                    | 93  |
| 86  | Litiasis renal recurrente secundaria a hipercalcemia de origen paratiroideo, a propósito de un caso                                     | 94  |
| 87  | Brucelosis, hepatitis y falla renal aguda                                                                                               | 95  |
| 88  | Glomerulopatía membranosa no lúpica con patrón <i>full house</i> : reporte de caso pediátrico.                                          | 96  |
| 89  | Diagnóstico y manejo inmunomodulador exitoso en un caso pediátrico de síndrome de Landau-Kleffner con regresión neurológica severa      | 97  |
| 90  | Cavernomatosis cerebral en pediatría: reporte de un caso                                                                                | 98  |
| 91  | Encefalomielitis aguda diseminada: reporte de caso en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío                               | 99  |
| 92  | Epilepsia refractaria en lactante asociada a mutación en el gen TBC1D24: reporte de caso clínico                                        | 100 |
| 93  | Distrofia muscular de Duchenne: historia familiar de dos casos                                                                          | 101 |
| 94  | Distroglicanopatía tipo 5B: presentación clínica, hallazgos genéticos y consideraciones diagnósticas                                    | 102 |
| 95  | Traumatismo craneoencefálico y malformación arteriovenosa como causa del deterioro agudo del estado neurológico en paciente preescolar. | 103 |
| 96  | Síndrome Kinsbourne: Reporte de caso                                                                                                    | 104 |
| 97  | Encefalitis autoinmune asociada a proteína 6 dipeptidil positiva: un caso clínico pediátrico inusual.                                   | 105 |
| 98  | Síndrome de Guillain Barré atípico en paciente pediátrico en estudio: Caso Clínico                                                      | 106 |
| 99  | Síndrome de Guillain-Barré manejo con recambios plasmáticos: Reporte de caso                                                            | 107 |
| 100 | Síndrome de Guillain Barre secundario a infección por influenza tipo B                                                                  | 108 |
| 101 | Espasmos epilépticos en lactante secundarios a complejo de esclerosis tuberosa: reporte de caso.                                        | 109 |
| 102 | Neurofibroma plexiforme intraabdominal en paciente pediátrica con neurofibromatosis tipo 1, tratamiento con selumetinib                 | 110 |

|     |                                                                                                                                           |     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 103 | Teratoma gástrico congénito inmaduro en un lactante: Caso clínico.                                                                        | 111 |
| 104 | Evaluación integral de un paciente con cardiopatía congénita tronco arterioso común tipo II. Reporte de caso                              | 112 |
| 105 | Falla en tamiz cardiológico: Ventrículo izquierdo hipoplásico                                                                             | 113 |
| 106 | Endocarditis infecciosa en el período neonatal, reporte de un caso.                                                                       | 114 |
| 107 | Experiencia de cierre percutáneo de conducto arterioso en prematuros en UMAE Bajío.                                                       | 115 |
| 108 | Hipertensión pulmonar persistente en recién nacido con conducto arterioso permeable con repercusión. Reporte de caso                      | 116 |
| 109 | Enfermedad de Rosai-Dorfman extraganglionar primaria de tejidos blandos; Presentación de un caso clínico                                  | 117 |
| 110 | Enfermedad de Rosai-Dorfman multisistémica con complicaciones neurológicas en un paciente pediátrico reporte de caso                      | 118 |
| 111 | "Linfocitosis Hemofagocítica Secundaria: reporte de un caso pediátrico"                                                                   | 119 |
| 112 | "Linfocitosis hemofagocítica (HLH) secundaria a Virus de Epstein Barr en una adolescente: reporte de caso".                               | 120 |
| 113 | Linfocitosis hemofagocítica secundaria a brucelosis por <i>Brucella melitensis</i> .                                                      | 121 |
| 114 | Prevalencia y factores asociados en pacientes pediátricos con infección urinaria del HGZ 1 Villa de Álvarez, Colima                       | 122 |
| 116 | Factores asociados a tuberculosis extrapulmonar en pacientes pediátricos del hospital de especialidades del niño y la mujer del 2018-2023 | 123 |
| 117 | Experiencia de la clínica de asma grave alérgico en la clínica hospital ISSSTE Guanajuato                                                 | 124 |
| 118 | Enfermedad por arañazo de gato: una infección silenciosa                                                                                  | 125 |
| 119 | Manifestaciones clínicas y diagnóstico de <i>Bartonella quintana</i> en pacientes pediátricos                                             | 126 |
| 120 | Caso clínico de rickettsiosis: reporte en el Hospital Pediátrico de Sinaloa.                                                              | 127 |
| 121 | Dengue grave con complicaciones críticas en adolescente con síndrome de Lennox-Gastaut: un caso de supervivencia                          | 128 |
| 122 | Osteomielitis crónica sin necrosis ósea por <i>Streptococcus pyogenes</i> ; reporte de un caso                                            | 129 |
| 123 | No todo soplo es inocente: diagnóstico tardío de coartación aórtica reporte de caso.                                                      | 130 |
| 124 | Cardiopatía congénita rara en la infancia: reporte de doble discordancia ventricular.                                                     | 131 |
| 125 | Conexión total anómala de venas pulmonares de variedad mixta en lactante                                                                  | 132 |
| 126 | Un corazón que renace: corrección de una anomalía total                                                                                   | 133 |
| 127 | Parálisis de cuerdas vocales como manifestación laríngea inicial en paciente con lupus eritematoso sistémico                              | 134 |
| 128 | Síndrome Pulmón - Riñón en adolescente con poliangeítis microscópica                                                                      | 135 |
| 129 | Artritis reactiva versus artritis idiopática juvenil: dos posibilidades, un diagnóstico                                                   | 136 |

|     |                                                                                                                                       |     |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 130 | Perfil inmunológico en la enfermedad de Kawasaki atípica: reporte de un caso                                                          | 137 |
| 131 | Alteraciones psiquiátricas en adolescente posterior a cuadro de encefalitis autoinmune. Reporte de caso.                              | 138 |
| 132 | Tumor de fosa posterior en paciente pediátrica; manejo inicial de hidrocefalia y planificación quirúrgica                             | 139 |
| 133 | Rabdomiólisis secundaria a consumo de anfetaminas: reporte de caso                                                                    | 140 |
| 134 | Progresión acelerada a diabetes tipo 2 en una paciente pediátrica con obesidad: reporte de caso.                                      | 141 |
| 135 | Etiología inusual de choque refractario a aminas en un neonato. Reporte de un caso.                                                   | 142 |
| 136 | De la anafilaxia a la falla multiorgánica: aprendizaje a partir de un caso de alacranismo grave                                       | 143 |
| 137 | Choque séptico refractario y falla multiorgánica en leucemia mieloide aguda: impacto de la terapia de reemplazo renal.                | 144 |
| 138 | Ultrasonido diafragmático como predictor de éxito en extubación en adolescente con miastenia gravis juvenil refractaria a tratamiento | 145 |
| 139 | Miocardopatía dilatada fulminante, una causa poco frecuente de insuficiencia cardíaca en pediatría.                                   | 146 |
| 140 | Terapia de soporte renal en escolar con cetoacidosis diabética y lesión renal refractario a tratamiento convencional                  | 147 |
| 141 | Primer caso en Guanajuato manejado con ECMO en un lactante con síndrome postcardiotomía operado de tronco arterioso.                  | 148 |
| 142 | Candidiasis sistémica congénita, presentación clínica                                                                                 | 149 |
| 143 | Sepsis de inicio temprano por <i>Serratia marcescens</i> . Reporte de un caso                                                         | 150 |
| 144 | Decorticación pulmonar como resultado de neumonía complicada por virus sincitial respiratorio: reporte de un caso                     | 151 |
| 145 | Teniasis sistémica, reporte de caso.                                                                                                  | 152 |
| 146 | Perforación Intestinal secundaria a <i>Ascaris Lumbricoides</i> : Reporte de caso                                                     | 153 |
| 147 | Caracterización clínica y microbiológica de brucelosis en pediatría. Serie de casos.                                                  | 154 |
| 148 | Uso de Alteplase en trombosis intracardiaca asociada a catéter venoso umbilical                                                       | 155 |
| 149 | Hiperleucocitosis como manifestación inaugural de una LLA-T: reporte de caso en edad pediátrica en el Hospital Infantil de Tlaxcala”  | 156 |
| 150 | Retraso en el diagnóstico de tumores infantiles                                                                                       | 157 |
| 151 | Alteraciones inmunológicas asociadas al quilotórax tras cirugía de cardiopatía congénita.                                             | 158 |
| 152 | Síndrome hipereosinofílico infantil con compromiso multiorgánico y mutación en el gen ADA: reporte de caso                            | 159 |
| 153 | Resolución de fiebre en niños con neutropenia febril de alto riesgo: comparando betalactámicos, infusión continua contra bolos        | 160 |
| 154 | Blastoma Pleuropulmonar. Presentación de caso.                                                                                        | 161 |

|     |                                                                                                                                                                                                      |     |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 155 | Manejo quirúrgico de atresia esofágica tipo1 mediante técnica de elongación esofágica                                                                                                                | 162 |
| 156 | Experiencia de gastrosquisis con tratamiento quirúrgico a los tres días de nacimiento en hospital de segundo nivel                                                                                   | 163 |
| 157 | Diagnóstico temprano en enfermedad de Hirschsprung neonatal: impacto en la evolución clínica                                                                                                         | 164 |
| 158 | Enfermedad de Hirschsprung más allá de la infancia: un caso inusual en la adolescencia.                                                                                                              | 165 |
| 159 | Y si no brilla, ¿no es oro?: divertículo de Meckel                                                                                                                                                   | 166 |
| 160 | Divertículo de Meckel resección transumbilical                                                                                                                                                       | 167 |
| 161 | Sangrado anemizante de origen intestinal en pediatría: La huella clínica de un Divertículo de Meckel.                                                                                                | 168 |
| 162 | Hernia hiatal gigante en lactante: a propósito de un caso                                                                                                                                            | 169 |
| 163 | Enfermedad de Jodhpur en adolescente: reporte de caso                                                                                                                                                | 170 |
| 164 | Estenosis total de esófago secundaria a ingesta de pila de botón, extracción de cuerpo extraño y plastía esofágica por abordaje cervical.                                                            | 171 |
| 165 | Ayuno y diuréticos peri-transfusionales en el recién nacido: más allá de la tradición                                                                                                                | 172 |
| 166 | Fuerza muscular respiratoria en niños expuestos y no expuestos a contaminación por producción artesanal de ladrillo.                                                                                 | 173 |
| 167 | Disanapsis funcional en escolares expuestos y no expuestos a contaminación del aire derivada de grandes industrias                                                                                   | 174 |
| 168 | Resistencia de vía aérea en escolares expuestos a PM2.5 originadas por producción artesanal de ladrillo y vehicular                                                                                  | 175 |
| 169 | Pinzamiento tardío de cordón en cesárea mediante un nuevo método: Un estudio piloto de viabilidad y seguridad                                                                                        | 176 |
| 170 | Comparación de la incidencia y severidad de las complicaciones de la broncoscopía rígida con la broncoscopía flexible en pacientes pediátricos del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua. | 177 |
| 171 | Masa grasa y fuerza muscular respiratoria en escolares expuestos y no expuestos a contaminación del aire                                                                                             | 178 |
| 172 | Porcentaje de grasa corporal, relación con la severidad y control del asma en escolares y adolescentes de la UMAE 48                                                                                 | 179 |
| 173 | Riesgo suicida y su relación con la ansiedad y disfunción familiar en adolescentes                                                                                                                   | 180 |
| 174 | Asociación de la presión de distensión pulmonar con evolución clínica desfavorable en pacientes pediátricos con ventilación mecánica                                                                 | 181 |
| 175 | Administración de calostroterapia en recién nacidos prematuros: proyecto de mejora en la UCIN                                                                                                        | 182 |



# MEMORIAS

## Trabajos Libres XIV Congreso de Pediatría de Guanajuato en el marco del 50 aniversario de la Confederación Nacional de Pediatría de México León 2025



**GUANAJUATO**  
GOBIERNO DE LA GESTE

**TURISMO**  
SECRETARÍA DE TURISMO E IDENTIDAD



**LEÓN**  
AYUNTAMIENTO 2024-2027

**VIVILEÓN**  
UNA CIUDAD VIVA Y VIBRANTE



# 1 - INTERVENCIONES EDUCATIVAS PARA PROMOVER EL INICIO DE LACTANCIA MATERNA EN EL ANTIGUO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

Laura López Vargas, Miriam Nayely Montaña Perales,  
Araceli Sánchez Alvarado, Blanca Lizbeth González Villalobos  
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde  
Universidad de Guadalajara  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):10*

**INTRODUCCIÓN:** Las tasas de iniciación de lactancia materna son bajas, solo la mitad de los bebés en México inician lactancia en la primera hora de vida, datos recientes indican que alrededor del 49.2% de los niños de 0 a 1 año fueron puestos al seno materno en la primera hora de vida. Debido a los importantes riesgos descritos, urge realizar intervenciones educativas para una lactancia materna temprana.

**OBJETIVO:** Describir las intervenciones educativas para promover el inicio temprano de la lactancia materna.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal del binomio madre-hijo, de enero a diciembre de 2024, bajo consentimiento informado. Se realizaron intervenciones educativas, de asesoría y apoyo para la extracción de leche, contacto piel con piel, colocación y agarre al pecho, acompañamiento emocional, entre otras.

**Variables:** Peso al nacer, vía de nacimiento, enfermedades y

toxicomanías maternas, indicación de fórmula, extracción total de leche materna y destino. Se empleó estadística descriptiva; porcentajes, media y desviación estándar.

**RESULTADOS:** Hubo 2980 nacimientos, ingresaron 2 347 pacientes a Binomios. 1529 por parto y 1451 por cesárea, fueron 261 de Peso Bajo, Peso muy Bajo 27, Peso Extremadamente bajo 9. Se dieron 1946 intervenciones educativas a madres, con 760 de madres adolescentes. Recibieron lactancia materna 2347, debido a patologías maternas (VIH, CMV, toxicomanías). 165 pacientes recibieron fórmula.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** La lactancia materna es de gran interés para la salud materno-infantil, la OMS promueve inicio temprano y continuo, con un fuerte énfasis en el contacto piel con piel, lactancia exclusiva y el apoyo educativo a las madres. Con las intervenciones educativas realizadas hubo excelente mejora en el conocimiento de las madres, incluso las adolescentes, sobre la lactancia, lo cual contribuyó a la promoción de la misma.

## 2 – IMPACTO EN LA MORBIMORTALIDAD CON LA TÉCNICA CANGURO EN HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA: EXPERIENCIA DE 25 AÑOS

Laura López Vargas, Verónica Reyes Aguirre, Miriam Nayely Montaña Perales,  
Luz Consuelo Zepeda Romero, Eusebio Angulo Castellanos  
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde  
Universidad de Guadalajara

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):11*

**INTRODUCCIÓN.** La Técnica Canguro es una intervención médica efectiva en prematuros, que favorece buenas prácticas de lactancia materna. Ha demostrado que evita el daño neurológico, y disminuye la morbilidad aún durante la pandemia de SARS-CoV-2.

**OBJETIVO.** Presentar la morbilidad con la Técnica Madre Canguro durante 25 años de experiencia, en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, longitudinal de pacientes ingresados al Programa Madre Canguro, de 1998 a 2023. Variables estudiadas: peso, edad gestacional, sexo, peso al inicio y al final de la Técnica Canguro, días en Técnica Canguro, tipo de alimentación, crecimiento, valoración neuromuscular y mortalidad. Bajo Consentimiento Informado. Se emplearon estadística descriptiva: porcentajes, media y desviación estándar.

**RESULTADOS.** Ingresaron 6 380 pacientes al Programa Madre Canguro; 4 721 fueron prematuros y

1659 de peso bajo. Peso al nacer  $\bar{X}$  1 480 g, edad gestacional  $\bar{X}$  de 32.1 semanas, sexo masculino 3764 y femenino 2616. Recibieron lactancia materna exclusiva 2721. Valoración neuromuscular a 40 semanas corregidas, normal en 4762.

Óptimo crecimiento y neurodesarrollo en 4912, se utilizó la Técnica Canguro en 57 pacientes con Ventilación Mecánica, 142 con CPAP. Presentaron displasia broncopulmonar en 987 pacientes, 512 recibieron profilaxis con Palivizumab. 820 pacientes tuvieron ROP, ninguno requirió intervención quirúrgica. Hubo mejoría del dolor con técnica canguro y tetanalgesia. Encontramos 90% de participación familiar. La mortalidad fue 2.4%. En la pandemia de SARS-CoV-2 se promovió el apego a las medidas sanitarias y a la evidencia científica.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Acorde a Charpak y cols, encontramos que la Técnica Canguro, disminuye en prematuros el riesgo de daño neurológico, el abandono al acortar la estancia hospitalaria, restablece el vínculo afectivo padres-hijo, mejora en la incidencia de lactancia materna y seguimiento médico con humanización.

### 3 – ASOCIACIÓN DE LAS ADVERSIDADES EN LA INFANCIA DE DURANGO CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Marco Antonio Aguilar Martínez, José Guillermo Rangel Rodríguez,  
Marcela de Lourdes Cordero Pérez

Colegio de Pediatras del Estado de Durango  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):12*

**INTRODUCCIÓN.** Las adversidades y enfermedades no transmisibles incluyen la exposición a factores de riesgo como mala nutrición, sedentarismo y factores socioeconómicos adversos que afectan el neurodesarrollo, la salud mental y el bienestar general del niño, pueden tener consecuencias a corto y largo plazo, aumentando probabilidades de desarrollar enfermedades crónicas. Derivado de un proyecto nacional en la ciudad de Durango, se trabajó en consulta privada con 25 pacientes entre los 8 y los 18 años de edad.

**OBJETIVO.** Analizar la asociación de adversidades en la infancia mexicana con enfermedades no transmisibles como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, asma, depresión, riesgo suicida, uso de sustancias.

**METODOLOGÍA.** Metodología cuantitativa con estudios correlacionales.

**RESULTADOS.** El 35% de los casos de estudio corresponden a adolescentes de 16 años y 20% a los de 15 años, de los cuales el 55% son

de sexo femenino y el 45% género masculino, 60% estudian preparatoria, 20% primaria y otro 20% secundaria. 45% tiene antecedentes familiares de depresión y el 20% de suicidio. El 75% de los pacientes no presenta situaciones de depresión, el 25% sí lo presenta. Datos relevantes, 25% con riesgo de ideación suicida, el caso de menor edad es paciente de 9 años. La media de las adversidades presentes fue de 1.25 y de los eventos relevantes fue de 0.95.

**CONCLUSIONES.** Las adversidades en la infancia, como mala nutrición y factores socioeconómicos afectan negativamente en el desarrollo y la salud mental con posibles consecuencias a largo plazo. La mayoría de los participantes; adolescentes de 15 y 16 años con una ligera mayoría femenina. La existencia de antecedentes familiares de depresión y suicidio subraya la relevancia de los factores hereditarios y del entorno familiar en la salud mental de los menores. Los resultados reflejan una exposición moderada a adversidades, pero suficiente para justificar las intervenciones preventivas.

## 4 – IMPACTO ECOLOGICO DE LOS SUSTITUTOS DE LA LECHE MATERNA

Mora Vázquez Marco Emiliano, Rivera Alvarado Alexa Yanahury,  
Heráldez León Pablo Daniel, Maldonado Maldonado Pablo Mario,  
Moreno Aguilar Enrique Hipólito, López Gaitán Esteban

Facultad de Medicina de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):13*

**REVISIÓN.** La lactancia materna constituye un pilar fundamental para la salud, desarrollo y sobrevivencia infantil. En México solo 34% de los recién nacidos reciben lactancia materna exclusiva, de acuerdo con la encuesta nacional de salud (1 millón 300 mil bebés), cada uno consumirá 25 kg anuales de sustitutos de leche materna. (32 mil toneladas de fórmula en polvo) Se necesitarán 78 millones de botes de un solo uso para ello; para fabricar las tapas plásticas de las latas, nos da 8,190,000 kilos de CO<sub>2</sub> y 390,000,000 millones de litros de agua consumidos y un residuo de 31,680 kilos de CO<sub>2</sub> por el transporte de estos millones de botes desechados. De la producción al consumidor se generan 1,664,000 kilos de CO<sub>2</sub> por su transporte. Para fabricar las fórmulas se consumen 48 millones más de litros de agua. el lavado y esterilización y reconstitución genera una huella de 72,391 millones de litros de agua. Se calcula un uso de 270,000 kilogramos

anuales de pesticidas para el forraje de vacas lecheras y producción de 3,042,000 toneladas de CO<sub>2</sub> y 4 millones 664 mil litros de agua durante la obtención metálica del producto.

**CONCLUSIONES.** Para la fabricación de botes contenedores, alimentación del ganado y producción de leche, así como su transporte y residuos generados, se tiene una huella ecológica de alrededor de 12 millones 927 mil kilos de CO<sub>2</sub> y 92 millones de litros de agua. La cantidad de CO<sub>2</sub> aumenta el efecto invernadero, la acidificación de los mares y acelera el cambio climático. Además, deja una exposición a micro plásticos, pesticidas, lodo rojo, y exposición en alimentos a metales pesados, aumentado con ello el envenenamiento del planeta y del mismo ser humano. Proteger la lactancia materna es pues un acto ético, y ecológico.

## 5 – IMPACTO ECOLÓGICO DEL ACTO MÉDICO

Carmona Guzmán Karla Citlally, Cervera Linares Diana Carolina,  
García García Juan David, López Gómez Fernanda Yunuen,  
Ramírez Melchor Jonatan Yahir, López Gaitán Esteban

Facultad de Medicina de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):14*

REVISIÓN. El concepto “una sola salud” propuesto por la OMS, se refiere a la interacción entre ecosistemas, animales plantas, suelos y ser humano.

El sector de la salud es responsable de alrededor del 5 % de las emisiones globales de gases de efecto invernadero. En México, se producen 120 toneladas de residuos médicos plásticos diarios, aproximado de 7,600, toneladas anuales de CO<sub>2</sub> en su transporte.

En México en 2018 se administran alrededor de 16,000 millones de inyecciones desechándose el mismo número de jeringas plásticas. La generación de RPBI por cama ascendió hasta 9 kg/cama/día equivalente a 195 toneladas diarias (50 toneladas son de plásticos, 33 toneladas de vidrio, y 20 toneladas de textiles) para ello fue necesario 300 mil toneladas más de CO<sub>2</sub> por su producción.

Se consumen aproximadamente 25 kWh de energía por cama hospitalaria al día, de las 130,000 camas en

México se consumen 3,250,000 kWh/día, lo que deja una huella 576,000 toneladas de CO<sub>2</sub> al año.

Los productos farmacéuticos como los antibióticos son considerados contaminantes emergentes. Pueden causar efectos fisiológicos adversos en humanos, fauna y flora debido a la bioacumulación, persistencia y toxicidad de estos. Los residuos plásticos son otro contaminante cada vez más reconocido como disruptor endocrinológicos, cancerígenos y asociados a procesos inflamatorios arteriales asociados a infartos.

Hasta un 37% de los fármacos prescritos se identifican catalogar como innecesarios; en México hasta el 80% de las personas mayores de 60 años recibe al menos un medicamento y la población pediátrica, cerca del 27% toman fórmulas lácteas.

El acto médico en el país deja un aproximado de poco más de 1 millón de toneladas de CO<sub>2</sub> anuales y casi 20 mil toneladas de plástico al año, como huella ecológica

## 6 – TENDENCIAS EN EGRESOS HOSPITALARIOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR NEUROBLASTOMA SUPRARRENAL EN MÉXICO: 2016, 2020 Y 2023 EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Lucero Abigail Palacios Sánchez, José Miguel Ramírez Herrera,  
Valeria Lizbeth Zavala Loza, Paula Andrea Reyes Mireles,  
Víctor Rafael Velázquez Zavala, Elia Lara Lona

Departamento de Medicina y Nutrición, División de Ciencias de la Salud,  
Universidad de Guanajuato Departamento de Medicina y Nutrición  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):15*

**INTRODUCCIÓN.** El neuroblastoma es el tumor sólido extracraneal más frecuente en la infancia; aproximadamente el 50% se origina en la glándula suprarrenal. Su manejo combina estrategias quirúrgicas y no quirúrgicas, con impacto en hospitalizaciones y procedimientos realizados.

**OBJETIVO.** Comparar egresos hospitalarios y procedimientos quirúrgicos en niños menores de 5 años con neuroblastoma suprarrenal en México; y analizar tendencias en egresos, cirugías y promedio de procedimientos por paciente.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo para los años 2016, 2020 y 2023, con registros administrativos públicos (SS/DGIS, SINAIS) de egresos hospitalarios y procedimientos en México. Se incluyeron casos de neuroblastoma suprarrenal (CIE-10 C74.9) en menores de 5 años. Se analizaron bases de datos de egresos hospitalarios y de procedimientos, analizando variables como unidad médica, servicio, motivo de egreso, tipo y número de procedimientos quirúrgicos.

**RESULTADOS.** Los egresos disminuyeron 62.1%: tres menos entre 2016 y 2020 y 74 menos entre 2020 y 2023. Las cirugías aumentaron de 218 en 2016 a 232 en 2020, pero descendieron a 71 en 2023. El promedio de procedimientos por paciente egresado por mejoría se redujo progresivamente: 1.76 en 2016, 1.56 en 2020 y 1.4 en 2023. La mayoría de los egresos fueron por mejoría, con defunciones registradas en cada año (2 en 2016, 4 en 2020 y 3 en 2023).

**DISCUSIÓN.** La disminución de egresos y procedimientos quirúrgicos refleja un cambio hacia un manejo menos invasivo. El predominio de la adrenalectomía unilateral en 2020 refuerza la importancia de la cirugía selectiva. La reducción en procedimientos por paciente sugiere optimización terapéutica.

**CONCLUSIONES.** Los egresos hospitalarios se redujeron 51.6% y las cirugías 74.5%. La baja mortalidad observada indica que la menor frecuencia de hospitalizaciones no implicó mayor riesgo vital. El estudio se limita solo a episodios hospitalarios y no a supervivencia.

## 7 – INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN MÉXICO 2024: ESTUDIO TRANSVERSAL

Daniela Guerrero Díaz de León, Ana Sanromán Barandica y Erick Damián García González

Departamento de Medicina y Nutrición, División de Ciencias de la Salud,  
Universidad de Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):16*

**INTRODUCCIÓN.** La intoxicación accidental por drogas, medicamentos y sustancias biológicas en la población pediátrica constituye una emergencia médica a nivel mundial, con elevados porcentajes en hospitalización, invalidez y mortalidad. Representa el 10% de ingresos a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Se identifican dos grupos etarios de especial vulnerabilidad: preescolares y adolescentes, destacando las benzodiazepinas, antieméticos, antipiréticos y analgésicos. Identificar los factores asociados es esencial para diseñar estrategias preventivas eficaces.

**OBJETIVO.** Analizar datos epidemiológicos de menores de 18 años hospitalizados por consumo accidental de sustancias en México durante 2024.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un análisis descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo con registros públicos del Sistema de Administración de Egresos Hospitalarios (SAEH) de la Dirección General de Información en Salud. Se incluyeron diagnósticos asociados a consumo de medicamentos (CIE10: X40, X41, X43, X44), incluyendo variables como: edad (<18 años), edad quinquenal, sexo, estrato, días

de estancia hospitalaria y entidad federativa. Se calcularon frecuencias absolutas, relativas y promedios.

**RESULTADOS.** En 2024 se registraron 549 egresos por envenenamiento accidental: 264 (48.08%) mujeres y 285 (51.91%) hombres. Los grupos más afectados fueron de 1-4 años (n=253), 10-14 años (n=109) y 5-9 años (n=99), con un promedio de 6.5 años. La mayoría tuvo estancias menores de 10 días, con un promedio de 12.36 días. Las entidades con más casos fueron CDMX (n=121), Guanajuato (n= 54) y Edo. Mex (n=47). El 94.35% de los casos ocurrió en zonas urbanas.

**DISCUSIÓN.** Los hallazgos reflejan patrones consistentes con la literatura. La concentración en zonas urbanas sugiere mayor disponibilidad de sustancias y un subregistro en áreas rurales. Asimismo, los estados más afectados reflejan posibles diferencias en la densidad poblacional y exposición a riesgos ambientales o sociales.

**CONCLUSIONES.** Estos hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer estrategias preventivas dirigidas a la población infantil y sus cuidadores, reforzando políticas de control y vigilancia sobre medicamentos.

## 8 – IMPACTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS SOBRE EL NIVEL DE CONTROL DEL ASMA EN NIÑOS DERECHOHABIENTES DE LA UMAE HGP NO. 48

Contreras Vargas Laura Marisol, Atilano Maciel Roberto Abraham,  
Galindo Pacheco Lucy Vania, González Alma Patricia, Paque Bautista Carlos,  
Sosa Bustamante Gloria Patricia

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío.

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):17*

**INTRODUCCIÓN:** La calidad de vida relacionada con la salud en el paciente asmático y su cuidador ha demostrado tener relación con el grado de control de la enfermedad, siendo utilizada esta variable como elemento en la monitorización del paciente.

**OBJETIVO:** Conocer el impacto de la calidad de vida de los cuidadores primarios sobre el nivel de control de asma en niños derechohabientes de UMAE HGP No. 48.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, transversal prospectivo, con muestreo no probabilístico o de casos consecutivos. Previo consentimiento informado, se incluyeron a los cuidadores primarios de niños entre 7-17 años con diagnóstico de asma que acuden a seguimiento por consulta de Alergia e Inmunología. Se evaluó la calidad de vida del cuidador primario con el cuestionario PACQLQ y el nivel de control del paciente asmático

mediante el cuestionario de control de la GINA.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 169 niños, mediana de edad  $10.5 \pm 2.80$  años. Los cuidadores primarios con mediana de edad de  $40.6 \pm 5.96$  años. La calidad de vida por el PACQLQ fue regular en el 56.2% (n=95), buena en 9.5% (n=16) y baja en 34.3% (n=58). El dominio mayormente afectado fue la limitación de actividades con 69.8% con mala calidad de vida (n=118), seguido de la función emocional con 40.8% con mala calidad de vida (n=69). Al relacionar el nivel de control del paciente y la calidad de vida del cuidador primario, no se encontró asociación significativa ( $p=0.396$ ).

**CONCLUSIÓN:** La calidad de vida de los cuidadores primarios no impacta el nivel de control del asma en los niños. El área más afectada de la calidad de vida de los cuidadores primarios fue la limitación de actividades.

## 9 – MYCOBACTERIUM ABSCESSUS ASOCIADO A LESIÓN CUTÁNEA POR PICADURA DE ARAÑA

Alejandro Sánchez Sandoval, Ana Cristina López, María del Carmen Espinosa

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):18*

**INTRODUCCIÓN:** Las micobacterias no tuberculosas son patógenos ambientales capaces de causar infecciones cutáneas tras traumatismos o procedimientos con material no estéril. Su crecimiento es rápido y se presenta con abscesos o úlceras con diseminación esporotricoides.

**OBJETIVO:** Describir un caso pediátrico con úlcera cutánea atribuida a picadura de araña, en el que la valoración clínica e histopatológica reorientó el diagnóstico hacia infección por *M. abscessus*.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 13 años que inicia en enero de 2025 con probable picadura de araña violinista en antebrazo izquierdo. Manejo inicial con corticoide, analgésicos y antihistamínicos sin mejoría; posteriormente antibióticos (clindamicina, penicilina, amoxicilina) sin respuesta. El 27/06/2025 desarrolla úlcera dolorosa de 1.5 cm; ingresa el 07/07/2025 a Cirugía Pediátrica por sospecha de miositis infecciosa. A la exploración presenta úlcera de bordes definidos y fondo sucio, sin necrosis extensa ni compromiso sistémico. Se realiza biopsia excisional; dermatología

descarta loxoscelismo y sugiere proceso infeccioso local. Estudios histopatológicos y microbiológicos orientan a *Mycobacterium abscessus*. Se inicia tratamiento específico con azitromicina 500 mg cada 24 h, doxiciclina 100 mg cada 12 h y moxifloxacino 400 mg cada 24 h, todos por un mes, con evolución favorable.

**DISCUSIÓN:** El “loxoscelismo” se sobre-diagnostica; una lesión subaguda, sin necrosis extensa ni toxicidad sistémica, refractaria a  $\beta$ -lactámicos debe sospecharse micobacterias de crecimiento rápido. El diagnóstico requiere biopsia y cultivo. El tratamiento es complejo, prolongado y combina antimicrobianos contra *M. abscessus*. La asociación de macrólido, tetraciclina y fluoroquinolona permitió la resolución clínica. La participación multidisciplinaria favorece un abordaje conservador y eficaz, reduciendo el riesgo de cronicidad y secuelas.

**CONCLUSIÓN:** La reevaluación clínica e histopatológica permitió identificar *M. abscessus* y evitar tratamientos innecesarios por “picadura de araña”. El tratamiento combinado y oportuno, junto con la valoración multidisciplinaria, permitió una evolución satisfactoria.

## 10 – TUBERCULOSIS PERITONEAL. UNA FORMA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE: CASO CLÍNICO

Paulina Itzel González de la Rosa, Miriam Guadalupe Morales Hernández,  
José Antonio Esparza Hernández, Luz Denisse Pérez Mayorga  
Hospital General de Zacatecas “Luz González Cosío”  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):19*

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis peritoneal es una presentación infrecuente de tuberculosis extrapulmonar. Su diagnóstico es complejo debido a la inespecificidad clínica y la ausencia de compromiso pulmonar, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de cuadros abdominales crónicos.

**OBJETIVO:** Identificar los signos clínicos y hallazgos de la tuberculosis peritoneal, reconociendo la dificultad para el diagnóstico.

**CASO CLÍNICO:** Femenino de 6 años, vacunación incompleta y hospitalizaciones por gastroenteritis. Acude por dolor en hipocondrio derecho, fiebre prolongada, diaforesis nocturna, intolerancia oral y pérdida de 7 kg. Exploración: adenopatías cervicales e inguinales, dolor abdominal difuso. Tomografía: engrosamiento mural en colon derecho y ciego, conglomerados ganglionares mesentéricos. Laparotomía exploradora: ganglios mesentéricos y lesiones compatibles con tuberculosis. Biopsia: inflamación

granulomatosa con células gigantes tipo Langerhans, tinción Ziehl-Neelsen positiva. Genexpert, PPD y jugo gástrico negativos. Confirmación diagnóstica por histopatología. Inicia tratamiento antituberculoso en fase intensiva.

**DISCUSIÓN:** El diagnóstico de tuberculosis peritoneal puede realizarse mediante aislamiento de M. tuberculosis en biopsias, visualización de tubérculos por laparoscopia o respuesta al tratamiento. Su manifestación principal es el dolor abdominal. Ante cuadros abdominales crónicos con mala evolución, debe sospecharse, incluso en ausencia de datos pulmonares o pruebas convencionales positivas.

**CONCLUSIÓN:** La tuberculosis peritoneal debe considerarse dentro de los diferenciales en pacientes pediátricos con dolor abdominal crónico e inespecífico. El reconocimiento temprano y el inicio oportuno del tratamiento reducen la morbimortalidad.

## 11 – MENINGITIS TUBERCULOSA PROBABLE EN PACIENTE PEDIÁTRICA: VALOR DE ESCALAS DIAGNÓSTICAS SIN CONFIRMACIÓN INICIAL

Jaime Antonio Villegas Vacio, Fernanda del Rosario Ornelas Carreón

Hospital General Regional ISSSTE León

Hospital de Especialidades Pediátrico de León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):20*

**INTRODUCCIÓN.** La meningitis tuberculosa es la forma más grave de tuberculosis extrapulmonar en pediatría, con elevada morbimortalidad. El diagnóstico suele retrasarse por la baja sensibilidad de las pruebas microbiológicas, lo que obliga a integrar hallazgos clínicos, de laboratorio e imagen, apoyándose en escalas diagnósticas para orientar la decisión terapéutica.

**CASO CLÍNICOS.** Se presenta el caso de una paciente femenina de 2 años previamente sana, que inició con distensión abdominal y diarrea acuosa, evolucionando a crisis convulsivas secundarias a hiponatremia persistente refractaria. Durante su ingreso presentó deterioro neurológico progresivo. El líquido cefalorraquídeo mostró hipoglucorraquia, hiperproteínorraquia y pleocitosis con predominio polimorfonuclear. La resonancia magnética cerebral reveló infarto de arteria cerebral media derecha, reforzamiento paquimeníngeo y aracnoiditis basal. Con la aplicación de las escalas de Thwaites y Marais se clasificó como meningitis tuberculosa probable. Se inició cobertura antibiótica de amplio espectro, sin

tratamiento antituberculoso empírico por falta de confirmación diagnóstica. Durante su estancia en terapia intensiva desarrolló infartos cerebrales múltiples, disautonomías, necesidad de soporte ventilatorio e inotrópico, además de trastorno perdedor de sodio no especificado. A pesar del manejo multidisciplinario, evolucionó a muerte encefálica y falleció al sexto día de ingreso. De manera postmortem, se recabaron QuantiFERON y GeneXpert con resultados positivos para tuberculosis, lo que corroboró el diagnóstico sugerido por las escalas clínicas.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** Este caso refleja la dificultad diagnóstica de la meningitis tuberculosa en pediatría y confirma la utilidad de escalas clínicas como herramientas de apoyo en ausencia de confirmación inicial. La hiponatremia persistente puede constituir un marcador temprano de la enfermedad. El retraso en el inicio del tratamiento específico impacta de manera negativa en el pronóstico, lo que subraya la necesidad de considerar manejo empírico temprano en escenarios de alta sospecha.

## 12 – TUBERCULOSIS MENÍNGEA ASOCIADA A HIDROCEFALIA EN PACIENTE ESCOLAR

Estefanía Alejo Romero, Mauro Gómez Magaña, Adrián Zepeda López

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):21*

**INTRODUCCIÓN.** La tuberculosis meníngica es la forma más grave de tuberculosis extrapulmonar, con alta morbilidad y mortalidad en niños. Representa entre el 7 y el 12% de la meningitis en zonas endémicas y hasta el 1% de todos los casos de tuberculosis. Su diagnóstico es difícil por síntomas inespecíficos y baja sensibilidad de pruebas convencionales.

**OBJETIVO.** Reportar la asociación poco frecuente de tuberculosis meníngica e hidrocefalia en una paciente escolar previamente sana.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Paciente de 9 años, sin antecedentes familiares o personales de importancia, inicia en octubre de 2024 con cefalea intensa, vómitos, fiebre intermitente y posibles crisis convulsivas. Se sospechó migraña y se inició tratamiento con propranolol, topiramato, valproato y ketorolaco. EEG sin actividad epileptiforme y RMN de cráneo que evidenció hidrocefalia (diciembre 2024), sin otras lesiones. Se colocó derivación ventrículo-peritoneal derecha (12.12.24). En diciembre de 2025 presentó fiebre

persistente tratada con múltiples esquemas de antibióticos. En enero de 2025, punción lumbar mostró hiperproteínorraquia, hipoglucorraquia y pleocitosis con predominio polimorfonuclear. GeneXpert para tuberculosis en LCR positivo, iniciándose tratamiento antituberculoso cuádruple.

**Diagnóstico.** Tuberculosis meníngica confirmada en enero de 2025 por GeneXpert y análisis del LCR. Hidrocefalia confirmada en diciembre de 2024 por RMN.

**Tratamiento.** Fase intensiva con DOTBAL y esteroides por 2 meses, seguida de fase de sostén. Ajustes de dosis por persistencia de febrículas. Colocación inicial y recolocación posterior del sistema de derivación ventrículo-peritoneal.

**DISCUSIÓN.** La hidrocefalia asociada a tuberculosis meníngica es más común en menores de 5 años. Este caso destaca la presentación inusual en escolares, evidenciando la necesidad de considerar tuberculosis meníngica en el diagnóstico diferencial en toda la edad pediátrica.

## 13 – NEUROTUBERCULOSIS INFANTIL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REFLEXIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OPORTUNO

Mirza Sofía Gutiérrez Esqueda, Mónica Rodríguez Borroel , Guadalupe Campos,  
Marcela Cortez Ordóñez y Ana M. Gutiérrez Ramos

Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud,  
Universidad Autónoma de Zacatecas, Campus UAZ Siglo XXI,  
Hospital General Zacatecas “Luz González Cosío”  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):22*

**INTRODUCCIÓN.** La neuro-tuberculosis comprende un conjunto de afecciones neurológicas, causadas de manera directa o indirecta por la infección de *Mycobacterium tuberculosis*, que son potencialmente letales y de alto riesgo de discapacidad, siendo de vital importancia el diagnóstico y tratamiento oportuno. En México, representa aproximadamente entre el 9% y el 14% de los casos de tuberculosis en niños atendidos en hospitales.

**OBJETIVO.** Reconocer la tuberculosis meníngea como una forma de tuberculosis grave y letal, asociada importantemente a complicaciones neurológicas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Femenino de cinco años de edad, esquema de vacunación incompleto, etnia huichol, en condiciones precarias, abuela tosedora crónica, familia extensa, inicia síntomas 4-5 meses con alzas térmicas irregular, astenia y movimientos anormales en extremidad superior derecha, tratamientos sintomáticos y vitaminas, se agregan vómitos, disfonía, cefalea, craneo hipertensivo colocando válvula ventrículo-peritoneal 18/08/2025, reporte de LCR proteinorraquia 167 mg/dL, leucos 2589 mm<sup>3</sup>, MNN 93 %, hemocultivos, reactantes de fase aguda,

GenXpert negativos, por alteraciones de estudio de neuroimagen y reportes no concluyentes de LCR, deciden tratamiento con esteroide y albendazol, mala evolución con deterioro neurológico progresivo con datos encefálicos y meníngeos, rigidez de nuca, espasticidad, crisis convulsivas, afasia, disfonía, disfagia, sialorrea, con reporte de RM de cráneo lesiones intraaxiales, supra e infratentoriales, reforzamiento leptomeníngeo frontal, temporal, cisternas de la base, mesencéfalo y puente, considerando como primera posibilidad origen tuberculoso, empeoramiento neurológico crisis convulsivas, hemiparesias, focalizaciones, nuevo estudio LCR Genxpert concluyente neuroinfección por tuberculosis. Recibe tratamiento antituberculoso, esteroide, mala evolución, presenta muerte encefálica y fallece a los 18 días de su segundo reingreso en el Hospital General Zacatecas.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** Este caso clínico resalta la importancia de realizar un diagnóstico oportuno debido a su alta tasa de mortalidad en la población pediátrica, que en etapas avanzadas se presentan diversos síntomas que pueden significar un obstáculo para llegar al diagnóstico correcto confundiéndolo con otros síndromes neurológicos.

## 14 – CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA Y TUBERCULOSIS CUTANEA EN ADOLESCENTE CON AUTOANTICUERPOS GM-CSF

Paloma Montserrat Barajas Contreras, Giovanna Montserrat Oseguera Leal,  
Valeria Gómez Toscano

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):23*

### DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Femenino de 17 años de edad que inició un año previo a su ingreso con lipotimias, cefalea, vómitos recurrentes, alzas térmicas, astenia, adinamia e intolerancia a alimentos. Siete meses previos al diagnóstico, presentó nódulos subcutáneos en abdomen y tórax. Un mes previo a su ingreso, se agregó mastitis con absceso inframamario izquierdo y posterior supuración. Se realizó biopsia de mama, compatible con criptococosis (mastitis crónica granulomatosa con células gigantes tipo Langhans, estructuras levaduriformes compatibles con *Cryptococcus* spp). Ingresó a hospitalización. TAC de cráneo reportó zona focal de hipodensidad. RMN cerebral documentó imagen hiperintensa en T2 e hipointensa en T1, con refuerzo anular de 3 mm en núcleos de la base derecha, compatible con criptococoma. Tele de tórax normal. PPD no reactivo. LCR reportó citoquímico incoloro transparente, leucocitos 100, PMN 30, MN 70, glucosa 20, DHL 91, tinta china negativa, BAAR negativo, cultivo para

MTB negativo y Genexpert MTB/RIF negativo. Con diagnóstico de criptococosis diseminada, recibió anfotericina liposomal por 6 semanas -con lo que presentó lesión renal aguda AKIN 1- y se agregó fluconazol por 18 meses. Se reportaron inmunoglobulinas normales, complemento normal, subpoblaciones de linfocitos CD3+/CD4+/CD8- bajas, VIH negativo, dihidrorodamina negativo. Sin embargo, se detectaron anticuerpos GM-CSF. Recibió estimulante de colonias de granulocitos, así como rituximab e inmunoglobulina. Durante su evolución, debido a la aparición de lesiones cutáneas distintas a las iniciales, con salida de material caseoso, se realizó una nueva biopsia de piel, misma que reportó GeneXpert MTB positivo, con resistencia a rifampicina indeterminada, cultivo para *Mycobacterium* spp. negativo. Con ello se inició DOTBAL y se suspendió fluconazol debido a la interacción que existe con rifampicina. Sin embargo, ha requerido nuevamente el reinicio de fluconazol por reactivación de las lesiones originales.

## 15 – TUBERCULOSIS INTESTINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UN RETO DIAGNÓSTICO

Tania Guadalupe Gómez Moreno, Patricia Máximo Galicia, José Rogelio Serrano Gómez

Hospital General Dolores Hidalgo C.I.N.

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):24*

**INTRODUCCIÓN.** La tuberculosis continúa siendo una gran causa de morbilidad y mortalidad en niños a nivel mundial, sobre todo en países en desarrollo. La tuberculosis pulmonar es la forma más frecuente de presentación en todos los grupos etarios. La forma abdominal corresponde a la sexta localización extrapulmonar, constituyendo el 5% de todos los casos de tuberculosis. Frecuentemente presenta un inicio insidioso y se confunde con otras patologías intestinales, lo que dificulta su diagnóstico oportuno.

**OBJETIVO.** La tuberculosis intestinal en niños es una presentación poco habitual, difícil de identificar, por lo que la exposición de este caso clínico pretende sensibilizar al personal de salud con el fin de considerarlo como diagnóstico diferencial.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Se trata de un paciente masculino de 1 año 7 meses, previamente sano, quien inicia su padecimiento actual desde hace 1 mes con fiebre no cuantificada, dolor abdominal, distensión progresiva, vómito y evacuaciones diarreicas;

acude a múltiples valoraciones donde se administran antibióticos, antieméticos, antiespasmódicos sin mejoría del cuadro, por lo que se refiere a nuestra unidad. A su ingreso se encontraba clínicamente con distensión abdominal importante, además de presentar desnutrición proteico-calórica y anemia severa grado III. Durante su hospitalización, inició con fiebre de alto grado y, tras sospecha de patología abdominal, se solicitaron estudios de imagen donde se observaba distensión de asas, abundante gas y hepatomegalia. Se solicitaron cultivos, todos negativos, por lo que se sospechó tuberculosis intestinal. Se realizó B.A.A.R. en jugo gástrico, siendo positivo en dos muestras seriadas, por lo que al contar con el diagnóstico, se inició el manejo antifímico.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** La tuberculosis intestinal tiene una presentación clínica inespecífica y una evolución crónica, se debe sospechar en cualquier niño que presente problemas abdominales prolongados inexplicables asociados a distensión abdominal, diarrea y vómitos.

## 16 – ENFERMEDAD DE GAUCHER, REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 VILLA DE ÁLVAREZ, COLIMA

Alan Jair Juárez Ríos, Karla Georgina López Quezada  
Hospital General Regional de Zona 1 Villa de Álvarez, Colima  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):25*

**INTRODUCCIÓN.** La enfermedad de Gaucher es una enfermedad de depósito lisosomal con herencia autosómica recesiva, es causada por una mutación del gen GBA, que provoca una actividad deficiente de la enzima glucocerebrosidasa, generando acumulación de glucosilceramida en lisosomas de los macrófagos de predominio en médula ósea, hueso, hígado y bazo. Es un trastorno genético raro con una incidencia en la población general de 0.4-5.8/100,000 habitantes. El diagnóstico se realiza cuantificando la actividad enzimática. El tratamiento es la terapia de reemplazo enzimático y/o reducción de sustrato. Se reporta el caso de un paciente de 1 año de edad que acude por detención del crecimiento y hepato-esplenomegalia.

**OBJETIVO.** Se presenta un caso clínico de la enfermedad con el fin de resaltar la importancia del reconocimiento temprano para otorgar un tratamiento oportuno.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Lactante de 13 meses que acude por hepatoesplenomegalia. Inicia a los 6

meses de edad con detención del crecimiento y aumento del perímetro abdominal. En su valoración inicial se observan abdomen globoso a expensas de esplenomegalia masiva y hepatomegalia, desnutrición crónica y retraso en el neurodesarrollo, biometría hemática con Hb 6.1, plaquetas 136, leucocitos 8680. Biopsia de médula ósea con histiocitos espumosos, cuantificación enzimática de  $\beta$ -glucocerebrosidasa deficiente en 0.5 nmol/mL de sangre/h (1.69-22.6), confirmación molecular con variante en estado homocigoto patogénica, en el exón 11 c.1448 T>C p. Leu483Pro. Actualmente, con progresión de la enfermedad, en espera de inicio de terapia de reemplazo enzimático.

**DISCUSIÓN.** La enfermedad de Gaucher debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con citopenias y esplenomegalia masiva.

**CONCLUSIONES.** El diagnóstico oportuno y el tratamiento de reemplazo enzimático disminuyen las complicaciones y mejoran la calidad de vida de los pacientes.

## 17 – MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD DE GAUCHER NEUROPÁTICA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO

María Guadalupe Hernández Hernández, Cindy Jaqueline Bringas Guardián,

Jessica Paola Aguirre Díaz, Juan Carlos Andrade Colmenero

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):26*

**INTRODUCCIÓN.** La enfermedad de Gaucher es un trastorno de almacenamiento lisosomal autosómico recesivo poco común, con manifestaciones clínicas variables, especialmente en la edad pediátrica.

**OBJETIVO.** Describir las manifestaciones clínicas, diagnóstico y manejo terapéutico de una paciente con enfermedad de Gaucher tipo neuropático, destacando la relevancia de su identificación temprana en la práctica pediátrica y hematológica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.** Paciente femenina de 2 años 7 meses, enviada al servicio de hematología con diagnóstico presuntivo de bicitopenia y hepatoesplenomegalia. Acude a consulta por retraso en el neurodesarrollo global. En estudios iniciales se documenta:

- ☐ Anemia microcítica e hipocrómica
- ☐ Trombocitopenia
- ☐ Hepatoesplenomegalia (hígado 4x5x5 cm, consistencia pétreo)
- ☐ Exploración física: frente prominente, puente nasal deprimido,

hipotrofia en extremidades, soplo holosistólico, abdomen prominente.

Se inició abordaje para enfermedad lisosomal con estudios de imagen (Rx huesos largos), tamiz metabólico para enfermedad de Gaucher y valoración multidisciplinaria por neurología, oftalmología y genética.

**DISCUSIÓN.** La enfermedad de Gaucher es una de las enfermedades lisosomales más frecuentes. En el contexto pediátrico, el diagnóstico puede retrasarse debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales. La forma neuropática presenta un peor pronóstico y mayor complejidad terapéutica. La identificación temprana mediante tamizaje metabólico y abordaje integral es fundamental para iniciar tratamiento oportuno y evitar complicaciones a largo plazo.

**CONCLUSIÓN.** La enfermedad de Gaucher debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de niños con bicitopenia y organomegalias. El enfoque clínico multidisciplinario y el inicio temprano del tratamiento enzimático pueden mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida del paciente pediátrico.

## 18 – GALACTOSEMIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Yamilet Delgado Guzmán, Luis Alberto León Tzab, Jessica Susana Monzón Ramírez

Hospital General de León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):27*

**INTRODUCCIÓN:** La galactosemia es un trastorno metabólico congénito, el recién nacido parece nacer con buena salud y con ventana de oportunidad antes de desarrollar comorbilidades.

**OBJETIVO:** La galactosemia no tiene cura, pero sus consecuencias negativas para la salud pueden evitarse mediante un diagnóstico y tratamiento precoces.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Madre de 22 años de edad, control prenatal, primer trimestre, 8 consultas y 8 ultrasonidos, consumo de micronutrientes, no aplicación de vacunas, niega patologías agregadas. Se obtiene de 38 SDG, vía vaginal con peso de 3.160 y talla de 52 cm, a las 17:30, APGAR 9, se egresó al binomio, aplicación de BCG y hepatitis, tamiz metabólico, onfalorrexia a los 6 días de vida.

Es traída a urgencias pediátricas por presentar tinte icterico 22.08.24, bilirrubinas transcutáneas con reporte > 340mmol, en rangos para manejo con fototerapia en 350 mmol y exanguíneo en 450 mmol, por lo cual se decide la colocación de fototerapia a las 23:10 h. 23.08.24, manejo hídrico líquidos totales 160 mLkgdía, con seno materno a libre demanda y soluciones parenterales, se toman

bilirrubinas séricas de control y se reporta bilirrubinas totales 23.60 (403 / foto 350, exang 450).

Se recibe con seno materno, controles posteriores de bilirrubinas donde se observa aumento de la bilirrubina directa.

Se suspende fototerapia y se realiza abordaje para síndrome colestásico: ultrasonido abdominal 26.08.24 CON REPORTE QUISTE DE COLÉDOCO II DE TODANI.

**ESTUDIO TOMOGRÁFICO:** QUISTE PANCREATO BILIAR TODANI II, sin embargo, paciente con deterioro hemodinámico y resultado de tamiz metabólico con resultado positivo; se ajusta leche de soya con mejoría clínica importante.  
**COLANGIORESONANCIA**  
06.11.2024 NORMAL

**DISCUSIÓN.** Evolución insidiosa con ictericia, se sospecha inicialmente característica obstructiva pero con tamiz metabólico oportuno se logró manejo adecuado.

**CONCLUSIONES.** Paciente en seguimiento multidisciplinario con dieta libre de galactosa y evolución en crecimiento y neurodesarrollo adecuado.

## 19 – HIPERAMONEMIA CRÍTICA EN PEDIATRÍA: MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO GENÉTICO

Alexis Rodrigo García Ramírez, Braulio Iván González Valenzuela,  
Alexa Fernández Triana, Laura Lizeth Flores García

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

Universidad de Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):28*

**INTRODUCCIÓN.** Los defectos del ciclo de la urea son un grupo de trastornos metabólicos genéticos que provocan acumulación de amoníaco en la sangre (hiperamонемия). Si no se trata, la hiperamonemia puede ocasionar daño neurológico grave e incluso la muerte.

**OBJETIVO.** Presentar el caso de una paciente pediátrica con un defecto de hiperamonemia. El caso ilustra los complejos desafíos del manejo multidisciplinario y la importancia de la adherencia familiar al tratamiento.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Se presenta el caso de una paciente de 6 años con diagnóstico de deficiencia de la enzima OTC. Fue hospitalizada a los 3 años y 11 meses por un cuadro de vómitos, dolor abdominal y encefalopatía. Tras la realización de estudios metabólicos pertinentes, se documentaron niveles elevados de amoníaco, con un máximo de 395  $\mu\text{mol/L}$ . Egresó con manejo mediante medidas antiamonio y restricción de proteínas. Posteriormente, el

nacimiento de un hermano varón afectado y la detección de hiperamonemia en la madre corroboraron la transmisión ligada al cromosoma X.

**DISCUSIÓN.** Este caso ilustra un defecto del ciclo de la urea (UCD) con presentación inicial de encefalopatía hiperamonémica severa. La sospecha clínica oportuna es fundamental para iniciar un tratamiento temprano, lo que mejora la supervivencia de los pacientes. El manejo a largo plazo representa un desafío, especialmente por la falta de adherencia al tratamiento y a las citas de control. Esto demuestra que el éxito depende de la educación integral de la familia.

**CONCLUSIÓN.** Los puntos clave son el diagnóstico temprano, la adherencia al tratamiento, la consideración del contexto familiar y el entendimiento de que la descompensación es una amenaza constante, con alto riesgo de transmisión. El caso subraya que el papel del médico va más allá del diagnóstico.

## 20 – MUTACIÓN DEL GEN MMUT EN LACTANTE CON ACIDOSIS METILMALÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Diana Kahory Calderón Salinas, Israel Sinahi Moreno Aguirre, Leticia Rodríguez Ocón, Jessica Iñiguez Rodríguez

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):29*

**INTRODUCCIÓN:** La acidosis metilmalónica es una enfermedad metabólica hereditaria autosómica recesiva causada por deficiencia de la enzima metilmalonil-CoA mutasa, aumenta el ácido metilmalónico en sangre, acumula metabolitos tóxicos afectando rutas catabólicas, alterando la homeostasis.

**OBJETIVO:** Describir el diagnóstico y tratamiento de un lactante con error innato del metabolismo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino, 10 meses de edad. Antecedente de hospitalizaciones por deshidratación, regresión del neurodesarrollo a los 8 meses, por ello se solicitó tamiz metabólico ampliado con TSH elevada, alimentación complementaria con rechazo de alimentos, hacinamiento, tabaquismo pasivo. Inicia 20.04.24 con vómitos, hiporexia y adinamia, se agrega respiración de Kussmaul, palidez, mucosas deshidratadas, hipotermia. Ingresa a nuestro hospital el 24.04.24 con acidosis metabólica severa, se intuba por deterioro neurológico. Durante estancia en terapia intensiva pediátrica, sedoanalgesia con dexmedetomidina, buprenorfina, midazolam, fentanilo y vecuronio,

apoyo cardiovascular con norepinefrina, adrenalina y vasopresina, ventilación mecánica invasiva modalidad dinámica AC, ayuno, hiperamonemia, anión GAP 48, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> indetectable, 3 bolos de bicarbonato de sodio, aumenta HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> a 12.5, hiperglucemia, infusión de insulina, corrección en agudo de hipokalemia, hipocalcemia e hipomagnesemia, diurético. Genética reporta acidosis metilmalónica clase enzimática mmut0, no responde a vitamina B12, inicia l-carnitina, benzoato de sodio y ácido carglúmico, antibioticoterapia con ceftriaxona y metronidazol, transfusión de concentrado eritrocitario. El 26.04.24 se suspende sedoanalgesia y apoyo cardiovascular, ventana neurológica adecuada, extubación exitosa. El 27.04.24 inicia vía enteral con fórmula libre de isoleucina, valina, metionina y treonina, 100 ml/kg/día, 20.9 kcal/onza o licuado artesanal 298.9 kcal, proteína 0.5 g/kg/día, 37.9 ml/kg/día.

**CONCLUSIÓN:** Sospechar de un error innato del metabolismo es crucial para un diagnóstico y tratamiento oportuno. El manejo multidisciplinario fue fundamental para la evolución favorable de nuestra paciente con acidosis metilmalónica.

## 21 – FALLA DE MEDRO COMO SEÑAL DE ALARMA EN ERRORES INNATOS DE LA INMUNIDAD. REPORTE DE CASO

Karen Yerene Becerril, Ana Eunice Fregoso Zúñiga

Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos”

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):30*

**INTRODUCCIÓN.** La falla de medro es la inadecuada ganancia de crecimiento que obliga a buscar una causa. Los Errores Innatos de la Inmunidad (EII) son enfermedades genéticas que regulan el desarrollo y funcionamiento del sistema inmune que tienen relación directa con la falla de medro, existen señales de alarma establecidas por *Jeffrey Modell Foundation* que orientan a médicos de primer contacto a sospecharlas.

**OBJETIVO.** Identificar datos de alarma en un paciente con EII.

**CASO CLÍNICO.** Masculino seis meses, sin consanguinidad ni endogamia, primo hermano con diagnóstico de EII. Inicia a los tres meses con evacuaciones diarreicas mucosanguinolentas. Se sospecha alergia alimentaria y cambian dieta. En seguimiento, se identifica falla de medro, cianosis, dificultad respiratoria y neumonía grave. Se hospitaliza en terapia intensiva, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Se sospecha EII y se obtienen paraclínicos que muestran hipogammaglobulinemia; IgA e IgG con IgM normal, linfopenia: IgA 10mg/dl (8.1-68mg/dl), IgM 72 mg/dl (35-102), IgG 18 mg/dl (215-714) IgE:

<0.1UI/ml(0.44 16.3), subpoblaciones de linfocitos: CD3:54 (60-76) CD4:36 (31-47) CD8:18 (18-35) CD19:35 (14-33), fenotipo de Hiper IgM, se solicita estudio genético con variable patogénica en CD40L. Se inicia inmunoglobulina humana y antibiótico, con mejoría, se egresa con antibiótico profiláctico, inmunoglobulina humana y referencia a tercer nivel para trasplante de células progenitoras hematopoyéticas.

**DISCUSIÓN.** La falla de medro, es un signo de alarma de EII, en el caso de nuestro paciente, se tiene alta sospecha por antecedente familiar, es importante realizar historia clínica pediátrica detallada y dirigida. CD40L ocasiona alteración entre CD4+ y linfocitos B, impide el cambio de clase de inmunoglobulinas. Clínicamente presentan infecciones respiratorias, gastrointestinales y falla de medro.

**CONCLUSIONES.** Los EII causan falla de medro por mecanismos combinados: infecciones crónicas, enteropatías y mala absorción; el antecedente familiar, nos obliga a realizar estudios inmunológicos básicos; el diagnóstico precoz puede cambiar el pronóstico.

## 22 – SÍNDROME DE CHÉDIAK-HIGASHI: REPORTE DE CASO

Vicente Cuéllar Rodríguez, Luis Rodrigo Hernández Gómez, Martha Mariela Orozco León,  
Carlos Paque Bautista, Gloria Patricia Sosa Bustamante, Alma Patricia González

Departamento de Medicina y Nutrición, División de Ciencias de la Salud,  
Universidad de Guanajuato

Escuela de Medicina, Universidad Quetzalcóatl Irapuato

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):31*

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Chédiak-Higashi (SCH) es un trastorno autosómico recesivo que se caracteriza por la mutación en la proteína reguladora del tráfico lisosomal (LYST), lo que provoca disminución de la fagocitosis y predisposición a infecciones bacterianas, además, mayor riesgo de hematomas, albinismo oculocutáneo, cabello plateado, síndrome hemofagocítico y presenta gránulos azurófilos gigantes en la serie granulocítica.

**OBJETIVO:** Presentar las características y el diagnóstico clínico del SCH, enfermedad de baja prevalencia de la que se describen menos de 500 casos en la bibliografía.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 14 meses de edad, inició su padecimiento 10 días previos al ingreso, con fiebre acompañada de cianosis y escalofríos. Madre refirió llevarlo a particular, el cual indicó antibiótico y, al no mostrar mejoría, solicitó biometría hemática que reportó anemia y trombocitopenia, motivo de referencia a tercer nivel de atención. A su ingreso, resaltó cabello plateado, delgado y rizado; piel con tendencia al albinismo, zona de

hipopigmentación puntiforme que alternaba con eritema en región de tórax; presentó fiebre, sin adenopatías cervicales, precordio rítmico y campos pulmonares bien aireados. Durante la hospitalización, el ultrasonido reportó hepatoesplenomegalia; anemia y trombocitopenia; ferritina alta e hipertrigliceridemia; criterios compatibles con síndrome hemofagocítico, se realizó aspirado de médula ósea y se observó en serie granulocítica gránulos azurófilos gigantes. Requirió varias hospitalizaciones por complicaciones.

**TRATAMIENTO:** Al cumplir los criterios clínicos e histológicos del síndrome hemofagocítico, se inició el tratamiento HLH-2004. El protocolo para trasplante de médula ósea y el estudio genético inconclusos por deceso del paciente.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** El SCH es una rara enfermedad autosómica recesiva, presenta una alta mortalidad y se asocia a múltiples comorbilidades como el síndrome hemofagocítico que presentó el paciente, por lo tanto, es de suma importancia conocer las características y diagnóstico clínico para un tratamiento oportuno.

## **– FIBROSIS QUÍSTICA E INMUNODEFICIENCIA: LA RELEVANCIA DE SU DETECCIÓN TEMPRANA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**Dayarin Elizabeth Otero Chamorro, Esther Gallegos Hernández**  
Hospital Regional ISSSTE, León, Guanajuato, Hospital ISSSTE Celaya  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):32*

**INTRODUCCIÓN:** La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad autosómica recesiva multisistémica provocada por mutaciones en el gen CFTR, siendo la variante F508D la más prevalente y asociada a manifestaciones de mayor gravedad. La coexistencia de inmunodeficiencias primarias en pacientes con FQ está emergiendo como un hallazgo clínico relevante: se ha reportado que hasta el 23,2 % de pacientes con FQ presentan alguna forma de inmunodeficiencia, cifra que se eleva al 47,6 % en aquellos con manifestaciones relacionadas al receptor CFTR (CFTR-RD).

**OBJETIVO:** Evidenciar la coexistencia de FQ e inmunodeficiencia en un lactante con infecciones recurrentes, subrayando la importancia de su detección precoz en el primer nivel de atención.

**CASO CLÍNICO:** Lactante masculino de 11 meses, nace cesárea de 40 SDG (3900 g), con ablactación tardía, cartilla de vacunación incompleta y retraso psicomotor franco. Presentó múltiples hospitalizaciones por neumonía. En noviembre de 2024 ingresó al Hospital ISSSTE Celaya por fiebre, diarrea, distensión abdominal, deterioro neurológico y dificultad respiratoria, evolucionando a choque séptico con compromiso neurológico. A su ingreso destacó procalcitonina elevada, leucopenia, plaquetopenia, acidosis metabólica grave y panel viral positivo para VSR; ferritina y amonio elevados orientaron a sospecha de error innato del metabolismo/inmunidad. Requirió UTIP, ventilación mecánica, soporte inotrópico, antibióticos (vancomicina / meropenem),

transfusiones. Se documentó FQ con mutación F508D, inmunodeficiencia primaria por variante RAC2, epilepsia secundaria a atrofia cortical, retraso global del neurodesarrollo, desnutrición moderada, cetoacidosis e insuficiencia pancreática exocrina.

**DISCUSIÓN:** El caso resalta la complejidad diagnóstica de enfermedades multisistémicas y evidencia la importancia del abordaje integral. La FQ con mutación F508D condiciona elevada morbilidad respiratoria y riesgo de insuficiencia pancreática exocrina y diabetes relacionada con FQ (CFRD). Por su parte, la inmunodeficiencia primaria por RAC2 es poco descrita en población pediátrica mexicana y se asocia a disfunción neutrofílica y alteraciones neurológicas. Estudios recientes reportan coexistencia de inmunodeficiencias en hasta 23,2% de pacientes con FQ, lo que sugiere una relación más frecuente de lo esperado y justifica un abordaje inmunológico integral.

**CONCLUSIÓN:**

- La detección temprana de IDP en niños con FQ puede modificar de manera significativa la supervivencia y calidad de vida.
- La coexistencia no debe ser vista como casualidad sino como una posible asociación emergente en pediatría, que amerita tamizaje inmunológico en pacientes con FQ e infecciones recurrentes.
- Subrayar la importancia del manejo multidisciplinario y la red de referencia temprana.

## 24 – CUANDO UNA COINCIDENCIA, ES UNA INMUNODEFICIENCIA

Edgar Martínez Guzmán, Mariana Gil Veloz, Juan Manuel Dorantes Loya,  
Ma. Guadalupe Domínguez Escamilla, Corina Grisela Ayala Pérez,  
Juan Manuel Dorantes Loya, Valeria Gómez Toscano

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío IMSS Bienestar  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):33*

**INTRODUCCIÓN.** Los errores innatos de la inmunidad (EII) son un grupo de enfermedades heterogéneas, ocasionadas por un defecto en uno o más genes que condiciona la afectación en el desarrollo y/o la función del sistema inmune, manifestándose a través de infecciones, autoinmunidad, alergia, autoinflamación, falla medular y riesgo de neoplasias. El Síndrome de *Wiskott Aldrich* (WAS) y la Inmunodeficiencia Combinada Severa (SCID) son 2 de los Errores innatos de la Inmunidad que se manifiestan a edades muy tempranas, considerados una urgencia inmunológica por el riesgo muy alto de mortalidad debido a inmunodeficiencia severa.

**CASO CLÍNICO 1.** Masculino de 18 meses de edad, quien presenta manifestaciones desde los 18 días de vida, caracterizadas por dermatitis atópica, desnutrición severa, evacuaciones con sangre, trombocitopenia persistente y cuadros de neumonía que requirieron de hospitalización por 4 neumonías desde los 6 meses de edad, sin mejoría de la trombocitopenia a pesar del manejo con gammaglobulina.

**CASO CLÍNICO 2.** Femenino de 14 meses de edad con antecedente de hospitalización a los 4 meses por Neumonía y enfisema subcutáneo, presencia de diarrea crónica y desnutrición severa desde los 8 meses, que no mejora a pesar de los múltiples manejos por diferentes facultativos, en piel nódulos subcutáneos en diferentes partes del cuerpo secundarios a *M. bovis*, infección por CMV confirmada, linfógena severa persistente e inmunoglobulinas bajas.

**COMENTARIO:** se presentan 2 casos donde llama la atención el antecedente de hermano con sintomatología similar y finados sin un diagnóstico inmunológico, dicho antecedente es uno de los antecedentes de mayor importancia ante la sospecha de EII. Tener presentes los datos de alarma propuestos por la Fundación *Jeffrey Modell* es de gran ayuda ante la sospecha de EII; favorecen un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, para evitar complicaciones y muertes.

## 25 – ABSCESO SUBAPONEURÓTICO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE DEFICIENCIA SELECTIVA DE SUBCLASES DE IgG: REPORTE DE UN CASO

Gerardo Murillo Aranda, Camacho Meza Ignacio, Gómez Leyva Eduardo, Vázquez Valadez José Alfredo, Rodríguez Muñoz Constanza Victoria, Torres Martínez Ivette

Hospital Regional ISSSTE, León, Guanajuato

Universidad de Guanajuato, Departamento de Medicina y Nutrición

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):34*

**INTRODUCCIÓN.** Las inmunodeficiencias primarias (IDP) engloban condiciones genéticas con un sistema inmune comprometido, que aumentan la susceptibilidad a infecciones.<sup>1</sup> Su incidencia es de hasta 1:2000 nacidos vivos.<sup>2</sup> Las más frecuentes son las disfunciones de anticuerpos, cuyo cribado inicial implica cuantificar inmunoglobulinas séricas. El tratamiento principal es el reemplazo de inmunoglobulina, ya sea por vía intravenosa o subcutánea.<sup>3</sup>

**OBJETIVO.** Reportar el caso de un adolescente con absceso subaponeurótico como manifestación clínica de una deficiencia de subclases de IgG.

**CASO CLÍNICO.** Varón de 12 años, prematuro tardío, con antecedentes de desnutrición y hernia operada. Ingresó en octubre de 2023 por tumoración inguinal izquierda dolorosa. La TAC reveló una colección abdominal que requirió drenaje quirúrgico, extrayéndose 30 ml de pus del tejido subcutáneo y músculo oblicuo mayor; el cultivo identificó un patógeno Gram negativo. Laboratorio: IgG 1064.33 mg/dl, IgA 734 mg/dl, IgM no reactiva, con deficiencia de

subclases IgG1 (844 mg/dL), IgG2 (143 mg/dL), IgG3 (20 mg/L). Diagnosticado con inmunodeficiencia primaria por deficiencia de subtipos de IgG, manejado con inmunoglobulina hHumana 12g IV cada 21 días.

**DISCUSIÓN.** La deficiencia de subclases de IgG es un trastorno inmunológico con niveles bajos de una o más subclases, aumentando el riesgo de infecciones.<sup>4</sup> La IgG3 es la más frecuente. Aunque los síntomas típicos son infecciones respiratorias recurrentes, nuestro paciente debutó con un absceso subaponeurótico de probable origen hematógeno. Intencionadamente se midieron los niveles de IgG (normales), pero las subclases (1, 2 y marcadamente la 3) estaban inferiores. Esta deficiencia explica la presentación atípica y la terapia sustitutiva es fundamental.

**CONCLUSIONES.** La deficiencia de subclases de IgG, típicamente manifestada por infecciones respiratorias, puede presentarse de forma atípica, como en este caso con un absceso. El diagnóstico mediante la cuantificación de subclases y el tratamiento con inmunoglobulina son cruciales para el manejo del paciente.

## 26 – BOCIO COMPRESIVO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Martha Eugenia Prieto Magallanes, Andrea Gerania González Vargas,  
Talía Alejandra Ponce Márquez, Alba Georgina Portillo Macías,  
José de Jesús Mandujano Rodríguez, Óscar Iván Barrón Zacarías

Hospital Regional de Zona 1, Aguascalientes, Instituto Mexicano del Seguro Social

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):35*

**INTRODUCCIÓN:** A nivel mundial, aproximadamente el 90 % de los pediátricos con hipertiroidismo generan bocio y rara vez síntomas compresivos como disfagia y disnea.

**CASO CLÍNICO:** Adolescente femenina, 13 años, sin antecedentes de importancia. Diagnóstico de hipertiroidismo desde enero de 2025, mal apego al tratamiento, sintomatología compresiva por bocio 2 semanas previas a su ingreso (aproximadamente 6 meses después del diagnóstico). Por tomografía con glándula tiroidea de 34x28x66 mm derecha y 34x25x54 mm izquierda y reducción del 35% del diámetro de la tráquea. Ingresó con TSH <0.004mIU/L, T4L 2.6 ng/dL. Inicia tratamiento con antitiroideos y yodo lugol 5%. A los 7 días con TSH: 0.01 mUI/L, T4L: 1.54 ng/dL, se realiza tiroidectomía total, resección de paratiroides derecha. Se egresa

tolerando la alimentación adecuadamente, con seguimiento de cirugía y endocrinología.

**DISCUSIÓN:** El tratamiento de primera línea son fármacos antitiroideos, sin embargo, en pacientes con mal apego al tratamiento y bocio compresivo, la mejor opción es tiroidectomía total. Además, en adolescentes, el riesgo de hipertiroidismo fetal o neonatal en su descendencia es mayor con yodo radioactivo, ya que la probabilidad de desaparecer los anticuerpos antiperoxidasa es poca.

**CONCLUSIÓN:** En pediatría, la sintomatología compresiva por bocio es infrecuente, sin embargo, ante su presencia, se debe actuar de manera esquematizada y rápida para llegar al eutiroidismo y así ofrecer tratamiento definitivo y mejorar su calidad de vida y de su descendencia.

## 27 – COMPROMISO ÓSEO MULTIFOCAL POR TUMORES PARDOS EN HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO

Oriana Itzel Sánchez Rodríguez, Ana Yazmín Reyes Castillo,  
Angélica Abigail Sánchez Segundo, Diana Larua Alonso Pérez,  
Moisés Alberto González González

Hospital Regional ISSSTE Puebla

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):36*

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores pardos son lesiones óseas benignas asociadas a hiperparatiroidismo, producto de una resorción ósea severa. Su presentación multifocal en pacientes pediátricos con hiperparatiroidismo secundario es extremadamente rara y puede simular enfermedad maligna.

**OBJETIVO:** Reportar un caso de tumores pardos multifocales en una paciente pediátrica con hiperparatiroidismo secundario severo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Adolescente de 15 años con enfermedad renal crónica en estadio 5 en hemodiálisis desde julio de 2023, con hiperparatiroidismo secundario severo (PTH máxima: 2914 pg/ml). Inicia su padecimiento actual en octubre de 2024; presenta dolor óseo multifocal, claudicación, proptosis y caída con contusión de brazo derecho. A la exploración física se encuentran hundimiento occipital, masa orbitaria derecha, tumoración pétreo en el antebrazo derecho (9×10 cm), linfadenopatías cervicales indoloras, debilidad muscular (4/5), aumento de volumen en la extremidad inferior derecha. Radiografías, TAC y RM mostraron múltiples lesiones líticas en

cráneo, órbita, escápulas, costillas, columna y extremidades. USG tiroides y paratiroides: tiroides sin alteraciones, paratiroides visible adyacente al polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo, por lo que no descarta probable adenoma. Centellografía de paratiroides: negativa a zonas de incremento mitocondrial que sugieran patología paratiroides, múltiples lesiones líticas con avidéz por radiofármaco sugestivo de tumores pardos. AC ANCA, AC ANTI-DNA doble cadena, AC ANA: negativos. Se instauró manejo con cinacalcet, quelantes de fósforo, vitamina D activa y hemodiálisis. Dada la extensión del daño óseo, se integró atención multidisciplinaria con rehabilitación, psicología y cuidados paliativos. Actualmente en seguimiento ambulatorio con mejoría clínica parcial, reducción de PTH y control del dolor, sin progresión de las lesiones óseas.

**CONCLUSIÓN:** Este caso destaca la importancia de incluir tumores pardos como diagnóstico diferencial ante lesiones óseas múltiples en pacientes pediátricos con hiperparatiroidismo secundario, evitando procedimientos invasivos y promoviendo un abordaje integral.

## 28 – TUMOR FUNCIONAL SUPRARRENAL: REPORTE DE CASO

Víctor Eduardo Rosales Romo, Catalina Peralta Cortázar

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):37*

**INTRODUCCIÓN.** Los tumores adrenocorticales son una enfermedad poco frecuente en la población pediátrica.

**CASO CLÍNICO.** Escolar masculino de 10 años que inició su padecimiento con la presencia de lesiones dermatológicas de acné en cara y cuerpo de características inflamatorias, con pápulas y algunos nódulos dolorosos, dejando cicatrices atróficas, además de ganancia ponderal de manera acelerada, con obesidad central y la presencia de estrías violáceas en abdomen. Un mes después, inicia con cefalea, astenia, adinamia, visión borrosa y debilidad de extremidades inferiores, vómito y náusea. Presenta crisis convulsiva tónico-clónica en 2 ocasiones. Dentro de la evaluación inicial se detecta hipertensión establecida con cifras tensionales de 144/79, 147/81, 152/90, acné en cara, tórax y espalda, facies Cushing, giba dorsal, abdomen globoso, con estrías cutáneas de predominio en el hemiabdomen izquierdo. Hipotrofia de extremidades. Tanner púbico y gonadal 1. Se realiza ultrasonido abdominal con presencia de lesión tumoral dependiente de la glándula suprarrenal derecha. Se realiza estudio de tomografía, el cual reporta en el corte tumoración dependiente de la glándula suprarrenal derecha, heterogénea, de 13x12x11 cm, la cual desplaza estructuras circundantes (vasos renales). Tomografía de abdomen que muestra la lesión dependiente de la glándula suprarrenal derecha. Se realizaron estudios bioquímicos para determinar la actividad hormonal de la tumoración, encontrando producción androgénica sin actividad hipofisaria, así como elevación en los niveles de cortisol y aldosterona. El paciente fué intervenido el 23 de agosto 2023 con resección tumoral suprarrenal derecha (multilobulada) con fragmentación,

en contacto con grandes vasos sin comprometerse. Ganglios regionales 1-2cm Parahiliares y paracavales, dejando tumor residual (paracaval). a los 2 meses del comienzo de los síntomas. El examen histológico reporta 8 sept 2023 con una descripción de tumoración multilobulada nacarada-violácea de ejes 22\*18\*16 cm de diámetro dependiente de glándula suprarrenal derecha que abraza y rodea VCI y Vena porta con compromiso de su cápsula, material muy friable, sin aparente infiltración a hígado ni vía biliar. Múltiples adenopatías 1-2 cm parahiliares y paracavales. Resección de 90% de la tumoración, con tumor residual paracaval. carcinoma adrenocortical convencional. Inmunohistoquímica: MELAN-A: (+), CALRETININA: (-), INHIBINA: (-) GATA 3: (-) S100: (-) CROMOGTANINA: (-), INSM: (-) Ganglios linfáticos analizados negativos, epiplón negativo. Citología de líquido peritoneal negativa para células neoplásicas. Estadificación III por la presencia de residual macroscópico. Iniciándose tratamiento de quimioterapia el 22 de septiembre de 2023, protocolo COG, completando 8 ciclos y vigilancia en abril de 2024. En octubre 25 de 2024 reintervención por tumor recidivante. Sin mejoría, con aumento de metástasis, por lo que acepta tratamiento paliativo en mayo 2025

**CONCLUSIONES.** Se deberá de sospechar de adenocarcinoma suprarrenal en niños que presenten signos clínicos compatibles con síndrome de Cushing, pubertad precoz y datos de enfermedad hipertensiva, es necesario realizar estudios de imagen, laboratoriales que incluyan estudios hormonales para conocer la extensión y grado de actividad de la tumoración. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica de manera oportuna.

## 29 – ECTOPIA RENAL FUSIONADA TIPO A: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Leslie Melisa Falcon Mata, Bárbara Luna Ayala, Andrea Elena Díaz Moreno,  
Nestor Franz Choy Muñoz

Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer,  
Hospital General San Juan del Río, Hospital General de Jalpan, Querétaro  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):38*

**INTRODUCCIÓN.** Las anomalías congénitas renales constituyen cerca del 30% de las malformaciones prenatales. La ectopia renal cruzada fusionada, aunque poco común, es la segunda anomalía de fusión más frecuente después del riñón en herradura, con mayor prevalencia en varones y predominio de presentación de izquierda a derecha.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Preescolar de 3 años, previo sano. Inició el 17/08/25 con intolerancia a la vía oral, acompañada de emesis, tratado como GEPI sin mejoría. Persistió la intolerancia a la vía oral y acudió al hospital. A la exploración física: Giordano positivo izquierdo.

Laboratorios: hemograma sin alteraciones, PCR elevada, EGO no patológico, urocultivo sin desarrollo de microorganismos.

Radiografía: coprostasis e imagen radiolúcida de 1 cm compatible con pb litiasis renal. Se solicita USG renal descartando esto último, con reporte de probable ectopia renal, solicitando así urotomografía, donde se confirma diagnóstico de Ectopia renal fusionada tipo A.

**DISCUSIÓN.** La ectopia renal cruzada es una anomalía rara causada por la migración anómala del blastema metanéfrico y la yema ureteral durante el desarrollo embrionario temprano. Aunque muchos pacientes permanecen asintomáticos, puede asociarse a infección, obstrucción o litiasis.

**CONCLUSIÓN.** Es una anomalía poco frecuente, mayormente asintomática y, por sí sola, no indica un mal pronóstico; el tratamiento está dirigido a las complicaciones de la afección más que al tratamiento del riñón ectópico.

## 30 – RIÑÓN EN HERRADURA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER: PRESENTACIÓN DE UN CASO

**Bárbara Luna Ayala, Leslie Melissa Falcón Mata, Andrea Elena Díaz Moreno,  
Nestor Franz Choy Muñoz**

Hospital General San Juan del Río, Querétaro  
Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer Querétaro, Hospital General de Jalpan  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):39*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Turner (ST) es un trastorno cromosómico caracterizado por la pérdida parcial o total de uno de los dos cromosomas X en las células femeninas debido a una no disyunción esporádica. La anomalía renal más prevalente en este síndrome es el riñón en herradura.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Femenino de 6 años de edad, la cual acude a urgencias por presentar dolor en zona lumbar, además de disuria y poliuria. A la exploración física, paciente con talla baja, ya diagnosticada con síndrome de Turner por cariotipo, complexión mesomórfica, comisura palpebral derecha hacia abajo, pabellones auriculares relativamente grandes y en pantalla, cubitus valgus, exceso de pliegues dermatolíficos en las palmas de las manos, abdomen blando, depresible, sin megalias y dolor en zona lumbar. En laboratorios se observa en el examen general de orina con datos de proteinuria y leucocitosis.

Se solicita US renal, en donde se observa imagen de riñón en herradura, el cual se corrobora con imágenes de urografía excretora. Ecocardiograma sin alteración estructural.

**DISCUSIÓN.** El ST se caracteriza por diversas comorbilidades que pueden afectar a diferentes sistemas del organismo. Las anomalías renales son bastante comunes con una prevalencia de alrededor del 30%. Se recomienda la ecografía para detectarlas de forma temprana, lo que permite iniciar el tratamiento adecuado y evitar complicaciones posteriores.

**CONCLUSIÓN.** Al abordar estos problemas de manera proactiva, no suele haber riesgos de salud significativos relacionados con estas complicaciones, tomando en cuenta que se requiere un enfoque multidisciplinario para la atención de las pacientes.

## 31 – REPORTE DE CASO PACIENTE CON SÍNDROME DE WAGR Y SÍNDROME DE POTOCKI-SHAFFER

Gabriel Vázquez Arredondo, Karen Michelle Briones Vizcarra,  
José Antonio León Espitia, Elizabeth Sánchez Duarte  
Hospital General León, Universidad de Guanajuato,  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):40*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de WAGR es un síndrome de delección en el cromosoma 11p13, caracterizado por predisposición a tumor de Wilms, aniridia, anomalías genitourinarias y retraso mental. La coexistencia con el síndrome de Potocki-Shaffer, causado por una delección en 11p12, representa una presentación clínica aún más inusual. Este reporte de caso describe a un paciente que presenta ambos síndromes debido a una delección cromosómica extensa.

**OBJETIVOS.** Reportar el caso de un paciente con síndrome de WAGR y Potocki-Shaffer, correlacionando sus manifestaciones clínicas con la fisiopatología y etiología descritas en la literatura.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Se presenta el caso de un paciente masculino de 22 meses de edad con diagnóstico confirmado de síndrome de WAGR con fenotipo completo (tumor de Wilms en estadio I, aniridia, criptorquidia bilateral y retraso en el neurodesarrollo) en coexistencia con síndrome de Potocki-Shaffer (alteraciones craneoencefálicas como craneosinostosis al nacimiento). El diagnóstico se confirmó con pruebas

genéticas. Actualmente bajo el protocolo UMBRELLA.

**REVISIÓN DE LA LITERATURA.** La etiología del síndrome de WAGR se debe principalmente a la delección de los genes WT1 (tumor de Wilms y de las anomalías genitourinarias) y PAX6 (aniridia) aunque es un síndrome heterogéneo. En el caso del síndrome de Potocki-Shaffer existe una haploinsuficiencia de tres genes, ALX4 (forámenes parietales), EXT2 (exostosis múltiple) y PHF21A (anomalías craneofaciales y discapacidad intelectual). La presentación clínica del paciente es consistente con las bases genéticas de estos síndromes.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** Este caso subraya la importancia de una evaluación genética exhaustiva en cualquier paciente con aniridia y alteraciones genitourinarias. El diagnóstico oportuno es crucial para el manejo multidisciplinario del paciente. La presentación de ambos síndromes en el mismo individuo es extremadamente rara y contribuye a la comprensión clínica y molecular de estas entidades.

## 32 – REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE WARG EN PREESCOLAR MASCULINO

Maria Fernanda Ruiz Camacho, Ana Pauliina Paz Brizuela,  
Irving Alejandro Mendoza Zepeda

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):41*

**INTRODUCCIÓN.** El Síndrome WAGR es un complejo sindrómico que comprende aniridia, anomalías genitourinarias, tumor de Wilms y retraso mental. Fue descrita por primera vez por Miller en 1964, asociándose a una microdeleción en 11p13 involucrando genes WT1 y PAX6.

**OBJETIVO.** Presentar caso en paciente masculino con síndrome de WARG.

**PRESENTACIÓN DE CASO.** Masculino de 3 años con antecedentes de catarata congénita bilateral, aniridia, criptorquidia y retraso en el neurodesarrollo. Tres meses previos a su ingreso, presenta hematuria y masa abdominal palpable. En TAC abdominopélvica se identificó tumor renal derecho de gran tamaño (167×91×104 mm), confinado a la fascia de Gerota, con necrosis central, sin compromiso del hilio renal, y con desplazamiento de la vena cava. En de tórax evidenció metástasis pulmonares, estableciendo estadio IV. Se inició tratamiento con protocolo SIOP UMBRELLA neoadyuvante, posteriormente se realizó nefroureterectomía derecha. El diagnóstico confirmado fue

nefroblastoma derecho (tumor de Wilms), estadio IV, histología favorable. Actualmente continúa tratamiento oncológico según protocolo.

**DISCUSIÓN.** En nuestro paciente, el hallazgo de masa palpable, en asociación de anomalías oculares y genitourinarias, hizo sospechar el diagnóstico de síndrome de WAGR, trastorno genético autosómico dominante poco frecuente caracterizado por la asociación de: aniridia total o parcial, anomalías genitourinarias (que van desde la ambigüedad sexual hasta la ectopia testicular), grados variables de discapacidad intelectual y un mayor riesgo de desarrollar tumor de Wilms. También se ha descrito asociación con glaucoma o cataratas, y una minoría de pacientes desarrolla insuficiencia renal. Otros incluyen obesidad y el halluces duplicados.

**CONCLUSIONES.** Aunque el síndrome WAGR es una alteración rara, el conocimiento de su presentación clásica es útil tanto para ofrecer oportunamente tratamiento dirigido como para mejorar el pronóstico y la supervivencia.

## 33 – REPORTE DE CASO: TUBULOPATÍA INDUCIDA POR CISPLATINO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

María Fernanda Ruiz Camacho, Ana Paulina Paz Brizuela,  
Irving Alejandro Mendoza Zepeda

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):42*

**INTRODUCCIÓN.** La nefrotoxicidad inducida por agentes quimioterapéuticos con platino, como el cisplatino y el carboplatino, representa una complicación potencialmente grave en pacientes pediátricos oncológicos. El cisplatino, en particular, se asocia con daño tubular renal, manifestado por alteraciones en el manejo de electrolitos (hipomagnesemia, hipokalemia, hipocalcemia) e insuficiencia renal aguda o crónica.

**OBJETIVO.** Describir presentación de tubulopatía / nefrotoxicidad en paciente pediátrico posterior a uso de cisplatino.

**PRESENTACIÓN DE CASO.** Paciente femenino de 10 años con diagnóstico de osteosarcoma osteoblástico de fémur izquierdo con metástasis pulmonares, en tratamiento con protocolo EURAMOS (Metotrexato, Cisplatino y Doxorubicina). Posterior al inicio de quimioterapia en la semana 1 con cisplatino/doxorubicina, presenta crisis convulsivas y deterioro neurológico agudo secundario a desequilibrio hidroelectrolítico (hiponatremia severa, hipocalcemia e hipokalemia). Con reporte de función renal: urea 8.56 mg/dl, creatinina 0.3 mg/dl, electrolitos séricos: sodio 107

mmol/l, potasio 2.8 mmol/l, cloro 76 mmol/l, calcio 8.2 mg/dl, fósforo 2.8 mg/dl, magnesio 1.4 mg/dl. Gasometría arterial con pH 7.44, pCO<sub>2</sub> 24, pO<sub>2</sub> 164, HCO<sub>3</sub> 20.3, EB - 7.9. Perfil metabólico urinario: Magnesuria: 0.75mg/kgdía, Calciuria 6.3 mg/kgdía, Fosfatúria 15.78 mg/kgdía, Natriuria: 10.52 mg/kgdía, TFG 166 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Posterior a la corrección y al mantenimiento intravenoso de aporte de electrolitos durante 7 días, se logra normalizar los valores séricos de electrolitos, manteniendo la función renal.

**DISCUSIÓN.** En nuestra paciente, ante la alteración neurológica y bioquímica súbita, posterior a quimioterapia, hizo sospechar de tubulopatía asociada a cisplatino. La identificación temprana, el monitoreo de la función renal y electrolitos, así como estrategias de prevención como la hidratación agresiva y el uso de agentes protectores, fueron esenciales para reducir el riesgo de daño renal permanente.

**CONCLUSIÓN.** La disfunción tubular se ha descrito como efecto nefrotóxico de la quimioterapia basada en platinos. Las tubulopatías adquiridas se caracterizan por la pérdida renal de electrolitos.

## 34 – REPORTE DE CASO DE RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL X EN PEDIATRÍA

Carolina Valdés González, Ana María Gutiérrez Nava, Catalina Peralta-Cortázar, Carlos Paque Bautista, Alma Patricia González, Gloria Patricia Sosa Bustamante  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):43*

**INTRODUCCIÓN.** El raquitismo hipofosfatémico ligado al X (XLH) es un trastorno genético, multisistémico e incapacitante que provoca alteraciones en la homeostasis del calcio y fosfato. Es una enfermedad rara, que constituye aproximadamente 15 casos por millón de habitantes. Estos casos resaltan temas y desafíos comunes de la práctica médica, especialmente la carga de la enfermedad oculta por un diagnóstico erróneo.

**CASO CLÍNICO.** Se presenta una paciente de 9 años, con antecedente de deformidades en extremidades inferiores, dientes en sierra y talla baja desde los 2 años de edad. Como parte del abordaje, en su historia clínica destaca la madre de 26 años con diagnóstico de XHL. Se realiza estudio genético a madre y paciente a los 3 años, siendo este positivo en ambas para la variante patogénica heterocigota de la mutación del gen PHEXc.1079+1G>A (*splice donor*), actualmente en protocolo para aplicación de terapia biológica monoclonal.

**DISCUSIÓN.** En las dos últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la comprensión de la patogenia de la XLH. Actualmente se sabe que la mayoría de las manifestaciones de la XLH son causadas por la hipofosfatemia inducida por FGF23, que resulta de la regulación negativa de los transportadores de sodio y fosfato en el túbulo distal renal y la represión del calcitriol sérico. Esto ha permitido avanzar en el tratamiento dirigido, como lo es desde 2018 el Borusumab, anticuerpo monoclonal de inmunoglobulina G1 totalmente humanizado contra FGF23 indicado para el tratamiento de XLH, que con el paso del tiempo se ha indicado a menor edad por su seguridad y efectividad diseñado por la fisiopatología de la enfermedad.

**CONCLUSIONES.** La morbilidad y el impacto en la calidad de vida de los pacientes que viven con XHL reside en el diagnóstico y tratamiento oportuno.

## 35 – SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON ASOCIADO A LAMOTRIGINA, REPORTE DE CASO

Yolanda García Martínez, Jorge Fabián Santana Venegas

IMSS HGZ 1 Villa de Álvarez, Colima

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):44*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Stevens-Johnson (SJS) es una reacción mucocutánea grave, potencialmente mortal, caracterizada por necrosis epidérmica que puede desencadenarse por fármacos, siendo la lamotrigina uno de los agentes implicados.

**OBJETIVO.** Describir la presentación clínica y manejo del (SJS) asociado al uso de lamotrigina en un paciente pediátrico.

**CASO CLÍNICO.** Preescolar femenino de 2 años 9 meses quien ingresa al servicio de pediatría con antecedente de epilepsia (tratada con levetiracetam, valproato de magnesio y lamotrigina), toxoplasmosis congénita y parálisis cerebral infantil, inicia su padecimiento el día 11/07/2025 con aparición de lesión única en región cervical izquierda de color púrpura, misma que fue extendiéndose como un exantema en región retro auricular, mentón y mejillas de aspecto puntiforme sin bordes, eritematosas no pruriginosas así como pico febril de 38°C por lo que su madre decide acudir a urgencias.

**Exploración física.** Se encuentra hiperreactiva con apertura palpebral espontánea, irritable a la

manipulación, en buen estado de hidratación con signo de Nikolsky +, microcefalia, pupilas reactivas, presenta lesiones maculopapulares difusas en la cara, región perioral, con extensión a la región cervical y retroauricular izquierda, con eritema, edema y lesiones ampulosas en el oído ipsilateral, mentón, que continúa hacia la región occipital y la escápula derecha. Cavidad oral con datos de mucositis.

**Auxiliares diagnósticos.** 10/07/2025 Hb: 11.90 hematocrito 37.7 Plaquetas 186 Leu 9.57 Neutrófilos 2.98 Linfocitos 5.12 Monocitos 1.14 //Glucosa 97.9 BUN 5.28 Urea 11.30 Creatinina 0.22// Na 134.7 K 5.04 Cl 96.7 Ca 9.76 P 4.37 Mg 2.22// 12/07/2025 Examen general de orina: no patológico, hemocultivo periférico sin desarrollo.

**Tratamiento.** Emolientes, 3 dosis de inmunoglobulina g a 1 g/kg/día, esteroide sistémico a 4 mg/kg/dosis por 5 días, hipromelosa al 2%, cloranfenicol en ungüento y manejo antibiótico profiláctico con tobramicina.

**Desenlace.** Paciente con buena respuesta a tratamiento establecido, se da alta por mejoría.

## 36 – SÍNDROME DE DRESS, REPORTE DE CASO EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Erika Josefina Morales Pérez, Esmeralda Nancy Jiménez Polvo

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):45*

**INTRODUCCIÓN.** Se presenta masculino de 16 años, con diagnóstico de DRESS, el cual es una reacción cutánea adversa grave secundaria a medicamentos. Se han descrito 44 medicamentos asociados con el síndrome DRESS, los más frecuentemente implicados son los anticonvulsivos aromáticos, sulfonamidas, antiinflamatorios no esteroideos, antibióticos betalactámicos, y antirretrovirales. En el caso presentado se observa la presencia de eosinófilos, exantema morbiliforme generalizado, afección a nivel de mucosas y genitales, afectación de >50% de la superficie corporal total, fiebre mayor a 38 °C posterior al consumo de alopurinol.

**OBJETIVO DEL CASO CLÍNICO.** Concientizar sobre la importancia del diagnóstico del síndrome de DRESS en población pediátrica.

**REPORTE DE CASO.** Antecedente de enfermedad renal crónica en tratamiento con alopurinol. Inició el 5.07.25 con eritema en región auricular y retroauricular. Doce horas después, el eritema se extendió a cara, cuello, tronco, extremidades y se agregó inyección conjuntival bilateral. El 07.05.25 presentó eritema en

genitales y prurito generalizado; acudió a Urgencias, donde indican tratamiento sintomático. El 9.07.25 se agregó al cuadro ampollas en boca y genitales con zonas de necrosis en labios y fiebre cuantificada en 38.5ª °C. Acude a urgencias, donde hospitalizan.

Laboratorios con eosinofilia 490 células/microL. Se valoró por Inmunología quien inicia manejo con

Gammaglobulina intravenosa y pulsos de metilprednisolona. Se toma biopsia de piel, con hallazgos típicos de DRESS

**DISCUSIÓN.** Las reacciones de hipersensibilidad retardada tipo DRESS son una afección clínica importante asociada a diferentes medicamentos. Conocer las manifestaciones clínicas de estas reacciones permite el diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar daños orgánicos específicos.

**CONCLUSIÓN.** En México, la incidencia de DRESS es desconocida en la población pediátrica, debido a que muchos casos no son reportados o son confundidos con enfermedades exantemáticas.

## 37 – SUPERPOSICIÓN DEL SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON CON NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA ASOCIADA AL USO DE FENOBARBITAL

María Guadalupe Oliva Martínez, Andrea Elizabeth Hernández Gutiérrez,  
Exal Uriel Juárez López

Hospital General Belisario Domínguez ISSSTE Tuxtla Gutiérrez, Chiapas  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):46*

**INTRODUCCIÓN.** El Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y Necrosis Epidérmica Tóxica (NET) son reacciones cutáneas graves inducidas por fármacos. Presentamos un caso de superposición SSJ/NET asociado al uso de fenobarbital, destacando la importancia del diagnóstico temprano, la identificación del agente causal y el manejo oportuno para reducir complicaciones y mortalidad.

**OBJETIVO.** Describir un caso de superposición de síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica inducida por fenobarbital en paciente pediátrico, con comorbilidades neurológicas, destacando su abordaje diagnóstico-terapéutico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Femenino de 3 años de edad, con antecedente de hipoplasia de cuerpo calloso, y Síndrome de West, diagnosticada a los 4 meses de edad, tratada con valproato de magnesio, vigabatrina, fenobarbital (Iniciado 3 semanas previas al ingreso). Antecedente de retraso global del neurodesarrollo. 7 días previos a su ingreso presenta cuadro clínico de IVU, que ameritó tratamiento antibiótico (Cefixima). Ingresa al servicio de urgencias por presentar

dermatosis generalizada, sospechándose de reacción adversa a medicación (Cefixima), se realiza interconsulta al servicio de dermatología pediátrica quien a la exploración física encuentra exantema generalizado, caracterizado por pápulas violáceas, con borde eritematoso, lesiones en diana atípica, pruriginoso, que desaparece a la digito presión así como lesiones vesiculoampollares, datos de queratoconjuntivitis, queilitis, signo de Nikolsky positivo, afectación de 20 % de SCT, otorgando diagnóstico de superposición del SSJ y NET asociada al fenobarbital. Por lo que se inicia manejo con inmunoglobulina humana, tratamiento antibiótico con clindamicina y analgesia con paracetamol/tramadol, además de cuidados de piel. El servicio de neurología pediátrica suspende manejo con anticomiciales instaurados e inicia manejo con levetiracetam. Ante adecuada evolución clínica, diez días después egresa.

**CONCLUSIÓN.** Se resalta la importancia del diagnóstico precoz y del manejo multidisciplinario de reacciones adversas graves, mejorando la evolución clínica de la paciente con tratamiento oportuno.

## 38 – HEMANGIOMA GENITAL Y SIRINGOMELIA

Karime Iztel Trigueros Favela, Esther Gallegos Hernández

Clínica Hospital ISSSTE Celaya

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):47*

**INTRODUCCIÓN.** El hemangioma infantil es el tumor benigno más frecuente de la infancia, producido por la proliferación de células endoteliales en vasos sanguíneos. Su incidencia en México es de entre el 3% y el 10% de los recién nacidos. Un 12% de los hemangiomas requiere tratamiento. En la región genital suelen ser poco comunes y en ocasiones, se confunden con otras dermatosis, retrasando el diagnóstico. La siringomielia es una cavidad llena de líquido dentro de la médula por malformaciones congénitas poco frecuentes, cuya detección temprana es fundamental para prevenir complicaciones neurológicas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Femenino de 9 meses, producto de la tercera gesta de una madre de 37 años, obtenida de término por cesárea iterativa, de peso adecuado para la edad gestacional. Inicia a los 2 meses con dermatitis del pañal. Posteriormente diagnosticada por dermatología con hemangioma genital, manejada con propanolol.

RM abdomen/pelvis (21/08/2025): médula anclada con siringomielia lumbar, probable meningocele sacro, malrotación intestinal.

Neurocirugía pediátrica (01/09/2025): indicó desanclaje.

**DISCUSIÓN.** El hemangioma genital, lumbosacral o perineal debe considerarse marcador cutáneo de malformaciones espinales ocultas. Estudios prospectivos han demostrado un riesgo significativamente elevado de anomalías de la médula en este contexto. Los síndromes lumbar y sacral incluyen la asociación de hemangioma con médula anclada, malformaciones anorectales y urogenitales, lo que obliga a un abordaje multidisciplinario. La resonancia magnética es el estudio de elección para el diagnóstico preciso de estos casos.

**CONCLUSIÓN.** Este caso nos muestra la importancia de la exploración física detallada en el paciente pediátrico, ya que hallazgos aparentemente benignos, como este hemangioma en región glútea, pueden ser el primer signo de malformaciones espinales ocultas. La identificación temprana permitió realizar estudios de imagen que confirmaron médula anclada y siringomielia, reconocer estos estigmas cutáneos durante la valoración clínica inicial es sumamente importante para mejorar el pronóstico.

## 39 – HEMANGIOMATOSIS NEONATAL DIFUSA. REPORTE DE CASO

María Teresa Cázares Espinos, Ana Guadalupe Ríos González, Andrés Guzmán Ramírez  
Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):48*

**INTRODUCCIÓN:** La hemangiomas neonatal difusa es una afectación poco frecuente del período neonatal que puede afectar de forma sistémica involucrando 3 o más órganos extracutáneos, llevando a complicaciones mortales si no se trata de manera temprana.

**OBJETIVO:** Describir la presentación clínica y complicaciones frecuentes de la afectación visceral de hemangiomas neonatales.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Femenino de 1 mes de vida, desde el nacimiento con lesiones rojizas nodulares que incrementaron en cantidad y tamaño, agregándose tinte icterico.

**Exploración física:** Tinte icterico generalizado, dermatosis predominante en tórax y abdomen caracterizada por neoformaciones nodulares rojizas de 1-3 mm de diámetro, distensión abdominal y hepatomegalia.

**Estudios de imagen / laboratorio:** 24.02.25 Hb 9.6, Hto 29.4, Leucocitos 9820, neutrófilos totales 3100, Linfocitos 5300, Monocitos 1020, plaquetas 277,000, Reticulocitos 3.68, TP 18.8, INR 1.46, TTPa 51.8, Glucosa 100, Urea 22, BUN 10.3, Creatinina 0.2, AST 549, ALT 324, FA 55, BD 4.9, BI 6.7, GGT 54.

**RM abdomen 26/02/25:** Múltiples nodulaciones hepáticas a considerar hemangiomas.

**Biopsia de piel 26/03/25:** hallazgos compatibles con hemangioma, sin evidencia de malignidad.

**Tratamiento:** Prednisona 1 mg/kg/día 4 semanas con disminución hasta suspensión, propranolol 4 mg/kg/día.

**Desenlace:** remisión del 80% de hemangiomas cutáneos, sin hepatomegalia, USG 08/05/25 sin lesiones nodulares en bazo e hígado. En seguimiento por consulta de dermatología.

**DISCUSIÓN:** La DNH es una afectación con incidencia global del 1-3% y 4-10% en menores de 1 año, se caracteriza por múltiples hemangiomas cutáneos y afectación de 3 o más órganos. Puede provocar insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome compartimental abdominal, trombocitopenia o hipotiroidismo. Nuestra paciente cursó con afectación hepática que ocluía parcialmente la vía biliar, provocando hiperbilirrubinemia.

**CONCLUSIONES:** Pacientes con hemangiomas cutáneos simples deben ser estudiados sistemáticamente y tener un diagnóstico precoz por la afectación a otros órganos, nuestra paciente presenta afectación hepática, con adecuada respuesta al tratamiento.

## 40 – LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA CON HIPERLEUCOCITOSIS, REPORTE DE CASO

Andrea Alejandra Pulido Mora, Elizabeth Tirado López

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):49*

**INTRODUCCIÓN:** La Leucemia promielocítica aguda (LPA) es un subtipo de leucemia mieloide aguda que se presenta en adolescentes y adultos, caracterizada por un comportamiento clínico agresivo, que en ausencia de tratamiento es fatal.

**OBJETIVO:** Explicar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno de la LPA, así como la vigilancia estrecha de las complicaciones iniciales del uso de ATRA, con el fin de reducir su mortalidad.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 12 años, inicia en enero de 2025 con epistaxis que requiere taponamiento y cauterización. Presenta tos seca, odinofagia, astenia, adinamia, se indica tratamiento sintomático. Se agrega fiebre de 39°, indicando oseltamivir, sin mejoría. Posteriormente con equimosis en extremidades inferiores, visión borrosa, cefalea y dolor precordial. Se solicita biometría con bicitopenia e hiperleucocitosis. A la exploración destaca palidez tegumentaria, hemorragia conjuntival, lesiones en mucosa oral sin sangrado activo, soplo sistólico eyectivo grado II, hepatomegalia 2 cm por debajo de

reborde costal y extremidades con equimosis. Ante sospecha de LPA se inicia terapia con ATRA. Se confirma diagnóstico mediante AMO, traslocación 15:17 positiva e inmunofenotipo. Cursa con síndrome de diferenciación que condiciona falla multiorgánica y deceso.

**DISCUSIÓN:** La LPA representa una urgencia hematológica debido a su elevada mortalidad en fases tempranas, principalmente por hemorragias graves asociadas a coagulopatía y, en menor medida, por complicaciones del tratamiento. Nuestro paciente curso con síndrome de diferenciación, complicación conocida del ATRA, la cual puede ser letal si no se identifica y maneja oportunamente.

**CONCLUSIONES:** El caso muestra la agresividad clínica de la LPA y la paradoja terapéutica en la que, aun con diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, pueden surgir complicaciones fatales como el síndrome de diferenciación, por lo que es de suma importancia la vigilancia e identificación de complicaciones durante el tratamiento.

## LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA (LPA) EN ADOLESCENTE INICIO CON COAGULOPATÍA Y MANEJO TEMPRANO CON ATRA EN UMAE 48 (IMSS)

Emilio Covarrubias Pasquel, Arsi Fuentes Pérez, Sebastián Job Flores Marmolejo,

Alan Taurino Ramírez Torres, Emmanuel González Hurtado

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):50*

**INTRODUCCIÓN.** La leucemia promielocítica aguda (LPA) en pediatría es una variante rara de la leucemia mieloide aguda (LMA).

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente femenina de 16 años que inicia hace 22 días con cuadro de faringitis febril acompañada de otalgia, sin atención médica inicial. Posteriormente desarrolla aparición progresiva de equimosis y hematomas en extremidades, motivo por el cual se realizan laboratorios externos (11/08/2025) que reportan leucopenia (1.44 mil) y trombocitopenia (88 mil). Es tratada con complejo B y prednisona. El 19/08/25 es valorada por hematología de adultos, encontrando plaquetas de 24 mil, leucocitos 6.7 mil y neutropenia severa (800), motivo por el que recibe dexametasona y prednisona. Se refiere a Hematología Pediátrica para estudio de bicitopenia con sospecha de leucemia aguda. En hospitalización (21-23/08/2025) se confirma en frotis periférico: Hipoceularidad eritroide heterogénea, ausencia de megacariocitos y plaquetas, con células inmaduras tipo promielocitos, orientando hacia leucemia mieloide Aguda subtipo M3 (LPA). Hemodinámicamente estable, con equimosis generalizadas,

hepatomegalia (2cm) y esplenomegalia leve (1-2cm). Se inicia manejo con ATRA 20mg/m<sup>2</sup> SC + Esteroides, transfusión de soporte (plaquetas, plasma fresco congelado, fibrinógeno), y vigilancia estricta por riesgo de coagulopatía de consumo, hemorragia intracraneal, leucostasis y síndrome de diferenciación

Laboratorios: 20/08/2025: Hb 12.4 g/dL, Hto 34.6%, Plaquetas 232 mil, Leucocitos 1830 (Neutrófilos 710, Linfocitos 1000, Monocitos 80), Glucosa 183, Creatinina 0.60, Na 134, K 3.9, AST 45, ALT 60, DHL 248  
21/08/2025: Hb 12 g/dL, Hto 33.9%, Plaquetas 23 mil, Leucocitos 6650 (Neutrófilos 780, Linfocitos 480, Monocitos 4410), VIH Negativo. Frotis periférico: Hipocelularidad de línea eritroide heterogénea, ausencia de megacariocitos y plaquetas, presencia de células inmaduras (Promielocitos)  
Plan: Continuar abordaje diagnóstico por Hematología Pediátrica. Mantener manejo con ATRA 20mg/m<sup>2</sup> SC y Esteroides. Vigilancia de sangrado y complicaciones (Coagulopatía de consumo, hemorragia intracraneal, leucostasis, síndrome de diferenciación). Plan transfusional con plaquetas, plasma fresco y fibrinógeno. Aspirado de médula ósea para complementación diagnóstica.

## 42 – DOLOR LUMBAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA CON INFILTRACIÓN ÓSEA VERTEBRAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Giannina Monserrath Magallanes Díaz, Octavio Martínez Villegas

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):51*

**INTRODUCCIÓN:** El dolor óseo y articular se presenta como síntoma de presentación en el 25% de los pacientes con leucemia aguda, pero la osteopenia generalizada y las complicaciones vertebrales como síntoma temprano se han reportado con poca frecuencia.

**OBJETIVO:** Describir el caso de un paciente pediátrico con una presentación inusual de leucemia linfoblástica aguda, con el fin de resaltar la importancia de considerar causas hematológicas en el diagnóstico diferencial de dolor musculoesquelético persistente.

**CASO CLÍNICO:** Preescolar de 3 años de edad previo sano, inicia en diciembre 2024 con constipación y distensión abdominal, manejadas con laxantes y enemas. Posteriormente desarrolla dolor lumbar intenso, que evoluciona a incapacidad para deambular. Presenta aumento de volumen en región lumbar no doloroso a la palpación. Hiporexia y pérdida ponderal de 9 kg en 5 meses

Exploración física. Con palidez generalizada de piel y tegumentos, cuello con ganglios bilaterales, de 1 cm, precordio con soplo grado III, abdomen sin hepato-esplenomegalia,

sin ganglios axilares o inguinales, testículos sin alteraciones.

Auxiliares diagnósticos: Hb 4.7, Hto: 15.7, Pla: 50,000, Leu 6550, Linf: 6150, Neu: 190, Mon 180, DHL 1072, Ácido úrico 5.3.

AMO: serie linfóide con células inmaduras de cromatina laxa.

TAC simple tórax/abdomen/pelvis: fracturas por acúñamiento de T12-L4 grado 3 de Genant, osteopenia generalizada.

Tratamiento: Se inició la inducción a la remisión del protocolo total XV

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** En niños, la leucemia aguda en su presentación puede simular diversas patologías ortopédicas. El colapso vertebral que se presenta como manifestación inicial de la leucemia aguda se ha sugerido como un subgrupo biológicamente único de la LLA. El dolor lumbar intenso y progresivo en niños, especialmente cuando limita actividades, debe investigarse a fondo, ya que puede ser manifestación inicial de patologías graves, incluso sin alteraciones hematológicas evidentes.

## 43 – LINFOMA DE HODGKIN SUBTIPO ESCLEROSIS NODULAR EN LA ADOLESCENCIA: ABORDAJE INTEGRAL DESDE LA PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO

Karla Paola Gaona Pérez, Alan Enrique Salazar Hernández, Emmanuel González Hurtado

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío, Universidad de Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):52*

**INTRODUCCION.** El linfoma de Hodgkin clásico subtipo esclerosis nodular (LHc-EN), es la variante más frecuente, predominando entre 15-35 años. Se caracteriza por fibrosis nodular, células Reed-Sternberg tipo lacunar y compromiso mediastínico, con pronóstico favorable a pesar de síntomas B.

**OBJETIVO.** Describir manifestaciones clínicas, hallazgos diagnósticos y abordaje terapéutico de un caso de LHc-EN en la adolescencia, destacando la importancia del abordaje multidisciplinario.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente femenina de 15 años con fiebre intermitente de 39 °C, diaforesis, escalofríos, pérdida de 7 kg en 2 semanas y adenopatía supraclavicular izquierda de 1 año. Biopsia inicial no concluyente. Presentó crisis convulsiva tónico-clónica y anemia severa (Hb 7.6 g/dL) tratada con transfusión, es referida a UMAE 48 para diagnóstico de linfoma.

Exploración física. Adenopatía supraclavicular izquierda de 4–5 cm, móvil, blanda y no dolorosa. Sin otras adenopatías, sin hepatoesplenomegalia. Exploración neurológica íntegra.

Auxiliares diagnósticos: Anemia, Linfopenia, Elevación de reactantes de fase aguda, Coagulopatía. TAC: adenomegalias cervicales, retroperitoneales y esplenomegalia.. Rx tórax: ensanchamiento mediastinal.

Biopsia escisional: LHc-EN, Reactivos: CD20/CD3, Positivos: CD30, VEB, CD15: paranuclear focal, PAX5: no valorable, ALK: negativo, AMO sin blastos

Tratamiento y desenlace: Quimioterapia sistémica esquema ABVD. Radioterapia en estadios iniciales. Ajustes pediátricos para reducir toxicidad y soporte transfusional; con intención curativa

**DISCUSION.** La biopsia escisional con inmunohistoquímica fue clave para el diagnóstico a diferencia del aspirado con aguja fina, que no evalúa la arquitectura ganglionar. Laboratorios reflejaron alta actividad tumoral y peor pronóstico inicial. Según la clasificación de Ann Arbor nuestra paciente sugiere un estadio IIIE.

**CONCLUSIONES.** La evaluación integral y la biopsia escisional permitieron un diagnóstico temprano de LHc-EN, guiando un manejo oportuno y mejor pronóstico.

## 44 – PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA CON INFECCIÓN ACTIVA DE CITOMEGALOVIRUS

Martha Ivanna Montibeller Cabria, Daniela Montserrat Díaz Hernández,  
Martha Mariela Orozco León

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):53*

**OBJETIVOS.** 1. Describir un caso clínico de leucemia linfoblástica aguda tipo B con una presentación atípica, inicialmente enmascarada por infección activa por citomegalovirus, que simuló una aplasia medular. 2. Analizar las manifestaciones clínicas, hematológicas y bioquímicas que llevaron a una sospecha inicial de aplasia medular. 3. Resaltar la influencia de una infección viral activa (CMV) en la presentación clínica y evolución de enfermedades hematológicas malignas. 4. Evidenciar la utilidad del aspirado medular e inmunofenotipificación en el diagnóstico definitivo de LLA tipo B en contextos atípicos

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente masculino de 17 años, hospitalizado por bicitopenia en estudio con carga viral positiva para citomegalovirus (CMV). Durante consulta presenta leucocitosis (26,700/ $\mu$ L) por linfocitos (13,400/ $\mu$ L) y monocitos (11,340/ $\mu$ L), anemia (Hb 9.1 g/dL), trombocitopenia (27,000/ $\mu$ L), fiebre intermitente sin foco evidente, dolor óseo en rodillas y deshidrogenasa láctica (DHL) persistentemente elevada (>2000 U/L). A la exploración física palidez, adenopatías cervicales bilaterales (2x2cm), taquicardia y hepato-esplenomegalia. CMV IgM negativo e IgG positivo, AST 159 U/L, DHL 2122

U/L, GGT 352 U/L, albúmina 3.2 g/dL, coagulograma sin alteraciones. Biopsia de médula ósea mostró hipocelularidad (5–10%), fibrosis grado 2 y necrosis extensa. Aspirado medular inmunofenotipo compatible con leucemia linfoblástica aguda B común, con expresión de marcadores CD79a+, CD19+, CD20+, CD10+, CD22+, HLA-DR+, entre otros.

**CONCLUSIÓN:** Este caso representa una evolución diagnóstica atípica en hematología pediátrica. Inicialmente, el cuadro clínico y la biopsia de médula ósea hipocelular con necrosis orientaron a una posible aplasia medular, agravada por infección activa por CMV. Sin embargo, la persistencia de citopenias con leucocitosis progresiva, síntomas sistémicos (fiebre, dolor óseo) y elevación marcada de DHL levantaron la sospecha de un proceso neoplásico subyacente. La realización del aspirado medular con inmunofenotipo permitió confirmar el diagnóstico de LLA tipo B común, con expresión de marcadores característicos. Este caso subraya la importancia de repetir estudios medulares en presencia de hallazgos clínicos sugerentes, incluso ante una biopsia inicial que podría ser no representativa, especialmente en el contexto de necrosis o daño medular por infección viral como CMV.

## 45 – TROMBOCITOPENIA INMUNE SECUNDARIA A DEFICIENCIA SELECTIVA DE IGG3 E IGG4: REPORTE DE CASO

Alejandro de Jesús Luviano Ortiz, Claudia Alina Mancera Ortiz, Octavio Martínez Villegas, Carlos Paque Bautista, Gloria Patria Sosa Bustamante, Alma Patricia González

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

Universidad de Guanajuato, Campus León, División Ciencias de Salud, Departamento  
de Medicina y Nutrición. León, Guanajuato, México

Universidad de Celaya, Facultad de Medicina. Celaya, Guanajuato, México

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):54*

**INTRODUCCIÓN:** los errores innatos de la inmunidad pueden iniciar en el 25% de los casos con cuadros clínicos no infecciosos. Los pacientes que cursan con trombocitopenia inmune secundaria a una inmunodeficiencia suelen tener mala respuesta a las terapias de primera línea.

**OBJETIVO:** descripción de caso de trombocitopenia inmune secundaria a error innato de la inmunidad.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** masculino de 8 años, sin antecedentes de importancia. Refiere la madre haber iniciado padecimiento actual a los 4 años, con síndrome purpúrico y recuento plaquetario de  $13 \times 10^3 / \mu\text{L}$ , con sospecha de trombocitopenia inmune primaria, tratado con bolos de esteroide con respuesta completa. Presenta varias hospitalizaciones, por síndrome purpúrico, en algunas ocasiones exacerbado por infecciones gastrointestinales y de vías aéreas superiores, acompañado de trombocitopenia severa, sin respuesta a esteroides intravenosos, manejado con inmunoglobulina intravenosa con respuesta completa. Diagnóstico: se abordó como trombocitopenia inmune

crónica documentando subclases de IgG3 e IgG4 con valores por debajo para la edad en dos ocasiones. Se integró diagnóstico de trombocitopenia inmune secundaria a error innato de la inmunidad. Tratamiento: recibió tratamiento de primera y segunda línea logrando respuesta completa, sin embargo, a lo largo de un par de meses presentó pérdida de la respuesta completa. Al tratarse de trombocitopenia inmune secundaria a deficiencia de subclases de IgG, el tratamiento de elección es la administración de inmunoglobulina polivalente aproximadamente cada 3 a 4 meses.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** la deficiencia selectiva de IgG3 e IgG4 es poco frecuente, puede manifestarse con infecciones recurrentes, así como, con citopenias de origen autoinmune, en este caso, se presentó con un cuadro clínico de trombocitopenia inmune refractaria al tratamiento de primera y segunda línea. Las trombocitopenias inmunes secundarias pueden representar un reto diagnóstico, su identificación es vital en los casos de refractariedad a las líneas de tratamiento.

## 46 – TUMOR DE WILMS EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON HEMATURIA FRANCA PERSISTENTE

Carlos Jesús Villagómez Alvarado, Leslie Betzabé Sánchez Alvarado

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):55*

**INTRODUCCIÓN.** El tumor de Wilms es la neoplasia renal maligna más frecuente en la infancia, representando el segundo tumor abdominal maligno más común. Su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno son esenciales para mejorar el pronóstico.

**OBJETIVO.** Presentar el caso de una paciente pediátrica con hematuria franca persistente, cuyo abordaje diagnóstico condujo al hallazgo de un tumor de Wilms.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente femenina de 3 años, previamente sana, que inició con hematuria macroscópica franca en dos episodios, acompañada de hiporexia y pérdida de peso. En la exploración física se encontró masa abdominal en fosa renal izquierda, móvil e indurada. Estudios de laboratorio reportaron hematuria microscópica y función renal conservada. El ultrasonido y la tomografía abdominal evidenciaron masa sólida renal izquierda de 61x58x71 mm, sin extensión loco-

regional ni metástasis. Fue sometida a nefro-ureterectomía radical izquierda con hallazgos de tumor renal roto en el polo superior.

**DISCUSIÓN.** El tumor de Wilms suele manifestarse en la edad preescolar con hematuria, masa abdominal palpable o dolor. Las mutaciones en genes WT1, WT2 y TP53 se han relacionado con su desarrollo. El tratamiento estándar consiste en cirugía, quimioterapia y, en casos seleccionados, radioterapia. El abordaje integral permite un alto índice de supervivencia.

**CONCLUSIONES.** El reconocimiento temprano de hematuria franca persistente en edad pediátrica debe alertar sobre la posibilidad de neoplasia renal. La integración de hallazgos clínicos, imagenológicos y quirúrgicos permitió confirmar el diagnóstico de tumor de Wilms, subrayando la importancia del diagnóstico oportuno y manejo multidisciplinario.

## 47 – MALFORMACIÓN ANORRECTAL Y ATRESIA DUODENAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN: REPORTE DE CASO

Ana Sarai Zavala Alcocer, Eduardo Gómez Leyva, Lisandra Soto Saldaña,  
Nathalie Misha Álvarez Aguilera

Hospital Regional ISSSTE León Guanajuato  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):56*

### INTRODUCCIÓN.

Las malformaciones gastrointestinales son relativamente frecuentes en pacientes con síndrome de Down (SD). Se estima que 3.9 % de los recién nacidos con trisomía 21 presentan atresia o estenosis duodenal y alrededor del 1 % malformaciones anorrectales, principalmente ano imperforado. En pacientes con atresia/estenosis duodenal, la prevalencia de SD alcanza hasta el 25 %. El ano imperforado sin fístula es la forma más común y tiene buen pronóstico quirúrgico. Aunque existen reportes de asociación con páncreas anular o malrotación intestinal, estos son poco frecuentes.

**OBJETIVO:** Describir la coexistencia poco común de malformación anorrectal, atresia duodenal, malrotación intestinal y páncreas anular en un recién nacido con SD, resaltando la importancia del diagnóstico prenatal y del manejo multidisciplinario.

**PRESENTACIÓN DE CASO.** Se trata de un neonato masculino, producto de embarazo planeado y controlado, con diagnóstico prenatal sugestivo de SD y polihidramnios. Nació a las 37 semanas de gestación, con peso adecuado y fenotipo característico de SD. Al examen físico se identificó un ano imperforado. Los estudios radiológicos mostraron asa ciega a 2.73 cm de la piel e imagen de “doble burbuja” por radiografía. Se realizaron sigmoidectomía y laparotomía exploradora, encontrándose páncreas anular y malrotación intestinal incompleta tipo IA. Se practicó duodeno-duodenoanastomosis con técnica de Kimura. El paciente evolucionó de forma favorable, con inicio temprano de alimentación oral, adecuada tolerancia y ganancia ponderal. Fue egresado de la UCIN bajo protocolo de descenso sagital posterior de Peña para corrección anorrectal.

## 48 – HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA MORGAGNI NO DIAGNOSTICADA PRENATALMENTE: EVOLUCIÓN CON FALLA MULTIORGÁNICA Y ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EXITOSO EN RECIÉN NACIDO

Paula Andrea Reyes Mireles, José Manuel Aviña López,  
Rodrigo Aguilar Padilla, Jesús Orozco

Universidad de Guanajuato, Campus León, División Ciencias de Salud, Departamento de Medicina y Nutrición. León, Guanajuato, México  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):57*

**OBJETIVO.** Describir la evolución clínica y terapéutica de un neonato con hernia diafragmática congénita derecha posterolateral no diagnosticada prenatalmente, con múltiples complicaciones sistémicas, y enfatizar la relevancia de su localización inusual y manejo multidisciplinario.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Recién nacido masculino, 37.2 SDG, peso 2300 g (PEG). Madre de 25 años, embarazo normoevolutivo con control prenatal regular, uso de hematinicos y maduración pulmonar a las 28 SDG. Se detectó restricción del crecimiento intrauterino en la semana 35. No se realizó ultrasonido morfológico, por lo que no se diagnosticó hernia diafragmática prenatalmente. El paciente presentó asfixia perinatal con Apgar 5-6-6, requiriendo ventilación con presión positiva e ingreso inmediato a UCIN. Desarrolló insuficiencia respiratoria grave con acidosis mixta (pH 6.8, pCO<sub>2</sub> 120 mmHg, lactato 5.2), derivando en falla multiorgánica. Cardíaca: hipertensión pulmonar severa, cortocircuito ductal bidireccional, falla ventricular derecha y choque cardiogénico. Respiratoria: hipoxemia refractaria, hemorragia pulmonar, necesidad de ventilación de alta frecuencia. Metabólica/Hepática: acidosis persistente, coagulopatía, alteración de tiempos de coagulación y

trombocitopenia. Renal: oliguria inicial, luego poliuria, hiponatremia, hipernatremia, hipokalemia. El manejo incluyó ventilación avanzada, sedoanalgesia (fentanilo/midazolam), inodilatador (milrinona), vasopresor (dopamina), restricción hídrica, diuréticos, hidrocortisona y soporte transfusional. Tratamiento quirúrgico: Tras estabilización, se realizó plastía diafragmática, corroborando hernia posterolateral derecha (Morgagni), infrecuente frente a las izquierdas (Bochdalek). El contenido correspondió a asas intestinales y parte de hígado, con adecuada reducción y reparación. Resultados: Posterior al manejo intensivo y cirugía, presentó mejoría ventilatoria y estabilización progresiva, logrando transicionar a ventilación convencional y parámetros hemodinámicos adecuados bajo apoyo farmacológico.

**CONCLUSIONES.** El caso resalta la importancia del diagnóstico prenatal oportuno de hernia diafragmática. La asfixia perinatal condicionó falla multiorgánica, requiriendo manejo escalonado con ventilación de alta frecuencia, soporte multimodal y plastía diferida. La localización derecha (Morgagni) subraya la relevancia del abordaje intensivo y multidisciplinario para mejorar la sobrevida.

## 49 – TUMOR SACROCOCCÍGEO: ABORDAJE POSTQUIRÚRGICO Y REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA EN EDAD PREESCOLAR

Javier Rodrigo García Flores, Alejandra Esperanza García Guzmán,  
Lucía Estephanía Ruiz Martínez

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):58*

**INTRODUCCIÓN.** El teratoma sacrococcígeo es el tumor de células germinales extragonadal más frecuente en recién nacidos y lactantes, con una incidencia de 1:40,000 nacidos vivos y predominio en mujeres (4:1). El diagnóstico suele realizarse de manera prenatal mediante ecografía, complementado con estudios de imagen y marcadores tumorales. El tratamiento consiste en la resección completa del tumor y el cóccix, con reconstrucción perineal para preservar funciones urogenitales y anorrectales. La calidad de vida puede ser favorable cuando el abordaje es oportuno, evaluada con herramientas como el *Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)*, cuestionario validado que mide bienestar físico, emocional, social y escolar en población pediátrica.

**OBJETIVO.** Evaluar la calidad de vida en edad preescolar después de la resección de un teratoma sacrococcígeo, mediante la aplicación del PedsQL.

**CASO CLÍNICO.** Paciente femenina de 4 años. A los 23 días fue

intervenida por tumor sacrococcígeo de 18 × 10 × 7 cm (726 cc en TAC). Procedimiento: resección completa, reconstrucción muscular secundaria a elongación de fibras parasagitales y colgajo cutáneo. En seguimiento por cirugía pediátrica, mostró integridad de esfínter anal y control adecuado para la edad. La aplicación del cuestionario PedsQL mostró resultados positivos, indicando adecuada calidad de vida en etapa preescolar.

**DISCUSIÓN.** La resección temprana del teratoma sacrococcígeo asegura mejor pronóstico funcional. El PedsQL permitió documentar un desarrollo acorde a la edad en distintas esferas. El seguimiento multidisciplinario es clave para la recuperación integral.

**CONCLUSIONES.** El abordaje quirúrgico temprano favorece la evolución clínica. La calidad de vida puede ser satisfactoria tras la resección completa. El PedsQL aporta una valoración objetiva del bienestar pediátrico. El seguimiento multidisciplinario asegura un mejor pronóstico integral.

## 50 – TERATOMA SACROCOCCIGEO

### REPORTE DE CASOS

David Guillermo Uribe Ramos, Erick Rodolfo Velarde Monárrez,  
Eliud Mendoza Cepeda, Argelia Silva Alemán, E. Vázquez Castillo, Jorge Herrera  
IMSS UMAE 71 Hospital Regional de Alta Especialidad Torreón, Coahuila  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):59*

**INTRODUCCIÓN:** El teratoma sacro coccígeo, es una patología rara, se presenta cada 15 años o cada 40000 RN, sin embargo, es la neoplasia mas frecuente en el neonato, la relación de hombres y mujeres es de 1 a 3, Alman lo clasifica en tipos del I al IV, según su localización, y el tratamiento es quirúrgico con ligadura de los vasos nutricios y resección del cóccix.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presentan cuatro casos de teratoma sacrococcigeo, operados en la UMAE 71, del 2020 al 2024, con rango de edades de 1 mes a 6 meses, donde se evaluó: Edad, sexo, tiempo quirúrgico, tipo del tumor, tiempo de estancia intrahospitalaria, complicaciones transoperatorias y postoperatorias.

**RESULTADOS:** Todos los pacientes fueron del sexo femenino edad en que se realizó cirugía de 2 a 6 meses, el tiempo quirúrgico fue de 130 a 180 min, predominó el tipo I, el tiempo de estancia fue de 3-8 días, y las complicaciones fueron dehiscencia de la herida en 2 pacientes los cuales evolucionaron favorablemente.

**ANÁLISIS Y CONCLUSIONES:** El teratoma sacrococcígeo es el tumor más frecuente en la etapa perinatal, su diagnóstico puede ser desde el control prenatal, lo cual permite canalizar al paciente a los centros hospitalarios donde se tenga la infraestructura adecuada para realizar la cirugía. Predomina en mujeres, y normalmente son teratomas maduros. En nuestros pacientes su evolución fue satisfactoria en todos los casos

## 51 – TRAUMA DE VÍA LAGRIMAL POR MORDEDURA DE PERRO: CASO CLÍNICO

Alexa Dariana Santoyo Pérez, Ramírez Hidalgo Guadalupe Sará,  
Dorrego Oduardo Milagros Danieyis, González Alma Patricia,  
Sosa Bustamante Gloria Patricia, Paque Bautista Carlos

Universidad de Guanajuato, Campus León, División Ciencias de Salud, Departamento  
de Medicina y Nutrición. León, Guanajuato, México

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):60*

**INTRODUCCIÓN.** Las mordeduras de perro son causa frecuente de lesiones traumáticas en niños que requieren atención, con incidencia de 24.3 por cada 10,000 niños de 6 a 11 años y frecuentemente varones. Afecta con mayor frecuencia la cabeza en 62.1%. El traumatismo ocular que afecta el párpado inferior es frecuente en el trauma facial y periocular. Las laceraciones del párpado inferior pueden clasificarse como simples o complejas, estas últimas presentan una afección del espesor total, del margen, canto medial/ lateral o sistema nasolagrimal.

**OBJETIVO.** Describir un caso clínico de laceración en vía lagrimal y herida en párpado inferior derecho por mordedura de perro en adolescente, con énfasis en la atención oportuna y profilaxis temprana.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Paciente masculino de 11 años, inicia padecimiento al ser atacado por su perro, ocasionando traumatismo en párpado inferior y laceración de vía lagrimal del globo ocular derecho. Al interrogatorio, esquema de vacunación incompleto, sin DPT, perro con vacuna antirrábica. Exploración

oftalmológica agudeza visual de ambos ojos 20/20, anexos del borde orbitario derecho blefaroedema +, equimosis, herida total en unión tercio externo y punto lagrimal inferior permeable desplazado hacia lateral, en contacto con globo ocular. Ojo izquierdo, fondo y segmento anterior de ambos ojos sin alteraciones.

**Diagnóstico:** Herida palpebral inferior + laceración de vía lagrimal derecha.

**Tratamiento:** Al ingreso se realizó lavado de herida, aplicación de vacuna TDPa y profilaxis antibiótica con ceftriaxona parenteral y posteriormente amoxicilina con clavulanato oral, cloranfenicol, tobramicina e hipromelosa oftálmicos. No ameritó tratamiento antirrábico. Oftalmología realizó reparación de vía lagrimal de ojo derecho sobre sección del canalículo inferior de la vía lagrimal, se permeabilizó colocando sonda y cierre por planos.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** El tratamiento quirúrgico y la profilaxis antibiótica oportuna en mordeduras de perros demostró seguridad, baja incidencia de infección y buenos resultados estéticos.

## 52 – HIMEN IMPERFORADO, REPORTE DE CASO

**Areli Paola Bañuelos Benítez, Maya Guzmán Torres,  
Evelin Guadalupe Camacho Flores, Lourdes Araceli Martínez Bajas**  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):61*

**INTRODUCCIÓN.** El himen imperforado es la malformación congénita más frecuente del genital femenino. Es una anomalía con poca prevalencia. El himen es una capa fina de epitelio escamoso estratificado que circunscribe el introito vaginal formando un tabique horizontal obstruyendo completamente el tracto de salida.

**OBJETIVO.** Describir la presentación clínica, diagnóstico y manejo terapéutico del himen imperforado.

**PRESENTACIÓN DE CASO.** El presente caso es de femenina de 13 años de edad, con cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por dolor abdominal recurrente, asociado a estreñimiento crónico, 1 evacuación Bristol 2 cada 3 días, sintomatología dolor lumbar, disuria. Con manejo sintomático, analgésicos y laxantes. Antecedentes ginecoobstétricos: amenorrea primaria, niega IVSA. Exploración Física: abdomen plano con protrusión de masa en hipogastrio de consistencia firme, doloroso a la palpación, genitales Tanner II, protrusión uterina, estudios de imagen protocolarios USG con reporte de útero y anexos de características normales, área vaginal con colección de aproximadamente 500 mL.

Solicitando valoración ginecológica, quien por exploración física y estudios de imagen diagnóstica, himen imperforado, pasando al área quirúrgica para himenectomía y drenaje.

**DISCUSIÓN.** El himen imperforado es una patología poco frecuente, que puede diagnosticarse en edad pediátrica mediante una adecuada exploración física, debe sospecharse en femeninas con presencia de tumoración abdominal que protruye la vagina y antecedente de amenorrea primaria como es el caso de la paciente. La prueba de elección complementaria al diagnóstico es el ultrasonido pélvico con imágenes sugerentes de hematocolpos.

**CONCLUSIÓN.** El himen imperforado debe sospecharse en pacientes con amenorrea primaria y manifestaciones clínicas de dolor, constipación o tumoración abdominal. El diagnóstico oportuno, apoyado de adecuada exploración física y estudios de imagen complementarios, el cual su manejo reside en drenaje quirúrgico, lo que conlleva a mejoría de calidad de vida, evitando complicaciones tempranas y tardías tales como infertilidad y endometriosis.

## 53 – UN LABERINTO INTESTINAL Y VASCULAR EN LA PRIMERA INFANCIA

Jazmín Nonantzin May Saucedo, Santiago Alejandro Martini Cornejo,  
Fidel José Delgado Madruga

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):62*

**INTRODUCCIÓN.** Presentamos el complejo caso clínico de una paciente femenina de 3 meses de edad que representa un desafío diagnóstico y terapéutico excepcional en pediatría.

### OBJETIVOS:

1. Describir la Complejidad Diagnóstica y Terapéutica.
2. Ilustrar el Abordaje Multidisciplinario
3. Destacar Estrategias de Soporte Nutricional
4. Resaltar el Control de Infecciones y Manejo de Complicaciones
5. Subrayar el Papel de Cuidados Paliativos

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente ingresada con múltiples diagnósticos de alta complejidad, incluyendo intestino congénito reducido con estenosis en la tercera porción del duodeno, hipertensión pulmonar (41 mmHg), colelitiasis y una agenesia/atresia de vena cava superior y leucoma corneal bilateral. A lo largo de su hospitalización, ha enfrentado múltiples procedimientos quirúrgicos, como pilorotomía, apendicectomía y gastroyeyunostomía en Y de Roux, además de sufrir eventos críticos como choque hipovolémico, candidemia, sepsis, choque séptico

refractario y un paro cardiorrespiratorio. Además, cuenta con compromiso nutricional severo ya que desde su nacimiento, ha tenido "nulo estímulo enteral posterior al duodeno", con vómitos postprandiales, retraso en el vaciamiento duodenal, estenosis en su tercera porción y malrotación intestinal. Esto ha llevado a desnutrición moderada a grave, riesgo de complicaciones gastrointestinales: existe la posibilidad de síndrome de asa eferente, oclusión intestinal, vómitos y distensión abdominal. Además, se ha reportado compromiso cardiopulmonar. Agenesia/atresia de vena cava superior dificultando sus accesos venosos centrales.

**CONCLUSIONES:** Este caso resalta la necesidad de un manejo multidisciplinario intensivo y constante para asegurar la progresión nutricional y el control de infecciones en un contexto de anomalías vasculares y gastrointestinales significativas. Actualmente, el enfoque se centra en la progresión exitosa de la nutrición enteral, con la suspensión de la nutrición parenteral central y el refuerzo de la lactancia materna, promoviendo la adaptación intestinal.

## 54 – TUMOR DE OVARIO GIGANTE, CISTOADENOMA SEROSO EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO

Evelyn Guadalupe Camacho Flores, Ibáñez Ortiz Francisco

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):63*

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores ováricos en pediatría son poco comunes, con una incidencia de 2.6/100 000 niñas/año y representan entre 1-5% de los tumores infantiles. El diagnóstico suele realizarse entre los 9 y 12 años. Histológicamente se clasifican en epiteliales, estromales, germinales y de cordones sexuales. La supervivencia es elevada, destacando los tumores germinales hasta un 90%.

**OBJETIVO:** Presentar un caso de cistoadenoma seroso en pediatría, destacando la importancia de la detección temprana y el seguimiento para prevenir complicaciones.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 11 años con dolor abdominal de dos días de evolución, automedicada sin mejoría y con incremento progresivo en fosa ilíaca derecha. A la exploración física presentó acantosis nigricans en pliegues, abdomen blando y dolor a la palpación superficial, con abundante tejido adiposo. La tomografía mostró una masa quística gigante en hemiabdomen derecho (190×144×174 mm) que desplazaba asas intestinales, además de quiste simple

en anexo izquierdo. Se realizó laparotomía exploradora con salpingooforectomía derecha, resección tumoral (35×30×30 cm), omentectomía parcial, lavado peritoneal y drenaje de hidrosálpinx izquierdo. El estudio histopatológico confirmó cistoadenoma seroso.

**DISCUSIÓN:** En pediatría, los tumores ováricos suelen ser benignos; solo 1% son malignos. De los tumores epiteliales, los cistoadenomas serosos son particularmente raros. El retraso diagnóstico es común por la inespecificidad de los síntomas.

**CONCLUSIÓN:** El cistoadenoma seroso, puede alcanzar dimensiones gigantes y simular neoplasias malignas, es importante un abordaje clínico-radiológico integral y la confirmación histopatológica como estándar de oro. Es esencial considerar este tumor dentro de los diagnósticos diferenciales en niñas con dolor abdominal y aumento de volumen, recordando que la cirugía conservadora no solo resuelve el cuadro clínico, sino que protege la fertilidad y la calidad de vida futura de la paciente.

## 55 – DE LO VIRAL A LO QUIRÚRGICO: FUNDUPLICATURA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ESOFAGITIS EROSIVA POST-COVID-19

Beda Paola Terrazas Moreno, Aaron Jonathan Villaseñor Granados

Hospital de Especialidades Pediátrico León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):64*

**INTRODUCCIÓN:** La infección por SARS-CoV-2 en la población pediátrica suele ser leve, pero en algunos casos puede desencadenar manifestaciones gastrointestinales persistentes, llevando a esofagitis erosiva.

**OBJETIVO:** Describir la evolución clínica y quirúrgica de esofagitis erosiva por COVID-19 en paciente pediátrico.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de 6 años, con antecedente de COVID-19 en 2022, inicia con síntomas gastrointestinales dos semanas posteriores a la infección, caracterizados por pirosis, vómito y regurgitación. Tratamiento con IBP, procinéticos, dieta, probióticos y antibióticos por un año. Estudios: Endoscopia: mucosa reticular histopatológicamente encontrando esofagitis, gastritis y duodenitis crónica. pH metría: Score DeMaster 33.5, ph 6.3%, nocturno, 101 episodios, 9 severos. Cirugía: Funduplicatura Nissen. Actualmente con evolución satisfactoria.

**DISCUSIÓN:** En México, no se han publicado datos específicos sobre esofagitis erosiva pediátrica pos-

COVID-19. En un estudio se analizó a 1 millón de niños con presencia de síntomas gastrointestinales la incidencia de ERGE fue de 1.15%. En la población pediátrica general sin antecedente de infección puede presentarse esofagitis erosiva en un 20-40% de los casos de ERGE, siendo 0.3 a 0.4% en niños post COVID-19. Esto respalda que el COVID puede inducir complicaciones digestivas sostenidas secundarias por ser una enfermedad multisistémica, dada la avidez demostrada del virus por multiplicidad de tejidos distintos. Lo anterior justifica el seguimiento endoscópico en casos de ERGE refractaria tras COVID. En el presente caso, dada la evolución a lesión erosiva severa sin respuesta médica adecuada, la funduplicatura surgió como una opción exitosa.

**CONCLUSIÓN:** SARS-CoV-2 en niños puede aumentar el riesgo de ERGE y por ende, la probabilidad de esofagitis erosiva grave, aunque la incidencia global es baja (~0.3-0.4 %). En pacientes con síntomas persistentes o refractarios tras COVID, debe considerarse la evaluación endoscópica e intervención quirúrgica temprana.

## 56 – RETINOBLASTOMA BILATERAL, REPORTE DE UN CASO

Jesús Castro Ballesteros, Ana Paulina Paz Brizuela

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):65*

**INTRODUCCIÓN.** El Retinoblastoma es un tumor intraocular maligno primario que surge de células neuroepiteliales inmaduras de la retina en desarrollo, representando alrededor del 3% de los cánceres en los niños menores de 15 años, con una incidencia de 18.4:1,000,000 en pacientes de 0-4 años. Presenta manifestaciones clínicas como leucocoria, opacidad corneal, heterocromía, glaucoma, entre otros.

**OBJETIVO.** Identificar el retinoblastoma en etapas iniciales para el inicio de tratamiento oportuno y obtener mejores resultados para la preservación visual.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente femenino de 2 años de edad, con identificación de reflejo blanco en ojo izquierdo desde los 6 meses de vida, acudiendo a atención médica refiriéndolo como hallazgo normal. Progresión a pérdida de la visión. Iniciando abordaje al año con 6 meses de edad, solicitando RMN con diagnóstico de Retinoblastoma bilateral Grupo E como enfermedad muy avanzada bilateral.

**Diagnóstico.** Requiere de historia clínica y exploración física adecuada. En cuanto a estudio de imagen de elección RMN con cortes finos. De manera complementaria se realiza Ecografía bidimensional, y ante sospecha de infiltración a nervio óptico se realiza punción lumbar y aspirado de médula ósea.

**Tratamiento.** De acuerdo a la estadificación de la enfermedad, en manejo conjunto por Oftalmología y Oncología, yendo desde manejo conservador con Quimioterapia, crioterapia y termoterapia, hasta enucleación. En este caso, presentamos un estadio avanzado, requiriendo enucleación bilateral.

**DISCUSIÓN.** El retinoblastoma es el tumor maligno más frecuente intraocular, por lo que ampliar el tamizaje en menores de 3 años puede ayudar a detectar de manera oportuna y ofrecer mejores resultados posteriores al tratamiento.

**CONCLUSIONES.** El retinoblastoma es de los tumores con la tasa de supervivencia más alta siempre y cuando se detecte de forma temprana.

## 57 – SARCOMA DE EWING EXTRAÓSEO EN ADOLESCENTE, COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE MASA MEDIASTINAL GIGANTE. REPORTE DE CASO

Iñiguez Rodríguez Jessica, Moreno Aguirre Israel Sinahi, García de la Rosa Carolina, Calderón Salinas Diana Kahory, Mendoza Zepeda Irving Alejandro, García Muñoz Iván

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):66*

**INTRODUCCIÓN:** La familia de tumores del sarcoma de Ewing es poco habitual de neoplasias malignas. Pueden localizarse en regiones tanto óseas como extraóseas. El sarcoma de Ewing extraóseo (SEE) primario es una etiología poco frecuente en edad pediátrica.

**OBJETIVO:** Describir diagnóstico y tratamiento en adolescente con sarcoma de Ewing, como presentación clínica de masa mediastinal gigante.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 15 años, antecedentes negados. Con 5 meses de evolución: tos, dolor precordial, irradiación a miembro torácico ipsilateral, diaforesis y pérdida de peso, incremento de intensidad de síntomas. Se realiza radiografía tórax reportando opacidad que ocupa casi todo el hemitórax izquierdo. Se realiza TAC de tórax con reporte de tumor en el hemitórax izquierdo compatible con mesotelioma. Ingresa a UCIP. Intubado, se coloca catéter venoso central, se realiza biopsia de tumoración. Se inicia quimioterapia empírica por sospecha de linfoma y alto riesgo de lisis tumoral. Ante biopsia no concluyente y deterioro

clínico respiratorio y cardiovascular, se sesiona el caso para resección quirúrgica. Se realiza resección total de tumor, medida 28 cm en su mayor dimensión, con sangrado masivo de 4200 ml (1 volumen circulante), requiriendo transfusión masiva por choque hemorrágico y coagulopatía de consumo. A su reingreso, UCIP presenta choque mixto (hipovolémico, cardiogénico), requiriendo dosis altas de medicamentos vasoactivos, presentando falla multiorgánica (cardiovascular, pulmonar, renal, hepática, hematológica), requiriendo terapia de soporte renal continua por lesión renal aguda. Se reporta por patología Sarcoma indiferenciado de células pequeñas y redondas del tórax tipo específico: Sarcoma de Ewing (SE). Permanece en UCIP por 22 días, por ventilación mecánica prolongada se realiza traqueostomía. Pasa a hospitalización y se inicia protocolo Euroewing, con buena evolución. Permanece hospitalizado por 71 días y se egresa a domicilio.

**CONCLUSIÓN:** El SEE con presentación de masa mediastínica gigante es un reto diagnóstico; su manejo multidisciplinario es fundamental para un exitoso tratamiento multimodal oportuno.

## 58 – OSTEOSARCOMA CONVENCIONAL DE RADIO DISTAL IZQUIERDO EN PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO

Jonathan Emmanuel Brena García, Alejandro Carmona Cuevas

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):67*

**INTRODUCCIÓN:** El osteosarcoma es el tumor óseo maligno primario más frecuente en la infancia, responsable del 60% de los tumores óseos malignos en este grupo etario. Afecta principalmente metáfisis de huesos largos, como fémur, tibia y húmero. La localización en radio distal es excepcional (<5%) y se asocia con mayores dificultades diagnósticas y pronóstico funcional reservado.

**OBJETIVO:** Reportar un caso de osteosarcoma condroblástico en radio distal en una paciente pediátrica, destacando la importancia del diagnóstico oportuno y del manejo multidisciplinario bajo protocolo EURAMOS.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 5 años, previamente sana, consultó por dolor y edema en el antebrazo izquierdo tras traumatismo contuso. La radiografía mostró lesión lítica en radio distal. La resonancia magnética evidenció tumoración de 43.7 × 25.5 × 29.5 mm; el gammagrama óseo reportó captación aumentada localizada y la tomografía de tórax descartó metástasis. La biopsia confirmó osteosarcoma convencional condroblástico, estadificado como T1NXM0 (IA). Se

inició tratamiento con protocolo EURAMOS: quimioterapia con cisplatino y doxorubicina, seguida de altas dosis de metotrexato en la semana 4. Durante su evolución presentó síndrome febril neutropénico, manejado con protocolo hora dorada y antimicrobianos oportunos. Actualmente permanece estable, sin progresión metastásica.

**DISCUSIÓN:** El osteosarcoma condroblástico en radio distal constituye menos del 1% de los casos en extremidades superiores. El diagnóstico temprano y la estratificación precisa son esenciales para instaurar protocolos de tratamiento que mejoren la sobrevida. Sin embargo, la localización articular compromete el pronóstico funcional. La adherencia a guías clínicas nacionales (IMSS-197-13) contribuye a estandarizar el abordaje y optimizar resultados.

**CONCLUSIONES:** El caso ilustra la relevancia de sospechar osteosarcoma en lesiones óseas persistentes posteriores a traumatismos menores en niños y subraya el valor del diagnóstico temprano y el manejo integral.

## 59 – PACIENTE CON TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO EN EXTREMIDAD INFERIOR: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Saúl Vallejo Ibarra, José Antonio León Espitia, Luis Daniel Vallejo Ibarra,  
José Francisco Acosta Ríos

Hospital General León, Universidad de Guanajuato  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):68*

**INTRODUCCIÓN.** El tumor miofibroblástico inflamatorio (IMT) es una neoplasia mesenquimal poco frecuente, de malignidad intermedia, con tendencia a la recurrencia, baja tasa de metástasis y caracterizado histológicamente por proliferación de células miofibroblásticas acompañadas de infiltrado de células plasmáticas y linfocitos. Su localización más común es en pulmón y vísceras abdominales, mientras que en extremidades es inusual y puede representar un desafío terapéutico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Se presenta el caso de una paciente de 11 años que inicia su padecimiento a los 4 años con tumoración en el glúteo izquierdo, resecada con diagnóstico de fibroma de tejidos blandos. A los 5 años presentó recurrencia y a los 7 se resecó nuevamente con diagnóstico de tumor desmoide. Actualmente, a los 11 años, presenta nueva lesión diagnosticada como IMT. La evolución ha mostrado recurrencia progresiva, asociada a dolor leve y debilidad de la extremidad, sin síntomas sistémicos. Se instauró quimioterapia con metotrexato y vincristina (MXT-VNL)

durante 12 semanas, sin respuesta aparente.

**DISCUSIÓN.** La localización en muslo, poco común, constituye un reto quirúrgico por la cercanía de estructuras neurovasculares y la dificultad de obtener márgenes libres de enfermedad. El IMT suele diagnosticarse antes de los 40 años, con predominio en mujeres; aunque pueden presentarse síntomas sistémicos, la clínica depende del sitio anatómico. El diagnóstico preoperatorio mediante biopsia por aguja ha sido propuesto, pero requiere muestreo amplio por la heterogeneidad tumoral.

**CONCLUSIÓN.** Este caso refuerza lo descrito sobre el comportamiento del IMT frente a distintas modalidades terapéuticas y subraya que su localización en el muslo es particularmente rara y de difícil resección. Se enfatiza la importancia del abordaje multidisciplinario, el seguimiento estrecho y la exploración de nuevas estrategias terapéuticas ante el riesgo de recurrencia.

## 61 – MENINGOENCEFALITIS POR *CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS* EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPETENTE.

### REPORTE DE UN CASO

Lluvia Mercedes Cervantes Gamiño, Fátima Martínez Rodríguez, Mónica Selene Andrés Hernández, Alejandra Elizabeth Guevara Solórzano, Víctor Manuel Delgadillo Becerra

Hospital Infantil de Morelia "Eva Sámano de López Mateos"

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):69*

**INTRODUCCIÓN:** La meningoencefalitis criptocócica es infrecuente en pacientes inmunocompetentes; amerita realizar una adecuada historia clínica para realizar un diagnóstico y tratamiento oportunos, ya que es una infección meníngea con alta tasa de mortalidad.

**OBJETIVO:** Presentar las características clínicas y microbiológicas de un paciente con meningoencefalitis criptocócica inmunocompetente.

**CASO CLÍNICO:** Femenino de 8 años, previamente sana, habita en huerta de aguacates, en contacto con fertilizantes a base de guano de murciélago. Padecimiento de un mes de evolución con fiebre de alto grado, cefalea, vómito, diplopía, disminución de la agudeza visual, disartria, mareo y somnolencia. A la exploración: rigidez de nuca, limitación en la marcha, monoparesia del VI par craneal. Las características del líquido cefalorraquídeo mostraron pleocitosis a expensas de linfocitos, hipoglucorraquia, hiperproteíorraquia. Con tinción de tinta china con blastoconidias encapsuladas. Cultivo de líquido cefalorraquídeo: desarrollo de *Cryptococcus neoformans*. Tratada

con Anfotericina B y fluconazol intravenoso, actualmente continúa el tratamiento.

**DISCUSIÓN:** La criptococosis del SNC en niños inmunocompetentes es poco frecuente; debe sospecharse en contextos de exposición ambiental a reservorios de *Cryptococcus*, así como realizar análisis completo del líquido cefalorraquídeo que incluya tinción con tinta china y cultivo. En este caso, el contacto crónico con guano de murciélago, fue un factor de riesgo determinante.

**CONCLUSIÓN:** Se presenta un caso de meningoencefalitis criptocócica en paciente pediátrica inmunocompetente, donde la exposición ambiental representó el principal factor de riesgo. La evolución prolongada y el retraso en el diagnóstico reflejan la importancia de integrar antecedentes epidemiológicos en la valoración inicial y considerar etiologías micóticas en cuadros neurológicos subagudos con fiebre persistente. El abordaje temprano con estudios de líquido cefalorraquídeo y la instauración inmediata del tratamiento antifúngico son esenciales para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones.

## 62 – MENINGITIS CRIPTOCÓCICA EN LA INFANCIA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIH: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Itzel Denisse Martínez Velázquez, Luis Enrique Muñoz Pérez

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):70*

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones oportunistas del sistema nervioso central son causa de morbilidad en pacientes con VIH; los casos en la población pediátrica son poco frecuentes, por lo que pueden dificultar su diagnóstico oportuno.

**OBJETIVO:** Describir el caso clínico de un paciente pediátrico, cuya infección por VIH fue diagnosticada a partir de una neuroinfección por *Cryptococcus neoformans*, con el objetivo de considerar alguna inmunodeficiencia subyacente ante infecciones oportunistas en pacientes pediátricos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 13 años referido como previamente sano, quien inicia con cuadro de infección de vías aéreas superiores multitratado y con mala evolución, que posteriormente presentó debilidad de miembros inferiores, desorientación y lenguaje inapropiado, referido de otra unidad por probable síndrome de Guillain-Barré.

Exploración física: dislalia y disartria, signos meníngeos positivos:

Brudzinski, Kerning y rigidez de nuca positivos.

**Auxiliares diagnósticos:** Punción lumbar con tinta china positiva, células redondas con cápsula característica como halo claro, compatible con *Cryptococcus neoformans*. HIV1/HIV2 Ag/Ac Cribado 1.31 (reactivo)

**Tratamiento:** antifúngicos.

**DISCUSIÓN:** El paciente inicio con un cuadro clínico inespecífico, caracterizado por síntomas de infección de vías aéreas superiores, lo que representa una forma atípica de inicio para una infección fúngica del SNC. Mismo que hizo que se retrasara el diagnóstico, especialmente en pediatría, donde esta neuroinfección es poco común y el VIH no siempre es una sospecha inicial.

**CONCLUSIONES.** La neurocriptococosis puede ser la primera manifestación clínica del VIH en población pediátrica, y su identificación temprana es fundamental para iniciar un tratamiento específico adecuado y evitar complicaciones neurológicas.

## 63 – INFECCIONES INTRACRANEALES EN NIÑOS: EL ABSCESO CEREBRAL COMO DIAGNÓSTICO CLAVE

Alejandro Sánchez Sandoval, Ana Cristina López, María del Carmen Espinosa  
Hospital Infantil de México “Dr. Eduardo Liceaga”  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):71*

**INTRODUCCIÓN:** El absceso cerebral es una infección focal del parénquima cerebral, caracterizada por la formación de una colección purulenta encapsulada, y constituye una emergencia neurológica. Aunque poco frecuente en la población pediátrica, su diagnóstico y tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones graves y secuelas neurológicas permanentes.

**OBJETIVO:** Presentar el caso clínico de una paciente pediátrica con antecedente de rinosinusitis complicada con absceso cerebral.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 7 años de edad, quien inicia padecimiento el día 21 de junio del 2025 con presencia de parestesias en extremidad superior e inferior izquierdas, marcha atáxica que provoca caída de su mismo plano de sustentación. Al interrogatorio se refiere antecedente de fiebre 39.3°C con presencia de crisis convulsiva tónico-clónica generalizada con duración de 10 segundos, por persistencia de fiebre se trata con naproxeno y metronidazol. Se decide ingreso y se inicia abordaje realizando RM la cual reporta absceso cerebral

en fase capsular temprana en porción caudal del giro frontal superior derecho, probable zona de cerebritis temprana en la porción rostral del giro frontal superior izquierdo y múltiples colecciones laminares. No disminuye con tratamiento antibiótico manteniendo diámetros de >2.5 cm por lo que se decide resolución quirúrgica aunado al manejo con cefotaxima y vancomicina.

**DISCUSIÓN:** El absceso cerebral en pediatría representa una urgencia neurológica grave. El diagnóstico temprano, basado en la evaluación clínica y estudios de imagen, es esencial para definir la necesidad de tratamiento antibiótico prolongado y, en casos selectos, intervención quirúrgica. El manejo multidisciplinario mejora el pronóstico y reduce el riesgo de secuelas.

**CONCLUSIÓN:** El absceso cerebral pediátrico requiere alta sospecha clínica y soporte radiológico para diagnóstico oportuno. La combinación de antibióticos y, cuando indicado, cirugía, permite un manejo eficaz y disminuye complicaciones neurológicas permanentes.

## 64 – SÍNDROME DE HEINER EN LACTANTES: UN RETO DIAGNÓSTICO ANTE NEUMONÍA ATÍPICA RECURRENTE

Alejandro Sánchez Sandoval, Ana Cristina López, María del Carmen Espinosa

Hospital Infantil de México

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):72*

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Heiner es una enfermedad inmunológica poco común, causada por hipersensibilidad a proteínas de la leche de vaca. Afecta principalmente a lactantes y niños pequeños, con síntomas respiratorios crónicos, infiltrados pulmonares recurrentes y, en algunos casos, retraso en el crecimiento.

**OBJETIVO:** Presentar el caso de un lactante de 3 meses con neumonía atípica sin respuesta a tratamiento antibiótico, abordado para descartar inmunodeficiencia y síndrome de Heiner.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente masculino de 3 meses de edad que inicia síntomas el 20 de abril de 2025 con fiebre no cuantificada, disnea y cianosis peribucal, motivo por el cual acude a urgencias. A su ingreso se reportan signos vitales: frecuencia cardíaca 138 lpm, frecuencia respiratoria 28 rpm, saturación de oxígeno 72%. Se inicia tratamiento empírico para neumonía adquirida en la comunidad con cefotaxima y ampicilina, sin mejoría clínica. Posteriormente se administra piperacilina/tazobactam, claritromicina

y vancomicina, con respuesta parcial que permite el egreso hospitalario. Dos días después reingresa por polipnea, disociación toracoabdominal y saturación de 70%. Se decide un nuevo abordaje diagnóstico considerando inmunodeficiencia primaria, alergia a la proteína de la leche de vaca y probable síndrome de Heiner.

**DISCUSIÓN:** El síndrome de Heiner es una entidad rara y subdiagnosticada que debe sospecharse en lactantes con neumonía recurrente y mala respuesta a antibióticos. La presencia de hipoxemia persistente e infiltrados pulmonares recurrentes debe orientar al estudio inmunológico y alergológico, evitando tratamientos antibióticos prolongados e ineficaces.

**CONCLUSIÓN:** El síndrome de Heiner constituye una causa infrecuente pero importante de síntomas respiratorios crónicos en lactantes. Su diagnóstico temprano permite un mejor pronóstico, evita tratamientos innecesarios y requiere mayor difusión entre el personal médico para su identificación oportuna.

## 65 – ABSCESO CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE SINUSITIS. REPORTE DE UN CASO

Isis Trinidad Torres Salinas, Socorro Azarell Anzures Gutiérrez

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):73*

**INTRODUCCIÓN.** El absceso cerebral secundario a sinusitis en pediatría es una complicación infrecuente, pero, con alta morbilidad. Su extensión ocurre por contigüidad o diseminación hematológica. El agente etiológico más frecuente es *Streptococcus spp.*, seguido de *Staphylococcus aureus* y anaerobios. Su clínica es inespecífica y variable de acuerdo a la edad. La tríada clásica (cefalea, fiebre y déficit focal) solo está presente en un tercio de los pacientes. La neuroimagen es indispensable: la tomografía es útil para el diagnóstico inicial y abordaje quirúrgico.

**OBJETIVO.** Describir el abordaje diagnóstico y terapéutico de un caso de absceso cerebral secundario a sinusitis en un paciente pediátrico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Masculino de 11 años, previamente sano, con cuadro de cefalea, fiebre, vómito y somnolencia progresiva. A su ingreso presentó signos meníngeos y déficit motor en la extremidad inferior derecha. La tomografía computarizada mostró empiema cerebral, realizándose drenaje quirúrgico de 20 ml y antibioterapia de amplio espectro. Posteriormente,

presentó deterioro neurológico súbito, requiriendo craneotomía descompresiva. Completo 56 días con antibioterapia establecida, con tomografía de control con empiema residual y hemiplejía derecha.

**DISCUSIÓN.** El absceso cerebral asociado a sinusitis representa un reto diagnóstico y terapéutico. Se reporta que hasta un 40% de los abscesos cerebrales en niños derivan de sinusitis. El cuadro clínico suele iniciar con síntomas inespecíficos (cefalea, fiebre, malestar general), lo cual puede retrasar el diagnóstico y favorecer la progresión hacia hipertensión intracraneal, déficit focal y crisis convulsivas. Los estudios de imagen son fundamentales, teniendo mayor sensibilidad para colecciones tempranas y edemas la resonancia magnética.

**CONCLUSIÓN.** El absceso cerebral secundario a sinusitis en la población pediátrica requiere diagnóstico oportuno, inicio de antibioterapia dirigida y manejo quirúrgico, en caso de ser necesario. Este caso resalta la importancia del abordaje temprano para reducir complicaciones y mejorar el pronóstico neurológico.

## 66 – FIEBRE DE ORIGEN CENTRAL COMO SECUELA NEUROLÓGICA: REPORTE DE CASO

Maya Guzmán Torres, Areli Paola Bañuelos Benítez,

Aynne Yuridia Linares García, Erika Elizabeth Moreno Jaramillo

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):74*

**INTRODUCCIÓN.** La fiebre de origen central resulta de alteraciones de los mecanismos centrales de la termorregulación hipotalámica y del tronco encefálico. Se identifica en pacientes neurocríticos con inicio agudo y persistencia de fiebre con nula respuesta a manejo antipirético.

**OBJETIVOS:** Describir el caso de un paciente pediátrico con afectación neurológica y fiebre persistente, realizando un análisis orientado a la sospecha de fiebre de origen central.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Masculino de 4 años de edad, previamente sano, quien inicia el 04.08.25 con cefalea, dolor abdominal, vómitos de contenido gastroalimenticio y discinesia. 07.08.25 ingresa a urgencias por deterioro neurológico, requiriendo manejo avanzado de vía aérea e ingreso a unidad de terapia intensiva. Con diagnóstico de probable neuroinfección, se difiere punción lumbar por TAC al ingreso con reporte de edema cerebral. Extubación tras 5 días, en ventana neurológica con irritabilidad, falta de interacción con el

medio y espasticidad atribuida a secuelas neurológicas. Su evolución en hospitalización con fiebre persistente día y noche por más de 7 días continuos, sin respuesta a antipiréticos, ni antibióticoterapia de amplio espectro. Reactantes fase aguda y cultivos negativos, punción lumbar normal, metabólico sin alteraciones. Se realiza electroencefalograma, sin observarse actividad epileptiforme; se brindó tratamiento antiepiléptico. Ante la persistencia de fiebre, se continúan estudios microbiológicos. Se establece tratamiento con betabloqueador, resolviendo el cuadro febril.

**DISCUSIÓN:** La fiebre en la edad pediátrica puede tener diferentes etiologías. En esta presentación de caso resaltamos la importancia de considerar diagnósticos diferenciales en pacientes con afección neurológica la fiebre de origen central, posterior a un abordaje de otras causas, ya que esta distinción orienta el enfoque diagnóstico y permite el inicio oportuno de un manejo terapéutico eficaz.

## 67 – ARTROGRIPOSIS MÚLTIPLE CONGÉNITA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Andrea Elena Díaz Moreno, Bárbara Luna Ayala, Leslie Melissa Falcón Mata,  
Nestor Franz Choy Muñoz

Hospital General San Juan del Río, Querétaro  
Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Hospital General de Jalpan, Querétaro  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):75*

**INTRODUCCIÓN.** La artrogriposis múltiple congénita (AMC) comprende un grupo complejo de patologías no progresivas caracterizado por contracturas articulares múltiples, resultado de limitación del movimiento fetal por múltiples causas, donde se observa disminución de fibras musculares, variación en el tamaño y diámetro e infiltración de grasa o degeneración fibrosa. Existen dos tipos: amioplasia y artrogriposis.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Recién nacido masculino de término (41 SDG), producto de GIV, PIII, con mal control prenatal. Dos ultrasonidos prenatales reportaron malformaciones en extremidades con flexión anómala de manos y pie equino varo bilateral. Obtenido vía vaginal, con líquido amniótico meconial espeso y datos de sufrimiento fetal agudo, Apgar 3-5-8, sin esfuerzo respiratorio inicial, cianosis, flacidez y posterior quejido respiratorio persistente, ingresado a UCIN y se inició ventilación mecánica asistida. A la exploración física se observaron múltiples malformaciones congénitas: cuello corto y asimétrico, retrognatia, tórax asimétrico, abdomen excavado con sospecha de hernia diafragmática izquierda y extremidades superiores e inferiores con rigidez articular severa y

deformidades compatibles con artrogriposis múltiple congénita. Requirió sedoanalgesia, manejo antibiótico empírico y soporte hemodinámico. Durante su estancia, presentó evolución desfavorable con falla respiratoria progresiva, acidosis mixta y paro cardiorrespiratorio a las 12 horas de vida.

**DISCUSIÓN.** Descrita por Otto en 1841 como mielodisplasia, la AMC puede ser parte de un espectro de síndromes complejos con mal pronóstico, cuya etiología es desconocida, varias encaminadas a la hipomotilidad fetal, lo que a su vez genera proliferación de tejido conectivo sobre las articulaciones, explicando las contracturas presentes. Algunos presentan anticuerpos que inhiben los receptores de acetilcolina fetal para disminuir el número de células del asta anterior. Representa 1/3000 nacidos vivos. Se han asociado con mutaciones genéticas, anomalías cromosomales o defectos mitocondriales.

**CONCLUSIÓN.** Es una entidad rara que puede comprometer severamente la vida y la función. El manejo conservador y quirúrgico debe ser individualizado y de acuerdo al grado de afectación del paciente.

## 68 – ACRODISOSTOSIS TIPO 2

Antonio García Caro, Esther Gallegos Hernández

Clínica Hospital ISSSTE Celaya

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):76*

**INTRODUCCIÓN:** Dentro de las enfermedades raras, se encuentran las displasias óseas primarias, de las cuales solo se han reportado 80 casos de acrodisostosis en la literatura. Esta enfermedad se caracteriza por braquidactilia, disostosis periférica, afectación facial, hipoplasia nasal y retraso del desarrollo. Se observa maduración esquelética avanzada, disminución de la distancia interpedículo-vertebral y obesidad. Existe en el 50% de los afectados resistencia hormonal múltiple (generalmente a PTH y STH). La etiología son mutaciones en heterocigosis en el gen PRKAR1A (tipo1) y en el gen PDE4D (tipo 2)1.

**OBJETIVO:** Presentar un caso acerca de acrodisostosis como enfermedad rara y analizar su evolución clínica, diagnósticos diferenciales y remarcar la importancia de un manejo multidisciplinario y diagnóstico oportuno.

**CASO CLÍNICO:** Femenina de 15 años. Acude a consulta externa de pediatría a los 7 años, en donde se detectan dismorfias faciales, obesidad, acortamiento de extremidades y marcha en puntas, sin detección previa por facultativos. Se

inicia el protocolo de estudio; encontrando perfil tiroideo normal y resistencia a la insulina. Por marcha claudicante, se valora por ortopedia diagnosticándose con luxación rotuliana izquierda requiriendo manejo quirúrgico en dos ocasiones. Se remite a genética sospechando una displasia acromesomélica tipo Grebe vs Hunter Thompson. Realizando estudio molecular se confirma el diagnóstico de acrodisostosis tipo 2.

**DISCUSIÓN:** Dada la variante en cuestión, puede explicarse la resistencia endocrina y el predominio de alteraciones esqueléticas, del desarrollo y complicaciones ortopédicas, hallazgos que coinciden con la evolución de nuestra paciente. El manejo multidisciplinario es indispensable para optimizar la calidad de vida y la integración social del paciente.

**CONCLUSIÓN:** La exploración física del paciente pediátrico desde su nacimiento es clave para un diagnóstico oportuno, el cual no fue el caso de nuestra paciente, su diagnóstico tardío la predispone a secuelas importantes en el desarrollo y compromete una óptima calidad de vida.

## 69 – SÍNDROME DE MICRODUPLICACIÓN 7q11.23: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO CON ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

Brenda Guadalupe Zeferino Dolores, Griselda Fuentes Fuentes

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):77*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de microduplicación 7q11.23 es una anomalía cromosómica poco frecuente (1/20,000 nacidos vivos), resultante de la duplicación parcial del brazo largo del cromosoma 7, con patrón de herencia autosómico dominante caracterizado por discapacidad intelectual, trastornos del habla, rasgos craneofaciales (braquicefalia, frente y punta nasal amplia, arcos oculares rectos, filtrum corto y asimetría facial), hipotonía, trastornos del neurodesarrollo y conductuales (ansiedad, TDAH, fobias), así como diversas anomalías congénitas.

**OBJETIVO.** Reconocer las alteraciones del neurodesarrollo que orientan la sospecha de esta enfermedad, resaltando la importancia de una intervención médica oportuna e individualizada.

**CASO CLÍNICO.** Hombre de 11 años de edad, que inicia padecimiento a los 3 meses, con alteración en los hitos del desarrollo.

**Evolución y seguimiento:** 7 meses: genética confirma diagnóstico con cariotipo 46,XY,dup(7). 3 años: cirugía pediátrica realiza orquidopexia bilateral y biopsia endo-rectal con agangliosis compatible con enfermedad de Hirschsprung, en manejo conservador. 8 años: neuropsiquiatría y neuropsicología

integran el diagnóstico de discapacidad intelectual, TDAH y trastorno del lenguaje. Se inicia manejo con metilfenidato. 9 años: neurocirugía solicita resonancia magnética donde se visualiza atrofia cortico subcortical, hipotrofia de lóbulo temporal, sin ameritar tratamiento quirúrgico. 10 años: paidopsiquiatría inicia terapia conductual y sensibilización por fobia específica. Paciente con macrocefalia, fascies dismórfica, hiperlaxitud articular, lenguaje verbal con errores fonológicos, motor con tono y trofismo conservados, no signos meníngeos o cerebelosos.

**DISCUSIÓN.** A pesar de las limitaciones diagnósticas como la baja frecuencia, la variabilidad fenotípica y los múltiples diagnósticos diferenciales, un abordaje multidisciplinario contribuye de manera significativa a mejorar el pronóstico integral.

**CONCLUSIONES** Aproximadamente el 30% de estos pacientes tienen una o más anomalías congénitas que requieren seguimiento por neuropsiquiatría, paidopsiquiatría, neuropsicología, rehabilitación, gastroenterología, neurocirugía o cirugía pediátrica, por lo que una mayor difusión de esta rara enfermedad, disminuye la morbilidad en edades pediátricas.

## 70 – DESCRIPCIÓN DE UNA MUTACIÓN EN KIF 7 EN UNA PACIENTE DE 2 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA

Ruth Betsabe Morato Loya, Anabel Guzmán Martínez, Miriam Hidalgo Ostoa, Citlali Alicia Hernández López

Hospital General de Pachuca

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):78*

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de acrocalloso es una patología extremadamente infrecuente producida por una alteración genética de herencia autosómica recesiva localizada en el gen KIF 7.

**OBJETIVO:** Presentar un caso de una mutación genética rara para recalcar la importancia de un adecuado asesoramiento genético prenatal.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Se trata de paciente de 2 años, con los siguientes antecedentes: madre de 29 años aparentemente sana. Padre de 32 años aparentemente sano. Antecedentes perinatales: G1 Finado a los 4 meses de vida extrauterina por sepsis, G2: Finada a los 16 meses por displasia broncopulmonar y sepsis. Producto de la gesta 3, obtenida vía abdominal secundario a desproporción cefalopélvica, no vigorosa por lo que requirió dos ciclos de ventilación con presión positiva, ingresa a UCIN por asfixia perinatal, durante su estancia se detecta estenosis fisiológica de ambas ramas de la arteria pulmonar en hospital general de Axapusco motivo por el cual es referida al hospital general

Pachuca cuenta con tomografía de cráneo que reporta fontanelas amplias y macrocefalia, ventriculomegalia global más quiste aracnoideo. Valorada por Genética por antecedente de consanguineidad con diagnóstico de probable síndrome de Costello, se solicita panel de secuenciación, el cual confirma diagnóstico de síndrome acrocalloso por mutación en estado homocigoto en KIF 7.

**DISCUSIÓN:** El síndrome acrocalloso no tiene cura y condiciona una discapacidad permanente, reportándose hasta el momento aproximadamente 50 casos de dicha mutación en la literatura internacional, condiciona múltiples malformaciones como agenesia del cuerpo calloso, polidactilia y otras alteraciones.

**CONCLUSIONES:** Esta patología no tiene cura y condiciona una discapacidad permanente, reportándose hasta el momento aproximadamente 50 casos de dicha mutación en la literatura internacional, por lo que el darlo a conocer generará consciencia sobre la importancia de un asesoramiento prenatal adecuado.

## 71 – MALFORMACIONES COSTOVERTEBRALES Y DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL: A PROPÓSITO DE UN CASO DE JARCHO-LEVIN

María Fernanda Fernández Martín, Mayra Pamela Plascencia Hernández,  
Manuel Valdez Freyre, Verónica Patricia González Lugo  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):79*

**INTRODUCCIÓN:** Las malformaciones vertebrales y costales en el periodo neonatal son hallazgos clínicos relevantes, pues pueden formar parte de síndromes genéticos complejos. El Síndrome de Jarcho-Levin o disostosis espondilocostal es una entidad rara de origen genético, caracterizada por alteraciones esqueléticas múltiples que pueden comprometer la función respiratoria desde el nacimiento. Su diagnóstico precoz es fundamental debido a la alta morbilidad asociada y la necesidad de un enfoque multidisciplinario.

**OBJETIVO:** Presentar el caso de una recién nacida con diagnóstico sugestivo de Síndrome de Jarcho-Levin, realizándose abordaje clínico, seguimiento y revisión bibliográfica, dada la alta tasa de complicaciones respiratorias y mortalidad neonatal asociadas.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Recién nacida femenina, de 38 semanas de gestación, con diagnóstico prenatal de escoliosis, múltiples hemivértebras y banda amniótica en el fondo uterino. Nace por cesárea, con peso de 3.160 g, Apgar 7-9, y dificultad respiratoria

desde el nacimiento (Silverman 3, cianosis). Se inicia CPAPn sin mejoría, por lo que se intuba. El control radiográfico muestra malformaciones costovertebrales y se decide el ingreso a UCIN. La radiografía de tórax evidencia displasia costal y vertebral, predominante en hemitórax derecho, con arcos costales dismórficos, escoliosis dorsal y hemivértebras de D5-D8; volumen pulmonar de 5 espacios intercostales. Ecocardiograma: corazón estructuralmente normal. Ultrasonido transfontanelar: hipoplasia del cuerpo calloso. No se logró confirmar mutación del gen MESP2, aunque en la mayoría de los reportes tampoco se identifica.

**DISCUSIÓN:** El Síndrome de Jarcho-Levin se manifiesta con malformaciones vertebrales y costales asociadas frecuentemente a insuficiencia respiratoria neonatal. En este caso, los hallazgos clínicos y radiológicos permitieron establecer el diagnóstico, a pesar de la falta de confirmación genética. El diagnóstico temprano es clave para mejorar el pronóstico mediante manejo especializado.

## 72 – OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA, PRESENTACIÓN DE CASO

Jessica Susana Monzón Ramírez, Miriam Jessica Santoyo Medina

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):80*

**INTRODUCCIÓN:** La osteogénesis imperfecta (OI) es un trastorno genético caracterizado, en la mayoría de los casos, por una alteración en la formación de colágeno, lo que le confiere una mayor fragilidad ósea y riesgo de fracturas. Con una incidencia estimada entre 1/15 000 y 1/20 000 recién nacidos, está considerada dentro del grupo de las enfermedades raras.

**OBJETIVO:** Presentar el caso clínico con abordaje multidisciplinario, considerándose el diagnóstico oportuno para la calidad de vida del paciente.

**CASO CLÍNICO:** Madre de 27 años G3, A2. Embarazo con control prenatal desde el primer trimestre, acude a 6 consultas y se realizan 12 ultrasonidos, en quinto mes se reporta displasia esquelética. Consumió micronutrientes, Paciente que nace a las 37 semanas de gestación por vía abdominal con diagnóstico prenatal de probable acondroplasia, al nacimiento con múltiples trazos de fractura en extremidades pélvicas, así como a la exploración con presencia de esclera azulada, con USGT 8.06.2024 SE

**OBSERVA** APARENTE  
DISMINUCION DE VOLUMEN  
CEREBELOSO Y ELEVACION DE  
TENTORIO CON DATOS  
SUGERENTES DANDY WALKER,  
Radiografías con alteración en cortical  
de huesos de extremidades con  
postura en sable y pie equino varo se  
valora traumatología y o por  
traumatología y ortopedia quien refiere  
radiografías con pérdida de la  
continuidad en diáfisis de ambos  
fémur y tibias. Presencia de cayo óseo  
en fémur derecho, pie equino varo  
bilateral, fractura de fémur y tibia, así  
como ambas clavículas. 10.07.24  
VITAMINA D 21.3 (INSUFICIENCIA  
10-30), PTH 80.8 (15-68.30). Paciente  
con seguimiento con diagnóstico  
confirmado con exoma. Se realiza el  
abordaje en manejo con bifosfonatos y  
vitamina D, así como rehabilitación.

**CONCLUSIÓN:** Con diagnóstico y  
abordaje oportuno considerando las  
condiciones al nacimiento, logrando  
evolución y egreso domiciliario con  
capacitación de padres. Actualmente  
con 1 año de edad, continuando  
rehabilitación e intervención  
multidisciplinaria.

## 73 – MANO ZAMBA CONGÉNITA BILATERAL REPORTE DE UN CASO

Isabel Hernández Ortega, Luz Denisse Pérez Mayorga  
Hospital General Zacatecas “Luz González Cosío”

Unidad Académica de Medicina Humana y C.S., Universidad Autónoma de Zacatecas  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):81*

**INTRODUCCIÓN:** La mano zamba congénita es una deformidad caracterizada por la desviación radial de la mano, resultado de hipoplasia o ausencia total del radio, en ocasiones está ausente el primer metacarpiano. Su prevalencia es 2 de cada 1,000 nacidos vivos, el Estado de México tiene mayor incidencia seguida de Jalisco, Guerrero y Zacatecas.

**OBJETIVO:** Describir características clínicas y relación de la anomalía en reducción longitudinal preaxial de miembros con otras malformaciones.

**PRESENTACIÓN:** Femenino, 1 año de edad, etnia huichol, consanguinidad positiva, producto de la gestación 3 de un embarazo aparente normoevolutivo, referida a nuestra unidad por sospecha de cardiopatía congénita. Durante su evaluación asintomática vascular, ecocardiograma transtorácico con corazón estructuralmente sano PSAP 13 mmHg, marcada desviación radial bilateral de las manos y ausencia del pulgar, ectopia renal fusionada

cruzada tipo B. Radiografía de tórax: consolidación parahiliar derecha. Laboratorios: sin alteración. Se otorgó manejo conservador enfocado en prevenir deformidades y contracturas de los tejidos blandos y tratamiento farmacológico para patología respiratoria

**DISCUSIÓN:** La mano zamba radial es una anomalía congénita compleja, tiene una amplia gama de fenotipos, en los seres humanos, el insulto ambiental o genético parece ocurrir entre las semanas 4-7 del desarrollo embrionario y coincide con la aparición de sistema cardíaco, renal y hematopoyético. Los síndromes frecuentemente asociados son: VACTERL, TAR, Holt-Oram y anemia de Fanconi

**CONCLUSIÓN:** La base molecular de la deficiencia aislada radial aún es desconocida, es imprescindible descartar la asociación con algún síndrome. El tratamiento definitivo y el pronóstico funcional dependerán de la severidad de la patología.

## 74 – ABORDAJE PALIATIVO EN RECIÉN NACIDO CON TRISOMÍA 18: HACIA UN CUIDADO INTEGRAL Y HUMANIZADO

Sonia Cristina Sánchez Morelos, Erik Moreno Gómez,  
Rocío Guadalupe del Consuelo Hernández Fernández, José Miguel Ramírez Herrera  
Hospital General León,  
Universidad de Guanajuato, Departamento de Medicina y Nutrición  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):82*

**INTRODUCCIÓN:** La trisomía 18 o síndrome de Edwards es una anomalía cromosómica por la presencia de un cromosoma extra en el par 18. Se asocia a múltiples malformaciones congénitas, en particular cardiopatías, y su pronóstico vital es limitado. En este contexto, el abordaje paliativo permite priorizar la calidad de vida y el acompañamiento familiar.

**OBJETIVO:** Presentar el caso de un recién nacido con trisomía 18 en el que se instauró cuidado paliativo desde el nacimiento.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Recién nacido masculino con diagnóstico confirmado de trisomía 18, conducto arterioso persistente, colpocefalia, hemorragia intraventricular derecha y disgenesia del cuerpo calloso.

Exploración física: Peso 1925 g, talla 46 cm, PC 28 cm, T 36.5 °C, FC 100

lpm, FR 40 rpm. Pretérmino, hipoactivo, hipotónico, mano trisómica, talón prominente, pabellones auriculares de implantación baja, tórax asimétrico con pectus carinatum, soplos cardiacos, hipoventilación y espina bífida. Con permeabilidad esofágica adecuada. Estudios confirmatorios: cariotipo, ultrasonido obstétrico, ecocardiograma, ultrasonido renal y transfontanelar.

**Tratamiento:** Se instauraron medidas paliativas, enfocadas en confort, analgesia y acompañamiento familiar, evitando procedimientos invasivos.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

La sobrevida en trisomía 18 raramente supera el primer año. El cuidado paliativo ofrece un abordaje ético y humanizado, centrado en el bienestar del neonato y el soporte integral a la familia.

## 75 – DIARREA CRÓNICA EN UN RECIÉN NACIDO POR DEFECTO DEL TRANSPORTADOR GLUCOSA GALACTOSA

Abel Salazar Martínez, José de Jesús Vázquez Montante, Raúl Ochoa Navarro,  
Elizabeth de la Rosa de León, Vanessa López González, Sofía Nava Guerrero  
Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):83*

**INTRODUCCIÓN:** La etiología de la diarrea crónica en recién nacidos agrupa posibilidades estructurales y errores innatos del metabolismo.

**OBJETIVO:** Describir la evolución clínica de un paciente femenino con diarrea crónica y malabsorción por un defecto del transportador glucosa-galactosa del gene SLC5A1.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenino, padres provenientes de una comunidad pequeña del Estado de San Luis Potosí, niegan consanguinidad, hermano muerto en etapa neonatal de causa desconocida. Padecimiento actual: Inició al alimentarlo con leche materna y tener gastos fecales que llevaron a hiponatremia, hipokalemia y acidosis metabólica, 4 cuadros de enterocolitis necrotizante con uso de Nutrición Parenteral (NPT) y posterior alimentación con sonda orogástrica a goteo continuo de fórmulas semielementales de lactoalbúmina y de caseína y elementales. Múltiples infecciones relacionadas a catéter con dificultad creciente de colocar vías venosas centrales impidieron establecer un programa de NPT para

sostener un crecimiento continuo. Al recibir el resultado del estudio genético se moduló su fórmula con fructosa al 1%, siguió alimentándose con sonda a goteo continuo hasta su egreso para manejo ambulatorio al año de vida. Actualmente alimentada por boca con fórmula semielemental con fructosa y alimentación complementaria con 2 años de vida. Serie esofagogastroduodenal, colon por enema, endoscopia con biopsia no mostraron anormalidad.

**Reporte estudio genético:** Variante patogénica de homocigosis gen SLC5A1 con un defecto en receptor glucosa-galactosa autosómico recesivo.

**DISCUSIÓN:** En Diarrea Crónica en neonatos consideramos estudio genético inicial parte esencial del abordaje. El manejo de NPT otro elemento de soporte indispensable.

**CONCLUSIONES:** La diarrea crónica neonatal es poco frecuente, con muchas posibilidades etiológicas, entre ellas los defectos de transportadores de carbohidratos.

## 76 – REPORTE DE CASO: SÍNDROME COLESTÁSICO SECUNDARIO A VESÍCULA BILIAR CON VARIANTE ANATÓMICA (PHRYGIAN CAP) EN CUELLO

América Fernanda García Cid, Valeria Aurora Núñez Burgoin,  
Martha Elena López González, Leticia Rodríguez Ocon

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):84*

**INTRODUCCIÓN.** Las variantes anatómicas de la vesícula biliar se reportan hasta en un 50% de la población, éstas no suelen tener importancia clínica o funcional. La más frecuente es la “Phrygian Cap”, con una prevalencia de 1 a 6% en la población adulta. No se cuenta con información sobre la prevalencia en pediátricos.

**OBJETIVO.** Presentar el caso de una variante anatómica de la vesícula biliar tipo phrygian Cap serosal como causa de síndrome colestásico prolongado.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Lactante femenino de 21 días de vida a su ingreso a la unidad, sin antecedentes de importancia para su patología, madre hemotipo O negativo, producto de la primera gestación, embarazo normoevolutivo, obtenida vía abdominal por falta de progresión del trabajo de parto, al nacer respira y llora, a término; se egresa en binomio. Ingresa a esta unidad con diagnóstico inicial de choque séptico y encefalopatía hepática. A la exploración inicial con ictericia Kramer V, hepatomegalia e hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa. Posterior a la remisión de factores causales de

colestasis, se realizan estudios complementarios para el abordaje integral, descartando patologías metabólicas, infecciosas e inmunológicas.

**Diagnóstico.** Se lleva a cabo una colangiografía que se reporta con variante anatómica de la vesícula biliar con acodamiento de la cabeza sobre el cuello de la vesícula biliar tipo phrygian Cap serosal.

**Tratamiento.** Manejada con colerético y antioxidante.

**DISCUSIÓN.** Durante la infancia no se ha evidenciado significancia clínica asociada a esta variante, la mayoría permanecen asintomáticos. El tratamiento depende de varios aspectos. La paciente expuesta, únicamente requirió tratamiento sintomático, con seguimiento posterior con gastroenterología pediátrica.

**CONCLUSIONES.** Se resalta la importancia de comprender y reconocer las variantes anatómicas por parte del personal médico, ya que pueden influir significativamente en las estrategias diagnósticas y terapéuticas que resultan de utilidad, así como en la atención integral del paciente.

## 77 – HEPATITIS NEONATAL DE CELULAS GIGANTES

Daniela Montserrat Díaz Hernández, Martha Ivanna Montibeller Cabria,  
Ana Cecilia Pompa Rodríguez

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):85*

**INTRODUCCIÓN.** La hepatitis neonatal idiopática (HNI) se define como colestasis intrahepática prolongada durante los primeros seis meses de vida, con hallazgo histopatológico de células gigantes en ausencia de otras causas. Su frecuencia en la colestasis neonatal es cercana al 15%. La exclusión de infecciones congénitas, alteraciones metabólicas y atresia de vías biliares es esencial, siendo la biopsia hepática el estándar diagnóstico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** RN masculino, producto de la gesta I, obtenido vía vaginal a las 35.1 SDG, con Apgar 4/5. Presentó hipoxia perinatal, encefalopatía hipóxico-isquémica severa, sepsis neonatal y posterior desarrollo de síndrome colestásico. Ingresa con elevación de AST 97 U/L, GGT 145 U/L y elevación de la bilirrubina total de 2.9 mg/dl de predominio directo. Durante la evolución se inició el abordaje para el síndrome colestásico. Se realizó ultrasonido hígado y vías biliares reportó lodo biliar 03/09/24. Serologías TORCH negativas. 06/09/24 Se documentó amonio sérico en 90.67 µmol/L, iniciándose tratamiento con ácido ursodesoxicólico, vitaminas liposolubles, vitamina K y lactulosa. Posteriormente, serología de hepatitis A, B, C y VIH negativa 02/10/24.

Gastropediatría sugirió gammagrama hepatobiliar con Tc99m para descartar atresia de vías biliares. El 28/10/24 fue valorado por cirugía pediátrica, programándose laparotomía exploradora (LAPE) con colangiografía transoperatoria 30/10/24 encontrándose vesícula biliar permeable con paso de contraste hacia vías biliares intrahepáticas, extrahepáticas y duodeno, descartándose atresia de vías biliares. Se obtuvo biopsia hepática reportando hepatitis neonatal de células gigantes.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** La HNI es un diagnóstico de exclusión en neonatos con colestasis prolongada, caracterizada por hepatocitos multinucleados. En este caso se descartaron infecciones, causas metabólicas y atresia de vías biliares mediante estudios de imagen y LAPE. La biopsia confirmó el diagnóstico, resaltando su importancia como herramienta definitiva. El manejo es principalmente de soporte, con excelente pronóstico y resolución clínica y bioquímica en la mayoría de los pacientes. Su identificación requiere un enfoque multidisciplinario, apoyado en estudios de imagen, laboratorios y biopsia hepática. El pronóstico es generalmente favorable, con más del 90% de resolución en el primer año de vida.

## 78 – SÍNDROME COLESTÁSICO SECUNDARIO A ATRESIA DE VÍAS BILIARES EN PACIENTE PREMATURO: REPORTE DE CASO

Mónica Janette Hernández Soto, Carmen Georgina Pimentel Vallejo,  
Susana Vanessa Lara Barbosa, Martha Elena López González, Leticia Rodríguez Ocon  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):86*

**INTRODUCCIÓN.** La colestasis neonatal es una condición patológica caracterizada por la disminución o interrupción del flujo biliar, lo que se traduce como una acumulación de bilirrubina, representa un signo común para muchas alteraciones hepatobiliares o metabólicas.

**OBJETIVO:** Presentación de caso de paciente recién nacido que cuenta con cuadro sugestivo de atresia de vías biliares, realizándose abordaje, seguimiento y revisión bibliográfica del caso, debido a la gran cantidad de secuelas sin el tratamiento oportuno y adecuado.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Recién nacido masculino de 34 semanas de gestación. Nace por cesárea indicada por oligohidramnios, se obtiene producto en apnea al nacimiento, se da 1 ciclo de ventilación a presión positiva, recuperando esfuerzo respiratorio; APGAR 6/8. A las 48 horas, posterior a su ingreso inicia con tinte icterico e hiperbilirrubinemia (BN 23 BI 14.2 BD 8.8) se inicia fototerapia, con mala evolución y persistencia de

hiperbilirrubinemia directa (BT 12.40 BD 9.7, BI 2.7). Se inicia protocolo de estudio, se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares con reporte de vesícula de situación habitual, volumen de 1.4 cc. Se toma perfil TORCH, perfil tiroideo y panel viral con los siguientes resultados: VDRL (-), VHC 0.01, HBSAG 0.96, CMV IGG 27, IGM 0.2, RUBEOLA IGG 106, IGM 0.5, TOXO IGG 0, IGM 0.1, TSH 5.626, T4 2.7. Se realizan dos gamagramas con reporte de alta sospecha de atresia de vías biliares, Se solicita valoración por gastroenterología, quien inicia tratamiento con medidas de hepatoprotección. Se solicita valoración por cirugía pediátrica para continuar con abordaje y manejo.

**DISCUSIÓN:** La atresia de vías biliares es la principal causa de colestasis neonatal, se presenta como ictericia con signos de obstrucción biliar. La biopsia hepática permite confirmar el diagnóstico. Sin cirugía, el 90% de los pacientes mueren antes de los 3 años, de ahí la suma importancia de su diagnóstico oportuno.

## 79 – ATRESIA DE VÍAS BILIARES. REPORTE DE UN CASO

Lídice Cristina López Orozco, Luis Eduardo García Velázquez,  
Marisol Galván Navarrete, Paola López Hernández

Hospital General de Morelia “Dr. Miguel Silva” y Hospital Infantil de Morelia  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):87*

**INTRODUCCIÓN:** La atresia de vías biliares es una enfermedad fibroinflamatoria progresiva que afecta los conductos biliares intrahepáticos y extrahepáticos, caracterizada por su obliteración y destrucción, causando flujo anormal de la bilis del hígado al intestino.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Lactante femenina de 3 meses que presenta ictericia y acolia, un patrón colestásico con hiperbilirrubinemia directa, elevación de fosfatasa alcalina y gamma-glutamyl transferasa. El ultrasonido y la colangioresonancia mostraron ausencia de vesícula biliar y conducto colédoco. Durante laparotomía exploradora con colangiografía se identificó vestigio de vesícula biliar obliterado y ausencia de paso de contraste a vía biliar, confirmando el diagnóstico de atresia de vías biliares. Histológicamente se reporta proliferación de conductillos

biliares severa, estado precirrótico por cirrosis biliar secundaria, cambios regenerativos, hepatitis crónica inespecífica y colestasis intrahepática leve. Se indicó tratamiento con ácido ursodesoxicólico, vitaminas liposolubles, se realiza procedimiento de Kasai y se envía para protocolo de trasplante hepático.

**DISCUSIÓN:** La atresia de vías biliares produce colestasis neonatal, ictericia persistente y si no se trata resulta en fibrosis hepática progresiva, cirrosis e insuficiencia hepática en los primeros años de vida. En este reporte de caso, el diagnóstico se realizó de manera tardía hasta los 3 meses donde se encontró un estado fibroso del hígado.

**CONCLUSIONES:** La atresia de vías biliares es una patología cuyo diagnóstico y tratamiento temprano es crucial.

## 80 – RESECCIÓN DE QUISTE DE COLÉDOCO Y HEPATO DUODENO ANASTOMOSIS

David Guillermo Uribe Ramos, Erick Velarde Monárrez, Jorge Herrera Hernández,  
Eliud Mendoza Cepeda, Argelia Silva Alemán

IMSS UMAE 71, Hospital Regional de Alta Especialidad Torreón, Coahuila  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):88*

**INTRODUCCIÓN:** El quiste de colédoco es una malformación congénita poco frecuente, que se caracteriza por dilatación del árbol biliar, ocurre 1 por cada 150000 nacidos vivos, es más común en niños, y mujeres jóvenes los síntomas varían según el tamaño y ubicación del quiste pero los más comunes son ictericia y dolor abdominal, al cirugía que más frecuente se realiza en y de Rioux pero Todani et al. Publicaron su experiencia sobre hepato duodeno anastomosis, que es la cirugía que nosotros realizamos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de 10 casos cuyas edades eran entre 4 y 10 años, todas niñas, con seguimiento prospectivo en UMAE 71 entre 2019 a 2024 operados de quiste de colédoco con hepato duodeno anastomosis, se

registraron tiempo quirúrgico, tiempo de ayuno, tiempo de estancia hospitalaria, síntomas, complicaciones trans y postoperatorias.

**RESULTADOS:** El dolor abdominal fue el síntoma principal en los 8 pacientes, el tiempo quirúrgico fue de 120 min a 130, durante el seguimiento no ha habido casos de colangitis.

**ANÁLISIS Y CONCLUSIÓN:** La hepato duodeno anastomosis demostró ser una cirugía mucho más fácil acceso, menor tiempo quirúrgico y menor complicaciones que la reconstrucción yeyunal que con lleva una movilización del yeyuno a través del colon y una reconstrucción más complicada. En nuestro estudio no hubo ninguna complicación.

## 81 – HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO

Laura Marisol Contreras Vargas, Adrián Zepeda López

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):89*

**INTRODUCCIÓN:** La hidatidosis hepática es una zoonosis por *Echinococcus granulosus*, endémica en regiones ganaderas y de difícil diagnóstico en población pediátrica. Su presentación clínica depende del tamaño y localización de los quistes.

**OBJETIVO:** Presentar el caso de una paciente pediátrica con hidatidosis hepática de gran volumen, destacando los hallazgos clínicos, diagnósticos, así como las complicaciones asociadas.

**CASO CLÍNICO:** femenina de 15 años, con antecedente de contacto frecuente con perros, gatos y pájaros no domesticados, ausencia de desinfección de alimentos, desparasitación hace cuatro años. Padecimiento actual de tres meses con reflujo gastroesofágico, dolor abdominal en epigastrio, pérdida de peso de 4 kg, aumento de perímetro abdominal, evacuaciones disminuidas en consistencia. En la unidad de referencia realizan ultrasonido y TC abdominal, diagnosticando quiste hepático y hepatoesplenomegalia. Realizan punción del quiste con drenaje de 3200 ml. A su ingreso en ultrasonido, reportan quistes hepáticos hidatídicos de 563 ml y de 924 ml. El servicio de infectología inició el manejo con albendazol.

Durante su estancia presentó deterioro clínico, se realizó laparoscopia con resección de quiste hepático 30x20x10cm francamente vascularizado presentando como complicaciones hemorragia masiva, choque hipovolémico y parada cardiaca de 2 minutos. Requirió manejo en unidad de cuidados intensivos con apoyo aminérgico y ventilación mecánica por 48 horas. Anatomía patológica reportó lesiones múltiples quísticas, epitelio cúbico a columnar simple, sin atipia, parénquima hepático perilesional con peliosis hepática, colestasis.

**DISCUSIÓN:** La hidatidosis hepática es rara en edad pediátrica, pero debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas abdominales, especialmente en pacientes con antecedentes epidemiológicos de riesgo. El tratamiento médico con albendazol puede ser eficaz en quistes pequeños, pero la resolución definitiva en quistes voluminosos suele requerir cirugía, la cual conlleva riesgo elevado de hemorragia y recurrencia.

**CONCLUSIONES:** La hidatidosis hepática debe sospecharse en adolescentes con hepatomegalia y antecedentes epidemiológicos sugestivos.

## 82 – DOLOR ABDOMINAL EN PEDIATRÍA: MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE. IMPORTANCIA DE LA DERIVACIÓN OPORTUNA Y EL ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

**Mariela Basurto Valadez, Fidel Madruga**

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):90*

**INTRODUCCIÓN:** La apendicitis aguda es una de las principales causas de dolor abdominal y requiere un tratamiento quirúrgico. El diagnóstico tardío incrementa el riesgo de perforación y necrosis intestinal, ocasionando mayor morbilidad y mortalidad.

**OBJETIVO:** Presentar el abordaje de un caso de apendicitis aguda complicada con necrosis en intestino Delgado, Actualmente en estatus de ileostomía.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Escolar femenino de 12 años quien inicia su padecimiento actual posterior a último procedimiento quirúrgico, con múltiples eventos de dolor abdominal, generalizado, de tipo cólico, sin irradiación, exacerbado la mayoría de las ocasiones con los alimentos, atenuado con butilhioscina y omeprazol, llegando a acudir hasta tres veces por mes a urgencias donde controlaban el dolor y egresaban a domicilio. Hace dos semanas se agregan astenia, adinamia e hiporexia y aumento en la intensidad del dolor.

**Diagnóstico:** Tomografía de abdomen con interpretación de íleo intestinal tipo mecánico probablemente secundario a adherencias.

**Tratamiento:** Reanimación hídrica, posterior a su estabilización hemodinámica se programa evento quirúrgico donde se realiza reconstrucción de Ileostomía por técnica de Brooke.

**DISCUSIÓN.** La apendicitis complicada, representa una urgencia quirúrgica frecuente y con alto riesgo de morbilidad si no se diagnostica y trata a tiempo. Su presentación clínica puede ser atípica, lo que dificulta el diagnóstico precoz. Por ello, la derivación oportuna desde el primer nivel de atención y el manejo multidisciplinario son clave para mejorar los resultados clínicos.

**CONCLUSIÓN.** La apendicitis aguda es una urgencia quirúrgica y un desafío diagnóstico en los pacientes pediátricos. El diagnóstico y manejo oportuno son claves para asegurar una recuperación integral del paciente.

## 83 – HIPERTENSIÓN SECUNDARIA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO DE FEOCROMOCITOMA

Alma Marina Silos Vega, Mariana Becerra Rodríguez,

Talía Alejandra Ponce Márquez y Alba Georgina Portillo Macías

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):91*

**INTRODUCCIÓN.** La hipertensión arterial ha incrementado su prevalencia en la población pediátrica. El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino productor de catecolaminas y es causa infrecuente de hipertensión arterial en niños.

**OBJETIVO:** Describir un caso de feocromocitoma pediátrico, resaltando su presentación clínica, diagnóstico y manejo.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Femenina de 14 años con cuadro de dos semanas de diaforesis, polidipsia, palidez, edema en manos y taquicardia. Se documenta disfunción ventricular izquierda, comunicación interventricular, insuficiencia aórtica y mitral, con dilatación e hipertrofia ventricular izquierda; se inicia tratamiento con espironolactona, furosemida y digoxina. En reevaluación presenta además hiperhidrosis, hipertensión arterial sistémica y cefalea.

Laboratorios: Metanefrina plasmática 90 pg/ml, normetanefrina 220 pg/ml, metanefrinas totales 300 pg/ml. Catecolaminas totales en orina: 432.82 ug/24h, adrenalina 0.48 Ug/24h, noradrenalina urinaria 431.87 ug/24h, dopamina urinaria 0.48 ug/24h. TAC de abdomen: lesión sólida, dependiente de suprarrenal derecha.

Se realiza adrenalectomía derecha con resección tumoral, con reporte de patología de feocromocitoma.

Seguimiento en búsqueda de MEN 2; sin alteraciones en paratiroides o sospecha de cáncer tiroideo; sin afección del adrenal.

**DISCUSIÓN.** El feocromocitoma es un tumor poco frecuente originado en las células cromafines de la médula adrenal. Se ha asociado con síndromes hereditarios. Hay secreción de catecolaminas, donde la noradrenalina suele liberarse de forma continua, generando hipertensión persistente; la adrenalina causa episodios paroxísticos con taquicardias; y la dopamina promueve la angiogénesis. El diagnóstico bioquímico es mediante medición de metanefrinas plasmáticas libres o fraccionadas en orina. Para la localización del tumor puede ser mediante tomografía o resonancia magnética. Es vital estabilizar al paciente con bloqueo  $\alpha$ -adrenérgico, seguido de bloqueo  $\beta$  si es necesario. El manejo definitivo es quirúrgico.

**CONCLUSIONES.** El feocromocitoma pediátrico, aunque infrecuente, es una causa relevante de hipertensión secundaria que exige un alto índice de sospecha.

## 84 – GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A NEFROPATÍA LÚPICA: REPORTE DE CASO

Jesús Eduardo Velasco Gudiño, Yahaira Gutiérrez Martínez, José Rubén Serrano Ramírez  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):92*

**INTRODUCCIÓN.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica de evolución crónica que afecta principalmente a mujeres adolescentes. La nefritis lúpica constituye una de las manifestaciones más graves, asociada a proteinuria masiva, insuficiencia renal y elevada morbilidad. Su diagnóstico y manejo temprano son fundamentales para preservar la función renal y reducir complicaciones.

**OBJETIVO.** Reportar el caso de una paciente adolescente con lupus eritematoso sistémico debutante y nefritis lúpica complicada con lesión renal aguda en estadio KDIGO III.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Adolescente femenina de 13 años, previamente sana, que inició con artralgias, máculas hiperpigmentadas en extremidades y síntomas gastrointestinales. Posteriormente presentó edema facial y de extremidades, ascitis y proteinuria en rango nefrótico. Los estudios de laboratorio mostraron anemia, hipoalbuminemia, hipocomplementemia, elevación de azoatos y proteinuria masiva (13 g/24h). La biopsia renal, modificada por tratamiento, evidenció nefritis lúpica clase II. Los anticuerpos

mostraron ANA 1:640 y anticuerpos antifosfolípidos positivos. Evolucionó

a lesión renal aguda KDIGO III con urgencia dialítica. Se inició manejo con esteroides intravenosos, pulsos de ciclofosfamida y cinco sesiones de plasmaféresis, además de soporte dialítico y antihipertensivo.

**DISCUSIÓN.** El LES pediátrico presenta mayor actividad clínica y daño orgánico temprano en comparación con los adultos. La nefritis lúpica es una de sus principales manifestaciones, con riesgo de progresión a enfermedad renal crónica. El hallazgo de proteinuria masiva, hipoalbuminemia, anemia y disfunción renal en este caso reforzó la sospecha diagnóstica. El manejo inmunosupresor intensivo con esteroides, ciclofosfamida y plasmaféresis permitió estabilizar el cuadro, aunque la paciente continúa con riesgo de evolución crónica.

**CONCLUSIÓN.** El LES con nefritis lúpica debe sospecharse en adolescentes con síndrome nefrótico atípico y manifestaciones sistémicas. El diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo multidisciplinario son esenciales para preservar la función renal y mejorar el pronóstico a largo plazo.

## 85 – GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA SECUNDARIA A GRANULOMATOSIS DE WEGENER: REPORTE DE UN CASO

Regina Guerrero Avitia, Aynee Yuridia Linares García, José Rubén Serrano Ramírez  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):93*

**INTRODUCCIÓN.** La glomerulonefritis aguda se manifiesta como un síndrome nefrítico de inicio con disminución de la filtración glomerular, oliguria, retención de sodio y agua, e insuficiencia renal. Pueden ser primarias o secundarias (infección o enfermedad autoinmunitaria). La biopsia renal resulta fundamental para el diagnóstico. El tratamiento se divide en fase de inducción con corticoides y ciclofosfamida y fase de mantenimiento con azatioprina o micofenolato.

**OBJETIVO.** Analizar características sindromáticas para llegar a un diagnóstico oportuno.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Femenino de 16 años, antecedentes de importancia negados. Inicia en agosto 2023 con tumoración en ojo derecho, con incremento progresivo, no dolorosa y visión borrosa; abril 2024 datos de sobrecarga hídrica: tos seca, náuseas y disnea de grandes esfuerzos, finalmente edema en miembros pélvicos y coluria. Inicia atención médica el día 11.04.25, donde se aborda con paraclínicos con hallazgos de: 11.04.2025. Urea 181.9, Cr 11.3, Au9.7, Na136, K 5.2, Cl 109,

Ca 6.7, P 8.5, Mg 1.9. Por incremento de azoados, edad y sexo se solicita perfil para enfermedad autoinmune. 15.04.2025. AntiDNAdc 4.8, ANCAS 1:16, Anti-La <3.3, Anti-Ro, anti PR-3 y anticardiolipinas negativos. C3 84.8, C4 17.5, IGA 101.7, IGG 927.7, IGM 97.1, ANCAS positivos: 1:160. 22.04.2025. Proteínas en orina de 41 mg/m<sup>2</sup>SC/h. Se brindó tratamiento con diálisis peritoneal; prednisona, Eritropoyetina, Ciclofosfamida, presentando mejoría de función renal y progresión a nivel ocular.

**DISCUSIÓN.** Las manifestaciones clínicas de granulomatosis de Wegener son diversas, siendo el daño renal distintivo, progresando a insuficiencia renal crónica, como mal pronóstico, en esta patología la alteración de la órbita es secundaria a extensión del proceso granulomatoso.

**CONCLUSIONES.** La sospecha clínica es importante para terapia temprana y adecuada, ya que este tipo de enfermedad puede generar secuelas cardíacas, neurológicas; las deformaciones nasales o asma en este caso no fueron presentadas, a pesar de presentarse hasta en un 60%.

## 86 – LITIASIS RENAL RECURRENTE SECUNDARIA A HIPERCALCIURIA DE ORIGEN PARATIROIDEO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Claudia Yadira Huitrón Acosta, Talía Alejandra Ponce Márquez,  
Georgina Guadalupe Sandoval Zavala

Hospital General ISSSTE Aguascalientes

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):94*

**INTRODUCCIÓN.** La litiasis renal tiene una prevalencia de 2-10 % en niños. La etiología más frecuente es por alteración metabólica (hipercalciuria), por lo que es fundamental realizar un abordaje integral, entre ellos la PTH, aunque es una causa poco común; su manejo es definitivo.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Masculino de 12 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, derivado a nefrología pediátrica por presencia de nefrolitiasis recurrente en 3 ocasiones de inicio en 2024.

Estudios iniciales de octubre 2024 Calcio 12.7; tomografía abdominal que concluye nefrolitiasis derecha, con calciuria 286mg/24hrs (5.7mg/kg) (VN: <4mg/kg) Presenta la siguiente evolución: noviembre 2024 Ca 11mg/dL, calciuria 148.2 mg/24hrs (2.96mg/kg), PTH 70.9 ng/mL. Junio 2025 Ca 12.9 mg/dL, Calciuria 304.6 (6.09 mg/kg), PTH 63.2 pg/mL.

Ultrasonido tiroideo febrero 2025 nódulo tiroideo derecho TIRADS 1. abril 2025 litotripsia renal, de cálculo mixto de fosfato de calcio y fosfato. Persistencia de litio renal en junio de 2025 en ultrasonido renal.

Gamagrama de paratiroides con TC99 MIBI 23/07/2025: Adenoma paratiroideo derecho; inicia protocolo con bifosfonato.

Paratiroidectomía el 21 de agosto de 2025 con controles posteriores el día 27/08/2025 posterior a aplicación de Ac Zolendróico, Ca 8, Calciuria 10.2 PTH 47pg/mL. Actualmente en tratamiento con calcio y calcitriol, permanece en vigilancia para abordaje de MEN 1 y riesgo de osteoporosis

**DISCUSIÓN.** La litiasis renal pediátrica se debe realizar abordaje desde el primer evento y así evitar recurrencia. Nuestro paciente presenta 3 eventos: con presencia de hipercalcemia por hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo dándose manejo definitivo resecándose; la administración de un calcimimético o bifosfonatos para disminuir resorción ósea y evitar el síndrome del hueso hambriento. Como parte del abordaje se solicitan exámenes para MEN 1 hasta el momento sin evidencia de estos

**CONCLUSIÓN.** Es importante investigar causas de litiasis para un diagnóstico para evitar recurrencia y mejorar la salud ósea.

## 87 – BRUCELOSIS, HEPATITIS Y FALLA RENAL AGUDA

Kadlyá Norely Leyva Larraga, Valeria Gómez Toscano

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):95*

### DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Femenino de 12 años de edad. Recibió varios antibióticos, incluyendo doxiciclina, por cuadro febril inespecífico de 4 meses previos. La paciente presentó también cuadro febril inespecífico 3 meses previos al inicio de su padecimiento actual, por lo que también se le indicó doxiciclina a dosis subóptima durante una semana. Inició su padecimiento 17 días previos a su ingreso con náusea y vómito de contenido gastroalimentario, dolor abdominal y fiebre controlada parcialmente con antipirético. Cuatro días después se agregó debilidad de miembros pélvicos con imposibilidad de mantener la bipedestación, además de tinte icterico. Un día después, coluria sin acolia, estreñimiento y fiebre progresiva y persistente hasta 40°C. Médico indicó ceftriaxona y naproxeno/paracetamol, sin mejoría de la sintomatología, por lo que fue enviada. A la exploración, pérdida de 4 kg de peso, icterica, deshidratada, con hepatomegalia dolorosa a 10 cm DBC. USG de hígado y vías biliares reportó hepatomegalia con datos sugerentes de proceso inflamatorio hepático agudo/edema de pared de vesícula biliar asociado a patología hepática.

Se documentó serología de hepatitis A negativa, hiperbilirrubinemia a expensas de directa, leve transaminasemia con patrón obstructivo, anemia, leucocitosis a expensas de neutrófilos, trombocitosis, hiponatremia, hipoalbuminemia, PCR 20 y procalcitonina 0.6.

Ecocardiograma con derrame pericárdico leve. Se sospechó Kawasaki atípico y se administró inmunoglobulina. Sin respuesta. Dentro del abordaje complementario se solicitó rosa de bengala, mismo que se reportó positivo, y se corroboró posteriormente con 2 mercaptoetanol. Inició tratamiento triple (en lugar de doble por la posibilidad de resistencia de *Brucella spp* por haber recibido previamente doxiciclina) con doxiciclina/rifampicina/gentamicina.

Sin embargo, dicha gentamicina fue suspendida por enfermedad renal aguda. Cursó además con proteinuria en rango nefrótico por lo que requirió prednisona dosis reducción. USG renal sin alteraciones. Completó tratamiento con doxiciclina y rifampicina por 6 semanas, con evolución favorable.

## 88 – GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA NO LÚPICA CON PATRÓN *FULL HOUSE*: REPORTE DE CASO PEDIÁTRICO

Adalia Sánchez Rodríguez, Gustavo Armando Medina Cano, Magdalena Medina Aguado,  
Ma. de Lourdes Sánchez Martínez, Heliodoro Coronado Pérez

Hospital de Especialidades Pediátrico de León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):96*

**INTRODUCCIÓN.** A nivel mundial, el síndrome nefrótico pediátrico presenta una incidencia de 1–3 casos por cada 100 000 niños al año. La glomerulopatía con patrón *full house*, caracterizada por depósitos de IgG, IgA, IgM, C3 y C1q, representa menos del 10 % de los hallazgos en biopsias renales y se reporta como hallazgo incidental. En México, la información es limitada; la mayoría de biopsias renales pediátricas corresponden a cambios mínimos, siendo los patrones membranosos o *full house* excepcionales.

**OBJETIVO.** Describir un caso pediátrico de glomerulopatía membranosa tipo *full house*, resaltando histopatología, relevancia diagnóstica, rareza y contexto epidemiológico mexicano.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Escolar femenina de 7 años, previamente sana, debutó con edema, proteinuria y hematuria, con sospecha inicial de síndrome nefrótico cortico resistente.

**Diagnóstico.** Serología negativa para VIH, hepatitis B, toxoplasmosis y rubéola, CMV IgG positivo. ANA, anti-DNA y anticardiolipinas negativos, C3 170 mg/dL, C4 31,5 mg/dL. Proteinuria de 500 mg/dL, índice proteína/creatinina 4.3. La biopsia

renal mostró glomerulopatía membranosa secundaria con patrón *full house*, sin fibrosis intersticial ni atrofia tubular. Inmunofluorescencia: depósitos IgG (3+), IgA (2+), kappa, lambda, C1q (1+) y C3c (1+) con patrón granular epimembranoso y mesangial, confirmando el diagnóstico.

**Tratamiento.** Dieta hiposódica con restricción hídrica; pulsos de metilprednisolona (30 mg/kg/día IV), ciclofosfamida (500–750 mg/m<sup>2</sup> IV cada 4 semanas por 6 meses) o (2 mg/kg/día VO durante 8–12 semanas), antieméticos y seguimiento multidisciplinario.

**DISCUSIÓN.** La glomerulopatía membranosa tipo *full house* pediátrica es rara y generalmente asociada a lupus; este caso no presentó evidencia autoinmune, demostrando la existencia de formas no lúpicas que requieren biopsia e inmunosupresión individualizada.

**CONCLUSIONES.** Los hallazgos destacan la necesidad de reconocer glomerulopatías *full house* no lúpicas en niños y aplicar manejo inmunosupresor oportuno, garantizando su control y preservación de la función renal.

## 89 – DIAGNÓSTICO Y MANEJO INMUNOMODULADOR EXITOSO EN UN CASO PEDIÁTRICO DE SÍNDROME DE LANDAU-KLEFFNER CON REGRESIÓN NEUROLÓGICA SEVERA

Irvin Alexander García López, Victoria Lizbeth López Ávila,  
Roberto Eloir Martínez Herrera

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):97*

**INTRODUCCIÓN:** El Síndrome de Landau-Kleffner (SLK) constituye una encefalopatía epiléptica infrecuente, caracterizada por afasia adquirida y actividad epileptiforme en electroencefalograma (EEG) que se activa durante el sueño. Su presentación simula trastornos neuropsiquiátricos con frecuencia retrasa el diagnóstico y tratamiento, impactando negativamente el pronóstico funcional.

**OBJETIVO:** Presentar el caso de un preescolar con regresión neurológica catastrófica secundaria a SLK, cuyo diagnóstico temprano y manejo con inmunomoduladores permitió recuperación neurológica completa.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 4 años, previamente sano, con padecimiento actual de 6 semanas de evolución caracterizado por regresión conductual progresiva, irritabilidad, pobre interacción con el medio, crisis epiléptica focal hemifacial derecha, afasia global adquirida, disfagia severa y pérdida completa de la marcha, sin fiebre. La exploración física reveló paciente afásico, apático, con pobre contacto ocular, cuadriparesia 4-/5 e hiperreflexia. Los auxiliares diagnósticos mostraron EEG con descargas epileptiformes temporales izquierdas que evolucionaron a generalizadas, no hay trazo encefalopático ni delta brush. La resonancia magnética cerebral, el líquido

cefalorraquídeo y el panel neuroinfeccioso fueron normales. Por epilepsia focal y afasia se diagnostica SLK, manejo inicial con oxcarbazepina resultó inefectivo. Se instauraron pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina intravenosa. Por bradicardia, se suspende la oxcarbazepina y se sustituye por levetiracetam. Evoluciona sin crisis y mejorando la interacción, pero aún afásico, con disfagia y sin deambulación independiente. A la cuarta semana del tratamiento presenta recuperación progresiva de la deglución, del lenguaje propositivo y de la marcha, seguimiento asintomático.

**DISCUSIÓN:** La presentación catastrófica con regresión multisistémica y respuesta exclusiva a inmunoterapia sustenta la hipótesis fisiopatogénica autoinmune del SLK, posicionándolo dentro del espectro de encefalitis inmunomediadas. La normalidad de estudios basales enfatiza el valor del EEG prolongado como pilar diagnóstico.

**CONCLUSIONES:** Este caso demuestra que el SLK representa una entidad tratable mediante inmunomodulación precoz. El reconocimiento inmediato del fenotipo clínico-electrográfico y la instauración agresiva de terapia inmunosupresora determinan la recuperación neurológica completa, incluso en presentaciones severas.

## 90 – CAVERNOMATOSIS CEREBRAL EN PEDIATRIA: REPORTE DE UN CASO

Kimberly Sabaim Serrano García, Aynee Yuridia Linares García

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):98*

**INTRODUCCIÓN.** La cavernomatosis cerebral es el segundo tipo más común de malformación vascular intracraneal con prevalencia de 0.17 a 0.9% en la población general. Cursan asintomáticas o con clínica neurológica sugestiva.

**OBJETIVO.** Describir las características clínicas y radiológicas de la patología en el paciente pediátrico.

**PRESENTACIÓN.** Femenino de 11 años, inicio agudo con cefalea, emesis, desorientación, disminución visual, desviación de la comisura labial, seguido de crisis convulsiva tónica generalizada de 1 minuto de duración. Durante su valoración presenta nuevo deterioro neurológico con estatus epiléptico requiriendo manejo avanzado de la vía aérea, tratamiento anticonvulsivo y apoyo vasopresor durante un día. TC (11/07/25): Pequeña lesión hiperdensa en lóbulo frontal izquierdo. Dan ventana neurológica con buena evolución y se completa abordaje con RMN (11/07/25): Imagen heterogénea, borde hipointenso e hiperintensidad central que realza con gadolinio en región frontal izquierda, además lesiones similares más pequeñas en región occipital ipsilateral relacionadas con

cavernomatosis. Candidata a manejo neuroquirúrgico con resección de cavernoma frontal izquierdo sin complicaciones. Tras buena evolución clínica, egresada a domicilio, actualmente en vigilancia.

**DISCUSIÓN.** Las malformaciones cavernosas cerebrales suelen diagnosticarse entre la segunda y cuarta décadas de la vida; sin embargo 35% se presentan en niños, cursando asintomáticas con hallazgo incidental, o manifestando déficits neurológicos focales, hemorragias y convulsiones asociadas. La mayoría son esporádicas con lesiones únicas, otras son autosómicas dominantes familiares con lesiones múltiples. La resonancia magnética, técnica diagnóstica de elección, cuenta con sensibilidad y especificidad casi del 100% para la detección de cavernomas. Lesiones con apariencia característica de “palomita de maíz”, consistentes en espacios vasculares con poco tejido intermedio y hemorragias de diferentes estadios.

**CONCLUSIONES.** En esta ocasión con sintomatología, candidata a tratamiento quirúrgico con buena evolución; sin embargo, mostró otras lesiones inaccesibles quirúrgicamente, se les brindará radioterapia.

## 91 – ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA: REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO

María Fernanda Plancarte Ariza, J. Jesús Vázquez Briseño

Hospital Regional del Alta Especialidad del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):99*

**INTRODUCCIÓN.** La encefalomielitis aguda diseminada (ADEM) es un trastorno desmielinizante inflamatorio del sistema nervioso central, generalmente de origen postinfeccioso o postvacunal. Se caracteriza por síntomas neurológicos multifocales de inicio agudo. Entre las manifestaciones clínicas se incluyen alteraciones en la marcha o la consciencia, síntomas cerebelosos, convulsiones, disminución de la fuerza, cefalea y fiebre.

**OBJETIVO.** Reportar un caso de ADEM con presentación atípica, resaltando la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno

**DESCRIPCIÓN.** Paciente de 5 años que inició con astenia, adinamia y mialgias en extremidades, posteriormente presentó hipertermia no cuantificada y crisis tónica generalizada con versión cefálica y ocular, cianosis peribucal y sialorrea en 2 ocasiones; se inició levetiracetam y valproato de magnesio, tras suspender el tratamiento, presentó estatus epiléptico de 2 horas. La TAC cerebral sin alteraciones. Persiste con fiebre intermitente, debilidad generalizada y somnolencia 1 mes.

- LCR: Leucocitos 13/ $\mu$ L (73% PMN), glucosa 52 mg/dL, VDRL, Pandy, BAAR y Gram negativos.

- FilmArray: H. influenzae positivo (cultivo contaminado).

- EEG: Sin actividad epileptiforme.

- RMN cerebral: Lesiones difusas en bulbo, pedúnculos cerebelosos y tálamos bilaterales. Sin predilección por sustancia gris/blanca.

- Potenciales evocados: Déficit conductivo central en las cuatro extremidades.

- Inmunología (LCR): Anti-MOG, anti-NMDA, anti-AQP4 y anti-PBM negativos. IgG 1070, IgM 79.

**Tratamiento**

- Ceftriaxona 100 mg/kg/día 14 días

- Inmunoglobulina IV 2 g/kg

- Bolos de metilprednisolona

**DISCUSIÓN.** La ADEM puede presentarse con hallazgos atípicos en imagen y LCR. El diagnóstico debe sustentarse en la clínica y exclusión de otras causas, priorizando el tratamiento temprano

**CONCLUSIÓN.** Caso clínico compatible con ADEM, con manifestaciones neurológicas y curso febril prolongado. A pesar de no contar con hallazgos típicos en RMN, presentó evolución favorable tras tratamiento inmunomodulador. Se destaca la importancia de considerar ADEM ante cuadros neurológicos agudos multifocales, incluso sin imagenología característica.

## 92 – EPILEPSIA REFRACTARIA EN LACTANTE ASOCIADA A MUTACIÓN EN EL GEN TBC1D24: REPORTE DE CASO CLÍNICO

Alexa Fernández Triana, Braulio Iván González Valenzuela,  
Alexis Rodrigo García Ramírez, Erika Elizabeth Moreno Jaramillo, Laura Flores García  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

Universidad de Guanajuato, Departamento de Medicina y Nutrición  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):100*

**INTRODUCCIÓN.** Las epilepsias de inicio temprano constituyen un desafío clínico y terapéutico por su elevada refractariedad y por la frecuente asociación con causas genéticas subyacentes. Este caso destaca por la rara mutación en TBC1d24, también presente en la abuela, confirmando su carácter hereditario.

**OBJETIVO.** Presentar el caso de un lactante con epilepsia refractaria, en quien se documentó una mutación patogénica en TBC1d24.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Lactante masculino de 5 meses, con antecedente familiar de epilepsia neonatal en la abuela materna, presentó crisis convulsivas desde los 20 días de vida, progresivas y refractarias a múltiples anticonvulsivos. Ingresó por crisis mioclónicas y oculares prolongadas, desarrollando durante la hospitalización múltiples crisis tónico-clónicas. Requirió reimpregnación con valproato de magnesio y ajuste del esquema anticonvulsivo a:

- Levetiracetam: 2 ml cada 12h (61 mg/kg/día)
- Valproato de magnesio: 140 mg VO cada 8h (60 mg/kg/día)

- Clonazepam: 1 gota VO cada 8h

Tras el ajuste del tratamiento, permaneció 72 horas sin crisis y fue dado de alta. El panel genético confirmó una variante patogénica en TBC1d24, también presente en la abuela, evidenciando herencia autosómica dominante.

**DISCUSIÓN.** Se trata de una encefalopatía epiléptica genética de inicio precoz, asociada a una variante rara en TBC1d24. El caso resalta la importancia del estudio genético en epilepsias refractarias, tanto para el abordaje clínico como para la consejería familiar. La detección de la misma mutación en dos generaciones consecutivas apoya un patrón de herencia autosómico dominante, en contraste con otras variantes previamente descritas con herencia recesiva.

**CONCLUSIÓN.** Este caso resalta la importancia de considerar causas genéticas en epilepsias refractarias de inicio temprano, y muestra que las mutaciones en TBC1d24 influyen en el manejo terapéutico y la consejería familiar, evidenciando la variabilidad de sus patrones de herencia.

## 93 – DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE: HISTORIA FAMILIAR DE DOS CASOS

Alicia Araceli Sánchez Luna, Rocío Elvira Fortanelli Rodríguez

HGZ No. 1 IMSS Zacatecas

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):101*

**INTRODUCCIÓN:** La distrofia muscular de Duchenne (DMD) es un trastorno recesivo ligado al cromosoma X causado por una síntesis deficiente o defectuosa de la proteína distrofina. Con una prevalencia mundial de 0.5 x cada 10,000 varones.

**DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS:** Dos hermanos varones, Paciente A de 7 años 9 meses de edad y el B de 3 años 7 meses de edad, originarios y residentes de Guadalupe, Zac., antecedentes de dos tías abuelas paternas con distrofia muscular no especificada, ambos padres sanos de 35 años de edad, sin consanguinidad. En enero de 2025 se les aplicó el refuerzo de vacuna contra la influenza en Estados Unidos y posterior a ello presentan un cuadro respiratorio, con exantema en cara, dolor articular, de 4 días de evolución. Se agrega debilidad muscular de predominio en extremidades inferiores, con recuperación de forma espontánea, reincorporándose a sus actividades cotidianas. El mismo cuadro ocurrió con el hermano menor, pero en forma más agresiva, remisión espontánea. Se manejó en forma

sintomática como una miositis viral. Antecedente en el paciente A de debilidad progresiva, con dificultad para subir al autobús y correr desde septiembre de 2024, con diagnóstico inicial de pie plano. Ante la persistencia de debilidad progresiva, se realiza protocolo de estudio al paciente A, solicitando CPK reportada en 11,352, estudio de electromiografía anormal indicativo de miopatía. A la exploración, hiperlordosis de columna lumbar, marcha de pato, maniobra de Gowers al levantarse, pseudohipertrofia de gemelos. Paciente B asintomático solo con pseudohipertrofia de gemelos. Actualmente en manejo multidisciplinario por genética, rehabilitación y neurología pediátrica.

**DISCUSIÓN:** La infección viral genera estrés oxidativo e inflamación muscular, lo que puede acelerar la degeneración de fibras musculares, infecciones como influenza, adenovirus, incluso COVID-19 acelera la aparición de síntomas al aumentar el daño muscular en un tejido ya genéticamente vulnerable. Situación que ocurrió en estos pacientes.

## 94 – DISTROGLICANOPATÍA TIPO 5B: PRESENTACIÓN CLÍNICA, HALLAZGOS GENÉTICOS Y CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

Andrea Sofía Soto Macedo, Elizabeth Otero Chamorro, J. Jesús Vázquez Briseño,  
Mónica Irad Norméndez Martínez

Hospital Regional ISSSTE León

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):102*

**INTRODUCCIÓN:** Las distroglicanopatías son un grupo genéticamente heterogéneo de enfermedades de herencia autosómica recesiva que afectan principalmente al sistema nervioso central y muscular.

**OBJETIVO:** Evidenciar la relevancia del diagnóstico clínico y molecular en un caso pediátrico de distroglicanopatía tipo 5B por mutación en FKRP.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 2 años con retraso del neurodesarrollo, hipoactividad desde los 3 meses y escasa respuesta a rehabilitación, diagnosticado con hipotonía congénita. La RMN de cráneo fue normal. En la exploración se observó braquicefalia, hiperlaxitud articular distal (Beighton 4/9), restricción a la extensión de rodillas, hipotonía con ausencia de sostén cefálico completo en sedestación y reflejos posturales de protección. Laboratorios: CPK 3807 U/L y DHL 890. Se inició manejo con deflazacort y vitaminas. EMG y VCN mostraron alteraciones compatibles con miopatía. El panel

molecular por NGS identificó variante patogénica homocigota en el gen FKRP, confirmando distrofia muscular congénita tipo 5B, autosómica recesiva.

**DISCUSIÓN:** Las mutaciones en FKRP producen un amplio espectro clínico, desde distrofia muscular congénita hasta formas leves de distrofia con inicio en la adultez. La reducción de distroglicano glicosilado en músculo es característica de los trastornos relacionados con FKRP y de otras distrofias congénitas.

**CONCLUSIÓN:** Es crucial considerar las distroglicanopatías en el diagnóstico diferencial de pacientes pediátricos con hipotonía congénita y retraso del neurodesarrollo. La confirmación molecular en FKRP permitió establecer el diagnóstico definitivo de distrofia muscular congénita tipo 5B, subrayando la importancia del abordaje multidisciplinario y del diagnóstico genético temprano para orientar pronóstico, optimizar manejo y ofrecer asesoramiento genético adecuado a la familia.

## 95 – TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA COMO CAUSA DEL DETERIORO AGUDO DEL ESTADO NEUROLÓGICO EN PACIENTE PREESCOLAR

Miriam Alejandra García Mariscal, Juan Carlos Bustos Fonseca,  
Dianey Jacqueline Maldonado Ontiveros

Hospital Civil Dr. Antonio González Guevara, Tepic, Nayarit  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):103*

**INTRODUCCIÓN:** Las series basadas en autopsias mostraron que la prevalencia de las Malformaciones Arteriovenosas (MAV) se estima entre el 0,06 y el 0,11 %. Se consideran la anomalía más frecuente de la circulación intracraneal en la infancia, y son la causa más común de hemorragia intraparenquimatosa espontánea en niños.

**PRESENTACIÓN DE CASO:** Paciente masculino de 4 años de edad, sin antecedentes de importancia. Sufre caída de silla, presentando contusión frontal con deterioro progresivo del habla. Acuden a urgencias a las 24 horas del accidente, en TAC de cráneo se observa hemorragia intraparenquimatosa difusa de predominio frontal izquierdo, ingresando a cuidados intensivos, donde presenta deterioro neurológico y crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas. Ingresa al quirófano a los 30 minutos, donde se realiza craniectomía descompresiva y lobectomía parcial izquierda. Permanece 7 días en fase III de ventilación.

**Estudios paraclínicos:** a su ingreso. Hb 11.2, Hto 33.5, Pla<sub>q</sub> 303, TP 12.4, TPT 19.7, INR 1.04, Cr 0.36, Alb 4.92 Na 142 K 4.11, Cl 107.5, Ca 9.94, P 5.02, Mg 2.45

**Evolución:** Presenta mala evolución por infecciones asociadas a cuidados de la salud por neumonía por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, fungemia por *Candida tropicalis* y desnutrición severa, presentando falla orgánica múltiple.

**DISCUSIÓN:** Las MAV en la población pediátrica son poco frecuentes, presentando una mayor tasa de ruptura que en adultos debido a que la mayoría de las MAV pediátricas solo se detectan después de la ruptura siendo los accidentes y traumatismos más prevalentes en edad pediátrica. Por lo que se resalta la importancia de identificar posibles MAV en pacientes con TCE leve y datos de alarma de manera oportuna y urgente.

## 96 – SÍNDROME KINSBOURNE: REPORTE DE CASO

Angélica Abigail Sánchez Segundo, Claudia Janette Moreno Orozco,  
Itzel Isabel Trejo Reyes, Bianca Valeria Soto García, Ana Yazmin Reyes Castillo,  
Oriana Itzel Sánchez Rodríguez, Dulce Cinthia Soriano Hernández

Hospital General de Zona 35 Cuautlancingo, Puebla

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):104*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Kinsbourne es un trastorno neurológico poco común, caracterizado por movimientos oculares anormales, mioclonía y ataxia. Puede ser de origen paraneoplásico (relacionado con neuroblastomas) o postinfeccioso. El tratamiento incluye inmunosupresores e inmunomoduladores. El diagnóstico temprano es clave para evitar complicaciones y facilitar el desarrollo infantil.

**OBJETIVO.** Describir caso clínico de Síndrome Kinsbourne postinfeccioso con respuesta favorable a tratamiento dirigido.

**CASO CLÍNICO.** Paciente masculino de 1 año 10 meses, previamente sano, con cuadro clínico de dos meses de evolución. Inicia en agosto 2024 con fiebre no cuantificada y síntomas respiratorios, automedicado con paracetamol. Posteriormente presenta hiporexia, alteraciones del sueño (dormía solo 30 minutos al día) e irritabilidad persistente durante 15 días. En octubre, se agrega ataxia progresiva con pérdida de la marcha y sedestación. Evoluciona con nistagmo, bruxismo y agitación psicomotriz, por lo que es hospitalizado en el HGZ 35. Se realizan estudios de extensión, incluyendo biometría

con leucocitosis a expensas de linfocitosis, TAC de cráneo, EEG y análisis de LCR, todos sin alteraciones relevantes. Valoración por neurología pediátrica concluye diagnóstico de síndrome de Kinsbourne, por lo que se inicia manejo con inmunoglobulina intravenosa y esteroides. Se realiza rastreo tumoral con TAC contrastada de tórax y abdomen, sin evidenciar lesiones ocupantes, descartando etiología neoplásica. El paciente muestra buena respuesta al tratamiento. Actualmente continúa en seguimiento por neurología y rehabilitación, sin opsoclono, mioclonías ni ataxia, con marcha recuperada.

**DISCUSIÓN.** El síndrome de Kinsbourne es raro y puede confundirse con otras entidades neurológicas. En este caso, la ausencia de neoplasia respalda un origen postinfeccioso. La respuesta favorable a inmunoglobulina y esteroides refuerza hipótesis inmune.

**CONCLUSIÓN.** El síndrome de Kinsbourne debe sospecharse en lactantes con opsoclono, mioclonías y ataxia. El diagnóstico y manejo temprano permiten una recuperación funcional adecuada, como en este caso, con evolución favorable.

## 97 – ENCEFALITIS AUTOINMUNE ASOCIADA A PROTEÍNA 6 DIPEPTIDIL POSITIVA: UN CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO INUSUAL

Andrea Sofía Soto Macedo, Jesús Vázquez Briseño, Edgar Martínez Guzmán

Hospital Regional ISSSTE León

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):105*

**INTRODUCCIÓN:** La encefalitis asociada a anticuerpos anti-DPPX se caracteriza por disfunción cognitiva, manifestaciones neuropsiquiátricas y hiperexcitabilidad del sistema nervioso central, que se presentan de forma previa a un cuadro prodrómico de pérdida de peso y diarrea. Adicionalmente, no se ha esclarecido si la encefalitis anti-DPPX está vinculada a procesos autoinmunitarios postinfecciosos o si se asemeja a un trastorno paraneoplásico, debido a la escasez de casos reportados. El diagnóstico temprano de posibles neoplasias subyacentes podría mejorar las tasas de supervivencia en estos pacientes. La encefalitis anti-DPPX se considera generalmente sensible a la inmunoterapia, según los casos documentados. El tratamiento de primera línea habitualmente incluye el uso de corticosteroides, inmunoglobulinas intravenosas y plasmaféresis. La encefalitis anti-proteína similar a dipeptidil-peptidasa 6 (DPPX) es una forma rara de encefalitis autoinmunitaria.

**OBJETIVO:** Identificar de manera oportuna dado que la ausencia de hallazgos típicos de imagen y neurofisiológicos dificulta el diagnóstico temprano.

**CASO:** Paciente de 4 años que presenta inicio abrupto de síntomas, comenzando con indiferencia al medio,

mirada perdida, sin respuesta a estímulos y 10 episodios de vómito. Acude a urgencias, donde presenta crisis epilépticas tónicas, clónicas y generalizadas. Se observa regresión del neurodesarrollo, por lo que se decide intubación. La evolución es tórpida y en la RMN de cráneo, se detecta hiperintensidad hipocampal bilateral. Se solicita muestra de LCR, con resultado positivo para anticuerpos anti-proteína 6-dipeptidil, confirmando encefalitis autoinmune. Se inicia manejo con inmunoglobulina intravenosa.

**DISCUSIÓN:** Esta encefalitis, causa disfunción cognitiva, síntomas neuropsiquiátricos e hiperexcitabilidad del sistema nervioso central. Su expresión en el hipocampo, cerebelo, estriado, riñón y plexo mientérico explica las características clínicas multifocales de la autoinmunidad contra DPPX.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de encefalitis anti-DPPX se basa en la presencia de anticuerpos contra DPPX en LCR. Los subtipos de encefalitis autoinmunitaria mediada por anticuerpos contra GABA-B, AMPAR, GABA-A, DPPX estas representan causas poco comunes de encefalitis mediada por anticuerpos, por lo que se beneficiarán de un mayor reconocimiento y una disponibilidad más amplia en las pruebas de anticuerpos.

## 98 – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ ATÍPICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO EN ESTUDIO: CASO CLÍNICO

María Regina Soto Domínguez, Diana Berenice García Gómez,  
Gloria Patricia Sosa Bustamante, Alma Patricia González, Carlos Paque Bautista,  
Gustavo Joaquín Cruz Ruelas, Roberto Eloir Martínez Herrera  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):106*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Guillain-Barré (SGB) constituye la causa más frecuente de parálisis flácida aguda a nivel mundial. Su presentación más habitual incluye debilidad progresiva de predominio distal en extremidades inferiores, hiporreflexia y dolor neuropático, aunque se han descrito formas atípicas de presentación.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente femenina de 12 años con antecedentes psiquiátricos de tics fonatorios, tos crónica inespecífica y disfagia, todos con estudios normales y resolución espontánea un año previo al ingreso. Ocho semanas previas a la atención presentó imposibilidad para deambular, disminución de fuerza generalizada, artralgias en codos y rodillas e hiperalgesia cutánea difusa. Ingresó a urgencias por dolor abdominal, vómito, fiebre y debilidad muscular. A la exploración se identificó cuadriparesia flácida (1/5) y alodinia. Los estudios serológicos y de imagen descartaron patología reumática, cerebral y de unión neuromuscular. Debido a la intensidad del dolor y la escasa cooperación, se diferió punción lumbar y electromiografía durante esa hospitalización. Se inició tratamiento

con inmunoglobulina intravenosa y bolos de metilprednisolona ante la sospecha de polirradiculoneuropatía, con mejoría parcial de fuerza en tronco y extremidades. Un mes después se otorgó egreso hospitalario. En el seguimiento, once semanas posteriores al tratamiento, la paciente mostró mejoría de fuerza (3/5) con persistencia de alodinia. La electromiografía evidenció polineuropatía axonal motora y la punción lumbar mostró parámetros normales, confirmandose síndrome de Guillain-Barré, variante axonal motora (AMAN), en fase convaleciente.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** El Síndrome de Guillain Barré del presente caso se consideró atípico debido a que, la debilidad muscular no fue ascendente progresivo, como lo esperado, ni se documentó dificultad respiratoria, destacando como síntoma principal la presencia de alodinia. Las formas axonales del SGB representan una proporción menor, pero con evolución más grave. Lo que subraya la necesidad de considerar variantes atípicas del SGB en pacientes para orientar oportunamente el diagnóstico y tratamiento.

## 99 – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ, MANEJO CON RECAMBIOS PLASMÁTICOS: REPORTE DE CASO

Jessica Paola Plascencia Roldán, J. Jesús Vázquez Briseño, Nayeli Esquitin Garduño

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío IMSS BIENESTAR

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):107*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Guillain-Barré es una neuropatía autoinmune que afecta el sistema nervioso periférico. Aunque suele responder a inmunoglobulina intravenosa, un pequeño porcentaje de casos puede requerir otras líneas de tratamiento como recambio plasmático.

**OBJETIVO.** Reportar un caso pediátrico de Guillain-Barré tratado exitosamente con recambio plasmático y destacar la utilidad de esta alternativa terapéutica.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

**Padecimiento actual:** Paciente masculino de 6 años, quien como único antecedente cuenta con aplicación de vacuna SRP, dos semanas después desarrolla debilidad progresiva, simétrica y ascendente, con parálisis flácida en las cuatro extremidades y arreflexia. Inicia tratamiento con inmunoglobulina sin mejoría, por lo que es referido al HRAEB para manejo con terapia de segunda línea.

**Exploración física:** Funciones mentales superiores acordes a la edad. Pares craneales normales. Parálisis flácida en las cuatro extremidades (fuerza 0/5), arreflexia

generalizada. Reflejo braquioradial izquierdo +, imposibilidad para la marcha. Dolor a la flexión pasiva del cuello y extremidades inferiores.

Velocidad de neuroconducción con polirradiculoneuropatía motora pura de tipo axonal severa, con bloqueo completo de la conducción de las 4 extremidades. Líquido cefalorraquídeo con disociación albúmino-citológica.

**Tratamiento:** Inmunoglobulina 2 g/kg en su hospital sin mejoría. Se realizan 5 sesiones de recambios plasmáticos con reposición 1:1, 1000 ml de solución salina al 0.9% aforados con 4 frascos de albúmina al 25%.

**Desenlace:** El paciente comenzó con la recuperación de su fuerza en las extremidades.

**DISCUSIÓN:** Los recambios plasmáticos se asocian con recuperación de funciones neurológicas, con resultados positivos y déficits residuales mínimos, por lo que debe considerarse como alternativa terapéutica en pediátricos.

**CONCLUSIONES:** Los recambios plasmáticos son una opción efectiva, que se asocia con buenos resultados y debería considerarse como una alternativa terapéutica.

## 100 – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ SECUNDARIO A INFECCIÓN POR INFLUENZA TIPO B

Exal Uriel Juárez López, Dorly Brigitte Velázquez Gómez,  
María Guadalupe Oliva Martínez

Hospital General ISSSTE Dr. Belisario Domínguez. Chiapas  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):108*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome de Guillain-Barré, neuropatía inmunitaria postinfecciosa poco frecuente pero grave en la edad pediátrica, caracterizada por la destrucción autoinmune de nervios periféricos, la cual se presenta de manera ascendente y progresiva que va desde parestesia, hipoestesia y paresia hasta la complicación más grave, insuficiencia respiratoria.

**OBJETIVO:** describir el caso de un paciente de 8 años, el diagnóstico precoz y oportuno para el inicio del tratamiento con inmunoglobulina.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Escolar masculino de 8 años, quien inicio padecimiento 22.12.24 con fiebre de 38oc, persistente, rinorrea hialina, tratada con aines. Para el 25.12.25 diaforesis, en miembros inferiores bilaterales hipoestesias, parestesias y paresias limitándose a rodillas. Exploración física con fuerza muscular: en extremidades superiores 5/5 proximal y distal, en las inferiores tanto proximales y distales 4/5, no vencen resistencia, pero si gravedad, rems bicipital, tricipital, radial conservados, en las extremidades inferiores patelar y rotuliano ausentes.

Panel viral respiratorio: influenza tipo B.

Electromiografía: datos de polirradiculoneuropatía motora, asimétrica aguda tipo axonal, con datos de denervación aguda, sin datos de reinervación, con bloqueo de la conducción motora leve a moderado.

Tratamiento: infusión de inmunoglobulina humana, 2 gr por kg peso, repartido en 5 dosis cada 24 horas. Fue egresado al finalizar el tratamiento, recuperando fuerza muscular, con deambulaci3n asistida.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN:** a su ingreso, aumento de CK séricas, por lo que se realizó diagnóstico diferencial con alguna miopatía inflamatoria juvenil (polimiositis o dermatomiositis), sin embargo, no presentó pápulas de Gottron, rash cutáneo, calcinosis, disfagia u odinofagia, por lo que clínicamente se descartó. Cabe mencionar que el síndrome de Guillain Barre tipo motor se ha descrito aumento de CK por afección directa a nódulos de Ranvier y algunos miocitos, constituyendo en ocasiones su difícil diagnóstico.

## 101 – ESPASMOS EPILÉPTICOS EN LACTANTE SECUNDARIOS A COMPLEJO DE ESCLEROSIS TUBEROSA: REPORTE DE CASO

Lisandra Soto Saldaña, Ana Sarai Zavala Alcocer, Guillermo Abel Piña Gutiérrez

Hospital Regional ISSSTE León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):109*

**INTRODUCCIÓN.** La esclerosis tuberosa (ET) es una enfermedad genética rara, de herencia autosómica dominante, originada por mutaciones en los genes TSC1 y TSC2, responsables de la regulación de la vía mTOR. Se caracteriza por la formación de hamartomas en diversos órganos, afectando con mayor frecuencia cerebro, piel, riñones, corazón, pulmones y ojos. La expresión clínica es altamente variable, lo que dificulta un diagnóstico temprano. Sin tratamiento oportuno, puede condicionar discapacidad intelectual, crisis epilépticas refractarias y complicaciones multiorgánicas que afectan la calidad y expectativa de vida.

**OBJETIVO.** Resumir las principales características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la esclerosis tuberosa, destacando la importancia de su abordaje integral y multidisciplinario.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** lactante de 6 meses de edad desde el nacimiento ha presentado movimientos anormales de manera intermitente que desaparecen y posterior a algunos días vuelven a aparecer, con desviación de la mira a la derecha sin pérdida del control de esfínteres, sin predominio de horario de 2 a tres episodios por día que

desaparecen, exploración física sin alteraciones.

**Diagnóstico:** Se establece mediante criterios clínicos internacionales, que incluyen hallazgos mayores y menores. Las herramientas complementarias son resonancia magnética cerebral, ultrasonido renal, ecocardiograma y oftalmoscopia. Las pruebas genéticas confirman mutaciones en TSC1/TSC2, permitiendo diagnóstico temprano en familiares de riesgo.

**Tratamiento.** No existe cura definitiva. El manejo incluye control de crisis epilépticas con vigabatrina y otros antiepilépticos. Los inhibidores de mTOR (everolimus, sirolimus) han demostrado eficacia para reducir tumores cerebrales y renales. Se requiere seguimiento multidisciplinario con apoyo en rehabilitación, terapias de estimulación y control de complicaciones.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** La esclerosis tuberosa es un síndrome multisistémico de evolución crónica. El diagnóstico precoz y el acceso a terapias dirigidas, especialmente los inhibidores de mTOR, han mejorado significativamente el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes.

## 102 – NEUROFIBROMA PLEXIFORME INTRAABDOMINAL EN PACIENTE PEDIÁTRICA CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1, TRATAMIENTO CON SELUMETINIB

Leslie Daniela Ángel Guerrero, Karina Senyase Zamarripa Martínez, José Fidel Delgado  
Madruga, Mónica Irad Núñez Martínez, Jesús Eduardo Rodríguez González

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):110*

**INTRODUCCIÓN:** La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es un trastorno autosómico dominante por mutaciones en el gen NF1, que ocasiona pérdida de neurofibromina, desregulación de la vía Ras y proliferación celular. Presenta manifestaciones multisistémicas con alta morbilidad: manchas café con leche, nódulos de Lisch, alteraciones neurocognitivas y tumores del sistema nervioso. Los neurofibromas plexiformes, presentes en 50 %, son benignos pero invasivos y difíciles de resecar. Se diagnostican por resonancia magnética y se tratan con cirugía o terapias dirigidas.

**OBJETIVO:** Exponer la evolución clínica y terapéutica de pacientes con NF1 y neurofibroma plexiforme intraabdominal, resaltando diagnóstico oportuno y acceso temprano a terapia dirigida.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 9 años con neurofibromatosis tipo 1 y neurofibroma plexiforme diagnosticado a los 4 años. Desde 2023 presentó crecimiento progresivo de masa pélvico-abdominal con dolor leve, náusea ocasional e incontinencia fecal esporádica. Perdió seguimiento en 2024, retrasando inicio terapéutico. A la exploración: neurológicamente

íntegra, múltiples manchas café con leche y masa abdominal fija y dolorosa. RMN y TAC evidenciaron lesión extensa desde vulva a retroperitoneo, con invasión de vejiga, recto, útero, estructuras vasculares y sacro. Se inició selumetinib oral 20 mg cada 12 horas, reservando cirugía paliativa ante falla terapéutica. Evoluciona estable con seguimiento multidisciplinario.

**DISCUSIÓN:** Los neurofibromas plexiformes, aunque benignos, son localmente invasivos y con alta morbilidad, afectando múltiples estructuras. El selumetinib, inhibidor de MEK, reduce el volumen tumoral y mejora función y calidad de vida; sin embargo, el inicio tardío del tratamiento limita la respuesta y puede condicionar intervenciones quirúrgicas paliativas, especialmente en contextos de alta morbilidad y expectativa limitada de resolución quirúrgica curativa.

**CONCLUSIONES:** Este caso evidencia la relevancia del manejo multidisciplinario, el manejo oportuno y la integración de cuidados paliativos en pacientes con neurofibroma plexiforme avanzado, priorizando la calidad de vida y la prevención de complicaciones.

## 103 – TERATOMA GÁSTRICO CONGÉNITO INMADURO EN UN LACTANTE: CASO CLÍNICO

Fernanda Jazmín Rodríguez Ramírez, Márquez Zapata Myriam Guadalupe, Mendoza Zepeda Irving Alejandro, Sosa Bustamante Gloria Patricia, González Alma Patricia, Paque Bautista Carlos, López Cisneros Rodrigo, Murguía Pérez Mario, Godínez Eduardo Agustín

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío, Universidad de Guanajuato,

Hospital Christus Muguerza Altagracia, Hospital Médica Campestre

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):111*

**INTRODUCCIÓN.** Los teratomas gástricos primarios son neoplasias embrionarias extremadamente raras, representan menos del 1% de todos los teratomas en niños y la gran mayoría de los casos reportados son teratomas histológicamente maduros. La mortalidad postoperatoria inmediata alcanza el 23%.

**OBJETIVO.** Describir un caso clínico infrecuente de teratoma gástrico congénito en un lactante.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Lactante de 4 meses, inicia su padecimiento con cuadro de vías respiratorias superiores de repetición, ataque al estado general y aumento de la circunferencia abdominal progresivo, acompañado de reflujo gastroesofágico, intolerancia a la vía oral y evacuaciones disminuidas en consistencia, con coloración oscura. Cursó con síndrome consuntivo y anémico severo que requirió de transfusión en tres ocasiones. Se cuantificó alfafetoproteína con aumento progresivo hasta 2773 ng/mL. La tomografía mostró un tumor abdominal con heterogeneidad de densidades. Se realizó biopsia con hallazgos de escasas células

epiteliales con presencia de plasmocitos y linfocitos en fondo proteico. Se realizó resección tumoral total, el estudio histopatológico reportó teratoma inmaduro grado 1 según la clasificación de la OMS, de 21 × 18 × 10.7 cm, sin invasión linfática, perineural ni linfovascular. Al egreso con mejoría clínica. Inició posteriormente quimioterapia con régimen PEB (cisplatino, etopósido y bleomicina). A los dos años de seguimiento postoperatorio sin recurrencia tumoral. Se mantuvo tamizaje con endoscopia y marcadores negativos.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** La detección prenatal de los teratomas congénitos constituye un papel fundamental, sin embargo, es frecuente que se diagnostiquen en la etapa postnatal. El tratamiento definitivo consiste en resección total, no obstante, la quimioterapia adyuvante se asume en casos seleccionados como lo es un tumor de componente inmaduro. El seguimiento es relevante para el pronóstico; la supervivencia es de 95% en los casos sin recaída y de 64.8% en pacientes con recaída.

## 104 – EVALUACIÓN INTEGRAL DE UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA TRONCO ARTERIOSO COMÚN TIPO II. REPORTE DE CASO

Razo García Sofía Margarita, Gámez Acosta María Fernanda, Cecilia Martínez Morales

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):112*

**INTRODUCCIÓN:** El tronco arterioso común es una malformación congénita en la que nace una sola arteria del corazón, cabalgada sobre el septum interventricular, dando origen a las arterias coronarias, arterias pulmonares y aorta ascendente. Incidencia 0.21-0.34%.

**OBJETIVO:** reporte de caso de paciente con cardiopatía congénita y abordaje multidisciplinario.

**Padecimiento:** Diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita, corroborada a nacimiento, así como síndrome dismórfico.

**Exploración física:** pupilas isocóricas normorreflécticas hiperreflexia global, frente amplia prominente, ausencia de cabello, fisuras palpebrales cortas, puente nasal deprimido, nariz corta, micrognatia, cuello corto, pliegue nuchal, soplo sistólico grado III, polidactilia postaxial, bilateral, pie equino bilateral.

**Auxiliares:** Ecocardiograma: Tronco arterioso común tipo II. RMN cráneo: Agenesia de cuerpo calloso, dilatación de ambos ventrículos laterales, colpocefalia y quiste aracnoideo de fosa posterior.

**Tratamiento:** sesión médico-quirúrgica con evaluación integral con

cardiología, cardiocirugía y neurología. Mantener saturación 75-85%, más altas empeoran hiperflujo pulmonar, aumente por la disminución fisiológica en las resistencias vasculares pulmonares y presentar aumento de secreciones, dificultad respiratoria, datos de hiperflujo pulmonar. Se ofrece procedimiento quirúrgico al contar con un peso de 6 kg.

**Desenlace;** al momento de la sesión contaba con peso de 3320 gr, sin lograr alcanzar el peso, se agrega proceso infeccioso y muere por múltiples complicaciones.

**DISCUSIÓN:** paciente con diagnóstico prenatal de Tronco Arterioso común tipo II, con síndrome dismórfico y múltiples malformaciones cerebrales, con un pronóstico malo por cardiopatía de base y en las áreas del neurodesarrollo.

**CONCLUSIONES:** esta patología tiene un reporte de 50% de mortalidad durante el primer mes de vida, siendo la supervivencia al primer año de vida del 10-25%. La gran mayoría de pacientes que sobreviven por encima del año de vida padecen una grave enfermedad vascular pulmonar, muchas veces de carácter irreversible.

## 105 – FALLA EN TAMIZ CARDIOLÓGICO: VENTRÍCULO IZQUIERDO HIPOPLÁSICO

Gámez Acosta María Fernanda, Razo García Sofía Margarita

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):113*

**INTRODUCCIÓN:** Las cardiopatías congénitas afectan aproximadamente a 8 de cada 1,000 RN. Son una de las principales causas de muerte en el período neonatal e infantil cuando no se detectan a tiempo. Un abordaje adecuado permite detectar alteraciones en el tamiz cardiológico, ecocardiograma o por sospecha clínica.

**OBJETIVO:** Con este caso se plantea concientización de abordaje completo de cardiopatías congénitas a pesar de contar con tamiz cardiológico negativo. Iniciar abordaje desde el momento de la sospecha con signos de cianosis, insuficiencia cardíaca, soplo cardiológico o alteraciones del ritmo, concientizar a la población médica de hacer un interrogatorio completo y exploración física rigurosa para detectar datos de alarma y hacer un diagnóstico oportuno.

**CASO CLÍNICO:** Recién nacida de 3 días de vida, traída por su madre por iniciar con irritabilidad, llanto, rechazo a la vía oral. A su llegada con datos de deshidratación severa, saturaciones de 65%, dificultad respiratoria severa, hipotónica, con poca respuesta a

estímulos. Se ingresa de inmediato a sala de choque, se brinda protección de vía aérea con intubación endotraqueal.

Paciente hemodinámicamente inestable, se inicia manejo en servicio de urgencias. En radiografía de tórax con cardiomegalia evidente. Valorado por cardiología por sospecha de cardiopatía compleja a pesar de contar con tamiz cardiológico negativo al nacimiento, en ecocardiograma: ventrículo izquierdo hipoplásico y disfunción ventricular derecha

**Desenlace:** Paciente con cardiopatía compleja, no candidata a intervención quirúrgica, se dio manejo paliativo.

**CONCLUSIONES:** A pesar de la alta especificidad que presenta el tamiz cardiológico, pueden existir casos con falsos negativos por múltiples cuestiones; se hace invitación a observar los datos de alarma y hacer un abordaje riguroso para descartar de manera adecuada estas cardiopatías que pueden poner en riesgo la vida del paciente.

## 106 – ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN EL PERÍODO NEONATAL, REPORTE DE UN CASO

Ainelda Tejeda Gómez, Lucía Estephania Ruiz Martínez, Harold Lima Barragán

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):114*

**INTRODUCCIÓN.** La endocarditis infecciosa es una infección grave del endocardio que afecta principalmente a las válvulas cardíacas. Es poco frecuente en el período neonatal, con una incidencia en México entre 0.05 y 0.12 casos por cada 1000 hospitalizados. Dentro de los factores de riesgo están asociadas cardiopatías congénitas de alto flujo y uso prolongado de catéteres. Puede llegar a ser mortal en caso de no tratarse oportunamente.

**OBJETIVOS.** Visibilizar la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos de endocarditis infecciosa en neonatos.

**RESUMEN CLÍNICO.** Recién nacido masculino el cuál ingresa desde su nacimiento al área UCIN con los diagnósticos de prematuro moderado con peso bajo al nacimiento, síndrome de dificultad respiratoria modificada por surfactante y sepsis neonatal temprana. Iniciando tratamiento con amikacina y ampicilina, sin embargo, durante su estancia hospitalaria con mala evolución clínica, presentando de manera persistente alzas térmicas, leucocitosis, trombocitopenia y reactantes de fase aguda positivos a pesar de diferentes esquemas antimicrobianos.

(cefotaxima/amikacina/fluconazol;  
cefepime/vancomicina/fluconazol;

meropenem/vancomicina/fluconazol). A los 17 días de estancia hospitalaria, presenta evento de cianosis, bradicardia, desaturación, reportándose hemocultivos periférico y central positivos a *Staphylococcus epidermidis*. Ante la alta sospecha de endocarditis, el día 26.05.2025 es valorado por cardiología pediátrica, que reporta vegetación en atrio izquierdo de 2.4x2.8x3.1 mm, iniciando manejo para endocarditis infecciosa a base de anticoagulante y antimicrobiano. Se toma de control ecocardiográfico 2 semanas posteriores al inicio de cuadro en donde se reporta un corazón estructuralmente sano, con vegetaciones remitidas.

**CONCLUSIÓN.** Es importante considerar a la endocarditis infecciosa en este período, en nuestro paciente el factor de riesgo asociado fue el acceso vascular central y ante la persistencia de datos de respuesta inflamatoria sistémica y hemocultivos positivos, se sospechó de endocarditis infecciosa evidenciado con ecocardiograma que reporto vegetación en atrio izquierdo instaurando manejo a base de antimicrobiano y anticoagulante, con mejoría y resolución de cuadro.

## 107 – EXPERIENCIA DE CIERRE PERCUTÁNEO DE CONDUCTO ARTERIOSO EN PREMATUROS EN UMAE BAJÍO

Verenice Abigail Aguilar López, Marco Antonio Ruiz Ontiveros,  
María Cecilia Martínez Morales, Gloribeth Mora González

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):115*

**INTRODUCCIÓN:** El ductus arterioso es una comunicación vascular entre la arteria pulmonar y la aorta durante la vida fetal. Tras el nacimiento, lo habitual es su cierre espontáneo; sin embargo, cuando persiste (PDA) se produce un cortocircuito izquierda-derecha, con riesgo de insuficiencia cardíaca, especialmente en prematuros. En los prematuros extremos (<28 semanas), la incidencia puede alcanzar el 50–80%. Ante datos de repercusión clínica y falta de respuesta al tratamiento farmacológico, se considera el cierre quirúrgico o percutáneo.

**OBJETIVO:** Describir la evolución clínica de 11 pacientes prematuros sometidos a cierre percutáneo del conducto arterioso en el Bajío.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 11 pacientes prematuros con diagnóstico de conducto arterioso persistente, quienes presentaban soplo en región infraclavicular izquierda y repercusión

hemodinámica. Tras la confirmación por ecocardiograma y el fracaso del tratamiento farmacológico, se procedió al cierre percutáneo del conducto arterioso.

**DISCUSIÓN:** Los pacientes prematuros que fueron sometidos a cierre percutáneo del conducto arterioso en el bajío mostraron adecuada evolución, sin presencia de complicaciones, con solo un reporte de defunción no asociado al procedimiento.

**CONCLUSIONES:** El cierre percutáneo del conducto arterioso en pacientes prematuros demostró ser un procedimiento seguro y efectivo, ya que la mayoría presentó una evolución favorable, sin complicaciones relacionadas y con mínima mortalidad no atribuible a la intervención. Estos hallazgos respaldan el uso de esta técnica como una alternativa viable en el manejo de la persistencia del ductus arterioso en prematuros.

## 108 – HIPERTENSIÓN PULMONAR PERSISTENTE EN RECIÉN NACIDO CON CONDUCTO ARTERIOSO PERMEABLE CON REPERCUSIÓN. REPORTE DE CASO

Gloribeth Mora González, Verenice Abigail Aguilar López,  
Marco Antonio Ruiz Ontiveros, María Cecilia Martínez Morales

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío, Universidad de Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):116*

**INTRODUCCIÓN.** La hipertensión pulmonar del recién nacido representa una falla en la transición circulatoria neonatal donde las resistencias pulmonares permanecen altas, manteniendo activos los cortocircuitos fetales, causando hipoxemia refractaria. Por otra parte, en conducto arterioso permeable con repercusión hemodinámica es una entidad clínica que compromete el gasto cardíaco. Cuando coexisten ambas entidades, es importante determinar el objetivo primario del tratamiento, ya que la disfunción biventricular compromete la vida del paciente aumentando la mortalidad.

**OBJETIVO.** Revisar los puntos clave, tanto clínicos como ecocardiográficos, para orientar el tratamiento en un recién nacido de término con hipertensión pulmonar severa y presencia de cardiopatía congénita (PCA y CIA), con repercusión hemodinámica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Recién nacido de término con dificultad respiratoria, secundaria a neumonía

intrauterina e hipoxemia persistente. Se detecta hipertensión pulmonar suprasistémica, así como PCA y CIA con datos bajo gasto. Se decide manejo con vasodilatador pulmonar, a expensas del riesgo de baja perfusión sistémica.

**DISCUSION.** El manejo del recién nacido con hipertensión pulmonar severa se basa en vasodilatadores pulmonares y mantener cortocircuitos permeables (a expensas de hipoxemia). Por otro lado, el manejo de PCA se enfoca en el cierre del cortocircuito, por riesgo de hipoperfusión y bajo gasto cardíaco. El ecocardiograma es importante para definir cuál será el objetivo inicial de manejo en el paciente

**CONCLUSIONES.** El manejo de HPPRN coexistiendo con un PCA con repercusión hemodinámica representa un reto para el clínico, ya que el tratamiento con vasodilatadores pulmonares empeora la evolución en un PCA, y el manejo del PCA puede ser deletéreo para la HPPRN.

## 109 – ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN EXTRAGANGLIONAR PRIMARIA DE TEJIDOS BLANDOS; PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Lucía Estephania Ruiz Martínez, Lana Sarahi Cano Cuapio

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):117*

**INTRODUCCIÓN.** Los tumores de tejidos blandos (TJB) corresponden al 8% del cáncer infantil, de los que las enfermedades histiocíticas son infrecuentes, el tipo Enfermedad de Rosai-Dorfman (ERD) es aún más infrecuente, con predilección ganglionar cervical y extraganglionar a piel y senos paranasales; la evolución es autolimitada con tratamiento quirúrgico.

**OBJETIVOS.** Concientizar sobre la importancia del diagnóstico de tumores de tejidos blandos en pediatría.

**RESUMEN CLÍNICO.** Paciente masculino con cefalea frontal punzante y 15 días después apareció un tumor frontal derecho siendo referido al hospital infantil de Tlaxcala. El tumor era indurado, 4 x 5cm, red venosa colateral, bordes mal definidos, fijo a planos profundos. Tomografía; tumor frontal derecho, con imagen osteolítica en contacto con meninge. Se resecó completo con diagnóstico de ERD extranodal asociada a hiperplasia meningotelial, IHQ: s100 positivo, cd68 positivo, cd1a negativo. Al ser enfermedad

localizada, se vigiló por 4 meses y recidivó en la nasofaringe y el encéfalo (temporal derecha), por lo que se realizó biopsia confirmando el diagnóstico. Recibió quimioterapia (Fonsabi, (Fonsabi;Prednisona y vinblastina) sin respuesta. Segunda línea (Prednisona, vinblastina y citarabina), logrando remisión de enfermedad en nasofaringe, persistiendo en parietal de 23 mm. Quimioterapia de mantenimiento por 52 semanas.

**DISCUSIÓN.** Los tumores de tejidos blandos más frecuentes en pediatría son los sarcomas y la clínica es variable. Recalcamos la importancia de un adecuado abordaje en el paciente pediátrico con tumor de tejidos blandos con biopsia e inmunohistoquímica para el diagnóstico y tratamiento

**CONCLUSIONES.** En la Enfermedad de Rosai Dorfman el pronóstico de la enfermedad ganglionar es benigna, pero en el extraganglionar su curso es variable, en este caso hubo una evolución favorable en nasofaringe, pero sin remisión en encéfalo.

## 110 – ENFERMEDAD DE ROSAI-DORFMAN MULTISISTÉMICA CON COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO REPORTE DE CASO

Erika Jazmín Plascencia Pérez Páez, Claudia Rebeca Radillo Silva,  
Margarita del Rocío Casas Seefo, Bertha Elizabeth Tirado López,  
Ana Isabel Toala Fernández

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría CMN del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):118*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Rosai-Dorfman es una histiocitosis no Langerhans rara, caracterizada por proliferación histiocítica en ganglios linfáticos y órganos extraganglionares. Puede complicarse con compromiso multisistémico y neurológico, lo que representa un reto diagnóstico y terapéutico.

**OBJETIVO:** Describir la evolución clínica, complicaciones y abordaje multidisciplinario de un paciente pediátrico con enfermedad de Rosai-Dorfman multisistémica y afectación neurológica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Varón de 14 años con diagnóstico de enfermedad de Rosai-Dorfman en protocolo CHOP, con antecedentes de derrame pleural bilateral y anemia. Ingresa por fiebre persistente, cefalea intensa, vómito, somnolencia y datos de choque. A la exploración: palidez, deshidratación, saturación de 85% y derrame pleural derecho.

Laboratorios iniciales con anemia, PCR elevada. TAC de tórax confirma derrame, se realiza pleurodesis. Evoluciona con compromiso neurológico (cefalea refractaria, alucinaciones, afasia, agitación), LCR con pleocitosis y proteínas elevadas, RMN cerebral con lesiones vasculares

frontoparietales sugerentes de vasculitis. Se inicia manejo con esteroides en pulsos, antibióticos a dosis meníngea, inmunosupresores y soporte ventilatorio. Psiquiatría añade inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por episodio depresivo. Presenta progresión a falla neurológica con hallazgos de infartos cerebrales múltiples y muerte encefálica el 22/06/25.

**DISCUSIÓN:** La enfermedad de Rosai-Dorfman es infrecuente en pediatría; el compromiso neurológico ocurre en menos del 5% de los casos y puede manifestarse como vasculitis o encefalitis. El abordaje multidisciplinario es esencial para diagnóstico diferencial con infecciones, recaída tumoral y efectos adversos de quimioterapia. La refractariedad clínica y el compromiso multisistémico confirieron mal pronóstico.

**CONCLUSIONES:** Este caso ilustra la gravedad de la enfermedad de Rosai-Dorfman multisistémica con afección neurológica. El diagnóstico temprano, vigilancia estrecha y tratamiento inmunomodulador oportuno son cruciales para mejorar la supervivencia.

## 111 – LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA SECUNDARIA: REPORTE DE UN CASO PEDIÁTRICO

Arena del Mar Cruz Gabarain, Guillermo Joaquín Gáytan Fernández,  
María José Esquer Rodríguez

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío IMSS BIENESTAR  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):119*

**INTRODUCCIÓN:** La Linfohistiocitosis Hemofagocítica (HLH) es un síndrome de hiperactivación inmune caracterizado por proliferación excesiva de linfocitos T y macrófagos, con liberación de citocinas que producen fiebre, citopenias, hepatoesplenomegalia y disfunción multiorgánica. Puede ser primaria (genética) o secundaria a infecciones, autoinmunidad o neoplasias.

**OBJETIVO:** Sensibilizar sobre la importancia de sospechar HLH en niños con fiebre persistente, citopenias y disfunción multiorgánica, promoviendo un abordaje oportuno.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Femenino de 5 años que inicia el 28.07.25 con fiebre, diarrea, dolor abdominal, ictericia, vómito en posos de café y lesiones eritematosas. El 13.08.25 acude a HGC por fiebre 38.6°, delirio y diarrea melénica; laboratorios muestran pancitopenia severa (Hb 3.7, plaquetas 42,000, leucocitos 1.9), coagulopatía (INR 5.09), hiponatremia, hiperbilirrubinemia y ferritina >40,000. Requiere transfusiones, presenta deterioro neurológico e intubación el

14.08.25. Ingresa a UCIP del HRAEB el 15.08.25 con sospecha de HLH, choque séptico y anemia grave. A la exploración: hepatoesplenomegalia, ascitis, ictericia y exantema macular generalizado. Se documenta HLH secundaria al cumplir 8/10 criterios HLH-2004 y 253 puntos HS score (99%). Se inicia protocolo HLH-2004 el 15.08.25. El 19.08.25 se logra extubación exitosa; desarrolla síndrome de supresión por opioides y benzodiazepinas. Actualmente muestra mejoría clínica, continúa con el protocolo HLH-2004, así como tratamiento de complicaciones asociadas a patología de base.

**DISCUSIÓN:** La HLH es un síndrome raro, pero altamente letal en la infancia, cuyo cuadro clínico puede confundirse con sepsis o enfermedades hematológicas malignas, lo que retrasa su reconocimiento.

**CONCLUSIONES:** La sospecha clínica temprana de la HLH permite un diagnóstico y tratamiento oportuno, lo cual es determinante para mejorar el pronóstico.

## 112 – LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA (HLH) SECUNDARIA A VIRUS DE EPSTEIN-BARR EN UNA ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

Jimena Herrera Torres, Ana Paola Ramírez López, Maritza Alejandra Flores Urias,  
Oswaldo Ramón Medina Salas, Diego Andrés Romo González,  
Gabriela Aranza García Balleza, Lizbeth Ramírez Pérez, Melissa Abigail Castro Ruiz,  
Mayra Azucena Franco Verduzco, Pablo Said Loza García  
Hospital General Regional 58 IMSS  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):120*

**INTRODUCCIÓN.** La linfohistiocitosis hemofagocítica es una enfermedad inflamatoria sistémica y autoinmune potencialmente fatal. Fue descrita en 1939 por Scott y Robb-Smith como “reticulosis medular histiocítica”. Se clasifica en primaria y secundaria. La primaria se debe a mutaciones que modifican a las células T citotóxicas y NK. La secundaria es por infección, enfermedad reumatológica, malignidad, entre otras, con clínica similar a sepsis, pero mala respuesta a antibióticos.

**OBJETIVO.** Detallar la importancia del abordaje diagnóstico de la HLH, en función de la clínica, factores predisponentes, asociación con otras patologías, para generar un plan de tratamiento integral en el paciente pediátrico.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO.** Adolescente femenino de 17 años con un cuadro clínico sospechoso de dengue. En su cuarto día presenta falla hepática aguda caracterizada por ictericia, coagulopatía, hepatomegalia y deterioro neurológico, así como pancitopenia. En terapia intensiva Hematología sospecha leucemia promielocítica aguda ante la presencia

de promielocitos en FSP e indican ácido transretinoico. Infectología pediátrica recaba prueba serológica positiva para Virus del Epstein Barr y solicita AMO donde se observan hemofagocitos.

**DISCUSIÓN.** Existen criterios diagnósticos HLH-2004, son ocho: fiebre, esplenomegalia, citopenias en  $\geq 2$  líneas, hipertrigliceridemia y/o hipofibrinogenemia, hemofagocitosis en médula ósea u otros tejidos, ferritina elevada, niveles elevados de receptor soluble de IL-2 (sCD25) y disminución de la actividad de células NK. Para el tratamiento se usan glucocorticoides y gammaglobulina intravenosa; en casos refractarios se añaden etopósido, inmunomoduladores como anakinra (bloqueador de IL-1) y ruxolitinib.

**CONCLUSIONES.** El diagnóstico de la HLH es complejo, requiere identificar la mutación génica o reunir 5 de los 8 criterios creados por la *Histiocyte Society*. Su causa más frecuente es el VEB. Su tratamiento va dirigido a suprimir la respuesta inmune desregulada y/o eliminar el estímulo antigénico desencadenante.

## 113 – LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCITICA SECUNDARIA A BRUCELOSIS POR *BRUCELLA MELITENSIS*

Nataly Santana Delgadillo, Adrián Zepeda López

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):121*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome hemofagocítico (SHF), es un síndrome provocado por una respuesta inadecuada del sistema inmunológico a un desencadenante, sea infeccioso, neoplásico, reumatológico o metabólico, dando lugar a una reacción inflamatoria exagerada. Se asocia principalmente a infecciones virales, pero posteriormente se ha relacionado con otras infecciones por hongos, bacterias y parásitos. El virus de Epstein-Barr (VEB) es el más común, rara vez se ha informado secundaria a brucelosis siendo su principal vector los alimentos no pasteurizados, causando infiltración en cualquier órgano y sistema. Puede sospecharse de forma clínica y laboratorial presentándose fiebre, hepatoesplenomegalia, pancitopenias, disfunción hepática, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia, hipofibrinogenemia. El diagnóstico se realiza con los criterios clínicos y analíticos propuestos por la *Histiocyte Society* cuando se cumplen 5 o más de los 8 criterios clínicos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Escolar femenino de 6 años de edad, previamente sana, presenta síndrome febril, dolor abdominal, ictericia,

asimismo crisis convulsivas. En su exploración física se identifica hepatoesplenomegalia; en sus estudios iniciales, presenta bicitopenia, hipertrigliceridemia, hipofibrinógeno, dando 5 criterios para linfocitosis hemofagocítica y un HScore de 224 puntos con una probabilidad de 96-98%. Por protocolo se realiza un hemocultivo, el cual reporta *Brucella melitensis*, como prueba confirmatoria se realiza Rosa de Bengala positivo, 1:1280, 2 mercapto etanol positivo: 1:320, esto orientándonos a la causa de la linfocitosis hemofagocítica. Se inició inmunoterapia con inmunoglobulina (recomendada cuando es asociada a infecciones), dexametasona, ciclosporina y etopósido, así mismo manejo con rifampicina y trimetoprim/sulfametoxazol por el agente causante.

**DISCUSIÓN.** El SHF es una entidad con elevada mortalidad, es por eso la importancia de la búsqueda del factor desencadenante es clave para poder instaurar un tratamiento dirigido, que neutralice el desencadenante y frene la hiperinflamación.

## 114 – PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN URINARIA DEL HGZ 1 VILLA DE ÁLVAREZ, COLIMA

Ileana Yunuen Ceja Claro, Gabriela Esperanza Pedroza Orozco,  
Juan Carlos Vallejo Cárdenas, Ana Citlalli Espíritu Mojarro

Hospital General de Zona No.1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Colima  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):122*

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones urinarias (IVU) en pacientes pediátricos representan un problema de salud pública por sus complicaciones. Las malformaciones renales se reconocen como un factor de riesgo de daño renal. Identificar su prevalencia y factores asociados resulta indispensable para establecer intervenciones tempranas que reduzcan el daño renal permanente.

**OBJETIVO:** Conocer la prevalencia de malformaciones renales en pacientes pediátricos con infección de vías urinarias del HGZ1.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó estudio descriptivo, incluyendo población pediátrica de 2-17 años hospitalizados en el HGZ 1, Villa de Álvarez, Col. con diagnóstico IVU de enero 2023 - marzo 2025. Se revisaron expedientes médicos con previa autorización del comité de Ética e Investigación del HGZ 1. Dicha información se capturó en archivo de Excel, para analizarla.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 100 pacientes con IVU, siendo el 79% del sexo femenino, media de edad de  $8 \pm 4.6$  años. Se identificó lactancia materna en 83%. Examen general de orina positivo: nitritos 27%, esterasa leucocitaria 88%; urocultivos en 75%

de los pacientes, reportándose positivos el 25%. El 18% presentó malformaciones renales, con predominio en el sexo masculino 55.5%.

**DISCUSIÓN:** Las malformaciones congénitas renales: primera causa de Enfermedad Renal Crónica en pediatría a nivel mundial con prevalencia del 1-2%, permaneciendo asintomáticos y aumentando probabilidad de muerte debido a sus complicaciones, afectando el crecimiento y desarrollo; la IVU es la manifestación más frecuente. En nuestro estudio dicha prevalencia fue más elevada, pero consistente con el género masculino. La mediana de edad al diagnóstico fue más tardíamente en comparación con otros estudios. Nuestro estudio demostró factor protector de IVU grave la lactancia materna en 83%, coincidiendo con la literatura.

**CONCLUSIÓN:**

- Tenemos retraso en diagnóstico y tratamiento en pacientes con malformaciones congénitas y del tracto urinario.
- La malformación congénita más frecuente fue hidronefrosis.

## 116 – FACTORES ASOCIADOS A TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL NIÑO Y LA MUJER DEL 2018-2023

Mariana Elizabeth Briseño García, Nicolás Camacho Calderón,  
María del Rosario Robledo Lejía, Ivette Mata Maqueda

Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Universidad Autónoma de Querétaro  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):123*

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis extrapulmonar representa un desafío clínico en la población pediátrica debido a su presentación inespecífica y a la dificultad diagnóstica. Existe escasa evidencia local sobre los factores asociados en los niños mexicanos.

**OBJETIVO GENERAL:** Determinar los factores asociados a tuberculosis extrapulmonar en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer de Querétaro, entre 2018 y 2023. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes de 0 a 15 años con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar. Se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes personales, comorbilidades, tipo de tuberculosis extrapulmonar, métodos diagnósticos, tratamiento recibido y complicaciones.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 46 pacientes, con mediana de edad de 4

años; 56.5% fueron de sexo masculino. La forma clínica prevalente fue la tuberculosis ganglionar (78.3%), seguida de la meníngea (13%) e intestinal (8.7%). La comorbilidad más prevalente fue la desnutrición (78.3%). El 67.4% vivían en condiciones de hacinamiento y 84.8% tuvieron PPD positiva. El 78.3% había recibido la vacuna BCG. El método diagnóstico más utilizado fue la biopsia (32.6%). Se identificaron complicaciones en el 39.1% de los casos, las más comunes las vasculares y quirúrgicas.

**CONCLUSIONES:** La tuberculosis extrapulmonar afecta principalmente a menores de 5 años, con predominio ganglionar y coexistencia de factores de vulnerabilidad como desnutrición, hacinamiento y antecedentes de exposición. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer el diagnóstico oportuno y las intervenciones dirigidas a los determinantes sociales de la salud en población pediátrica.

## 117 – EXPERIENCIA DE LA CLÍNICA DE ASMA GRAVE ALÉRGICO EN LA CLÍNICA HOSPITAL ISSSTE GUANAJUATO

Mauro Alberto Luna Jaimes

Clinica Hospital ISSSTE Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):124*

**INTRODUCCION.** El asma bronquial es una enfermedad que ocupa las diez primeras causas de atención medica en México, generando impacto importante. Dentro del grupo de pacientes con asma bronquial el diez por ciento de ellos pueden cursar con asma grave.

**OBJETIVO.** Esto genero la necesidad de crear una clínica de asma en la clínica Hospital ISSSTE de la ciudad de Guanajuato en el 2004. No fue hasta el 2018 que gracias al apoyo de la industria farmacéutica que pudo llevarse un adecuado perfilamiento de los pacientes al contar con espirometrías determinación de inmunoglobulina E y uso de pruebas cutáneas practicadas por un alergólogo externo al hospital.

**MATERIAL Y METODO.** En el periodo de enero del 2018 a diciembre del 2023, fue posible agrupar 208 pacientes con asma alérgico, de los cuales 140 fueron adultos y 68 pacientes de edad pediátrica 22 mujeres y 46 varones para un total de 68 pacientes pediátricos. De 208 pacientes del grupo, 24 pacientes se perfilaron como asma grave de acuerdo con las guías de diagnóstico y tratamiento de asma Gina. Siendo seis pacientes pediátricos 2 femeninos y 4 masculinos. De esta manera fueron incluidos para recibir un anticuerpo monoclonal (omalizumab) la aplicación fue mensual, en cada aplicación del medicamento y en cada toma de espirometría se firmó una hoja de

consentimiento informado. Dentro del grupo pediátrico referido una paciente femenina curso con urticaria severa en donde mencionado medicamento está indicado.

**RESULTADOS.** Los valores de IgE mas altos en el grupo pediátrico fueron 1230 UI/ml. Entre los Aero alérgenos más frecuentes se encontró en el siguiente orden ácaros, pastos, abedul, MEZQUITE, ambrosia y a alimentos cacahuete, avena almendra, huevo, sorgo, amaranto, con un caso positivo a látex. La respuesta en general de los pacientes tratados con omalizumab fue satisfactoria al requerir menos dosis de medicamentos de control y de rescate al tener menos síntomas de acuerdo con cuestionarios específicos aplicados y menor vistas a los servicios de urgencias hospitalización o terapia intensiva en el caso de un paciente adulto. Durante este periodo los niveles de IgE fueron paulatinamente disminuyendo con mejoría espirométrica.

**CONCLUSIONES.** Nuestras conclusiones se correlacionan con otros reportes, la incidencia de asma y asma alérgico es más común en varones. Los aero alérgenos son más frecuentes en nuestro medio y que el mezquite es causa común de síntomas. Es importante que los hospitales cuenten con los recursos necesarios para diagnóstico y perfilamiento de pacientes

## 118 – ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: UNA INFECCIÓN SILENCIOSA

Alejandro Sánchez Sandoval, Ana Cristina López, María del Carmen Espinosa

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):125*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una zoonosis causada por *Bartonella henselae*, con presentación clínica variable que puede afectar a pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos. Es más frecuente en niños menores de 10 años y menos común en adolescentes y adultos.

**OBJETIVO:** Presentar el caso clínico de una paciente adolescente diagnosticada con EAG mediante PCR, con manifestaciones neurológicas y visuales.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenino de 13 años de edad, referida por clínica del dolor, quien inició padecimiento en octubre del 2024 refiriendo dolor lumbo-sacro, debilidad en miembros inferiores y disminución de agudeza visual desde octubre de 2024. Inicialmente tratada con paracetamol, tramadol y gabapentina sin mejoría. Al interrogatorio refiere mordedura y arañazo de gato en septiembre del 2024, posteriormente presenta sintomatología dolorosa que impide realizar actividades cotidianas. Se inicia abordaje por infectología pediátrica. Durante la exploración física se observó cicatriz en muslo derecho, postura antiálgica y

claudicación, con resultado de VSG reportada en 2. Se sospecha de enfermedad por arañazo de gato. Se realizó PCR para *Bartonella henselae* (01.04.25), reportándose positiva. Se inicia tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol 800/150 mg una tableta diaria y rifampicina 300 mg cada 12 horas por 4-6 semanas, junto con manejo multidisciplinario en neurología, oftalmología y rehabilitación. La paciente presentó mejoría progresiva con seguimiento ambulatorio.

**DISCUSIÓN:** La EAG puede presentar manifestaciones atípicas, incluyendo afectación neurológica y visual, dificultando el diagnóstico. La combinación de sospecha clínica, antecedente epidemiológico y confirmación mediante PCR es fundamental para evitar complicaciones. El manejo antibiótico y el abordaje multidisciplinario permiten una evolución favorable.

**CONCLUSIÓN:** El diagnóstico temprano de EAG requiere atención al antecedente de contacto con gatos y síntomas sistémicos o neurológicos. La confirmación mediante PCR y el tratamiento oportuno reducen complicaciones y mejoran el pronóstico.

## 119 – MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO DE *BARTONELLA QUINTANA* EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Alejandro Sánchez Sandoval, Ana Cristina López, María del Carmen Espinosa  
Hospital General de México

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):126*

**INTRODUCCIÓN:** *Bartonella quintana* es un bacilo gramnegativo intracelular facultativo, identificado durante la Primera Guerra Mundial como agente causal de la fiebre de las trincheras. Su transmisión ocurre a través del piojo corporal, que facilita el ingreso del microorganismo al torrente sanguíneo.

**OBJETIVO:** Presentar el caso clínico de una paciente de 10 años con infección por *Bartonella quintana*, abordada por fiebre de origen desconocido.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente femenina de 10 años con antecedente de convivencia con un gato con posible infección y sacroileítis. Inicia síntomas el 14 de junio de 2025 con fiebre, dolor abdominal en cuadrante superior izquierdo y esplenomegalia, seguido de lesiones maculopapulares pruriginosas, inicialmente en rostro y luego en extremidades, acompañadas de mialgias, artralgias y urticaria. Fue tratada por un médico particular sin mejoría. Acude a urgencias para estudio de fiebre de origen desconocido e ingresa al servicio de Infectología pediátrica. El 19 de junio

se realiza PCR, reportando resultado positivo para *Bartonella quintana*. Se inicia tratamiento con doxiciclina 100 mg VO, 1 cápsula cada 12 horas por 6 semanas y rifampicina 300 mg, 1 cápsula cada 12 horas por 3 semanas. Actualmente la paciente presenta mejoría completa.

**DISCUSIÓN:** La infección por *Bartonella quintana* es rara en pediatría y puede presentarse con síntomas inespecíficos como fiebre, lesiones cutáneas y dolor musculoesquelético, dificultando el diagnóstico temprano. La identificación oportuna mediante PCR y el tratamiento antibiótico dirigido son fundamentales para prevenir complicaciones y lograr una evolución clínica favorable.

**CONCLUSIÓN:** La infección por *Bartonella quintana* es rara pero clínicamente relevante, especialmente en contextos de vulnerabilidad social. Su presentación inespecífica puede retrasar el diagnóstico y aumentar el riesgo de complicaciones. Un abordaje oportuno y un tratamiento antibiótico dirigido permiten una resolución clínica favorable.

## 120 – CASO CLÍNICO DE RICKETTSIOSIS: REPORTE EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE SINALOA

Andrea Mayorga Inzunza, Loaiza Osuna Exel Yanet, López Franqueza Roxanna Aglae,  
Flores Rocha Rosalino

Hospital Pediátrico de Sinaloa

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):127*

**INTRODUCCIÓN.** Las enfermedades transmitidas por vectores son endémicas en nuestra región. La Rickettsiosis ha incrementado su incidencia en la población pediátrica, y aunque su diagnóstico ha mejorado gracias al uso de técnicas moleculares, persisten casos graves por diagnósticos tardíos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente masculino de 2 años, con fiebre de cinco días de evolución, exantema maculopapular que no respeta palmas ni plantas, hiporexia, vómito y edema de extremidades. Fue valorado por tres médicos antes de acudir a urgencias. Residente del Ejido “El Quemadito”, donde se reportó un caso grave reciente. A la exploración: exantema generalizado, llenado capilar de 3 segundos, edema en extremidades.

Laboratorio: trombocitopenia severa, anemia grado III, hiperferritinemia, falla hepática y renal.

**Tratamiento:** doxiciclina, gammaglobulina, manejo avanzado de la vía aérea, sedoanalgesia y antibióticos en UCI pediátrica. Evoluciona con síndrome de abstinencia y delirium en su día 15 de hospitalización.

**DISCUSIÓN.** La Rickettsiosis en Sinaloa es una enfermedad grave con poca sospecha clínica. Culiacán y Navolato presentan mayor concentración de casos. La falta de diagnóstico temprano puede derivar en complicaciones severas.

**CONCLUSIÓN.** El diagnóstico oportuno es clave. A pesar del contacto previo con personal médico, este paciente desarrolló una forma grave. Es indispensable reforzar la capacitación médica y vigilancia epidemiológica en zonas endémicas para prevenir desenlaces fatales.

## 121 – DENGUE GRAVE CON COMPLICACIONES CRÍTICAS EN ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT: UN CASO DE SUPERVIVENCIA

Daniela Alejandra Pérez Díaz, Leidy Rubí García Hernández,  
Jesús Alejandro Romero Rodríguez

Hospital Civil de Tepic “Dr. Antonio González Guevara”, Tepic, Nayarit  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):128*

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Adolescente femenina con antecedente de Lennox-Gastaut, inicia cuadro el 13/06/2024 con fiebre de 38.2. Se diagnostica dengue por NS1 positivo con manejo ambulatorio. El 17/06 presenta dificultad para la micción, acude a hospital de segundo nivel donde se documenta trombocitopenia e ingresa a hospitalización. Evoluciona con somnolencia y dificultad respiratoria; radiografía con derrame pleural derecho. Requiere oxígeno a alto flujo, bolos de cristaloideos y, ante choque refractario, se inicia triple apoyo aminérgico (adrenalina, norepinefrina y dobutamina) además de ventilación mecánica avanzada. Presenta dos paros cardiorrespiratorios, con recuperación tras reanimación avanzada (5 ciclos).

Laboratorios muestran trombocitopenia severa, coagulopatía intravascular diseminada (CID) y elevación de reactantes de fase aguda. TAC de tórax reporta derrame pleural bilateral; punción torácica con

cultivo positivo a *Staphylococcus aureus* multirresistente. Se inicia manejo transfusional (plasma fresco congelado, plaquetas, concentrado eritrocitario) y antibioticoterapia escalonada con carbapenémico y glucopéptido, posteriormente, ciprofloxacino y linezolid, completando esquema de 14, 7, 10 días respectivamente. Evoluciona con síndrome de dificultad respiratoria aguda pediátrica (PARDS) severo, con mejoría progresiva, permitiendo extubación el 28/06/2024, suspensión de vasoactivos y destete de ventilación hasta lograr saturaciones >94% a aire ambiente. Durante la hospitalización presentó sangrado activo (gingivorragia, sangrado digestivo y transvaginal), desequilibrio hidroelectrolítico (hipernatremia, hipokalemia) y crisis convulsivas parciales controladas por neurología pediátrica. Radiológicamente, mostró resolución de infiltrados y derrame pleural en estudios de control. Se egresó con seguimiento a la consulta externa

## 122 – OSTEOMIELITIS CRÓNICA SIN NECROSIS ÓSEA POR *STREPTOCOCCUS PYOGENES*; REPORTE DE UN CASO

Guillermo Abel Piña Gutiérrez, Darling Lilia Gama Alfaro,  
Carlos Emmanuel León Gutiérrez

Hospital Regional ISSSTE León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):129*

**INTRODUCCIÓN:** La osteomielitis (OM) es poco frecuente en los niños, pero requiere un alto grado de sospecha ya que puede desencadenar complicaciones locales y/o sistémicas.

**OBJETIVO:** presentamos el caso de paciente escolar con osteomielitis crónica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Se trata de femenino de 8 años, sin antecedentes de importancia. Acude a urgencias pediátricas por cuadro de dolor en antebrazo izquierdo desde aprox 6 meses, hace 2 meses valorada por ortopedia concluyendo con fractura impactada cúbito izquierdo, se reduce pero al revalorar, deformidad ósea y radiografía anormal por lo que ingresa para abordaje.

**Exploración:** piel normal, aumento volumen diafisis cubital aprox 4 x 4 cm, dolor a palpacion, resto normal.

**Paraclínicos:** radiografía AP y lateral engrosamiento diafisario medio y distal de cubito.

-Resonancia magnética hallazgos en relación a osteomielitis a nivel de diafisis cubito con absceso que irrumpe cortical y colección asociada que involucra tejidos blandos.

**Biopsia hueso:** tejido blando del antebrazo con respuesta inflamatoria aguda abscedada y crónica; cortical del cúbito izquierdo características compatibles con osteomielitis inespecífica; sin evidencia de neoplasia.

**Cultivo:** desarrollo de *S. pyogenes*.

**Tratamiento:** 5 días de cefalotina IV, cambio VO a amoxicilina clavulanico 80 mgkgdía 3 semanas, clindamicina 35 mgkgdía una semana.

**Desenlace:** paciente con mejoría clínica y paraclínica.

**DISCUSIÓN.** Por tiempo de evolución, paciente cumple como osteomielitis crónica pero por paraclínicos, evolución y aspecto quirúrgico, comportamiento como OM aguda/subaguda.

**CONCLUSIÓN:** La OM es un diagnóstico que presenta retos en el paciente pediátrico, cuyo caso deberá pensarse en cuadros de fiebre sin foco o cambios sutiles óseos, dolor persistente, deformidad o fracturas patológicas; debe realizarse adecuado abordaje.

## 123 – NO TODO SOPLO ES INOCENTE: DIAGNÓSTICO TARDÍO DE COARTACIÓN AÓRTICA REPORTE DE CASO

Karen Patricia Murillo del Toro, Mendoza Pedrozo Johanna, de la Cruz Pelayo Javier,  
Ramírez Angoa Leslie, Moisés Jiménez Santos  
Hospital General León, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):130*

**INTRODUCCIÓN:** La coartación aórtica (CoA) representa del 5-7% de las cardiopatías congénitas, caracterizada por estrechamiento del arco aórtico, engrosamiento de la capa media aórtica e hiperplasia de la íntima generando obstrucción al flujo sanguíneo y ocasionando soplo cardíaco (SC), hipertensión arterial sistémica (HTA), ausencia de pulsos distales (APD) y diferencial de presiones entre extremidades (DPS) (1,2,6). A pesar de corrección, algunos pacientes desarrollan HTA residual o re-coartación siendo necesario un seguimiento permanente (3,4).

**OBJETIVO:** Presentar el caso de una paciente con diagnóstico tardío de CoA. Descripción del caso: Femenina de 8 años con SC catalogado como inocente al nacimiento, hasta reciente valoración cuando derivan a nuestro instituto, encontrándose con HTA (198/100 mmHg), DPS de 100 mmHg, soplo sistólico en mesocardio II/VI y pulsos femorales ausentes. Electrocardiograma con hipertrofia ventricular izquierda y radiografía de tórax con signo de Roesler; ecocardiograma confirmó CoA

posductal, gradiente de estenosis de 90 mmHg, tomografía cardíaca reportó CoA 19 mm distal a subclavia izquierda y circulación colateral, requiriendo aortoplastia con stent 40×14 mm sin gradiente residual.

**DISCUSIÓN:** La CoA no tratada alcanza una mortalidad del 25%-90% y su presentación varía desde falla cardíaca neonatal hasta los hallazgos clásicos en niños mayores. Las indicaciones de tratamiento son gradiente sistólico transcoartación >30 mmHg o por cateterismo >20 mmHg, HTA y por imagen demostrativa. En los pequeños se ofrece tratamiento quirúrgico y a partir de los 6 años intervencionismo (4,5,6).

**CONCLUSIONES:** El hallazgo de SC siempre amerita estudiarse, una buena historia clínica y examen físico son fundamentales. La CoA debe considerarse en todo niño con DPS, APD e HTA. El tratamiento debe individualizarse y el seguimiento a largo plazo es necesario para detectar complicaciones y asegurar un pronóstico favorable.

## 124 – CARDIOPATÍA CONGÉNITA RARA EN LA INFANCIA:

### REPORTE DE DOBLE DISCORDANCIA VENTRICULAR

Florencia Anaís Noriega Zamudio, Adrián Uriel Rosas Gutiérrez,  
José Manuel Velázquez Ávalos, Marcos Gómez Solís  
Hospital Regional ISSSTE León, Universidad de Guanajuato  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):131*

**INTRODUCCIÓN:** La transposición corregida de las grandes arterias o doble discordancia es una cardiopatía congénita compleja. Su prevalencia es de 0.02-0.07 por cada 1,000 recién nacidos vivos. Se caracteriza por discordancia ventrículo arterial y aurículo ventricular.

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas, imagenológicas y abordaje diagnóstico de un paciente con doble discordancia ventricular, enfatizando la importancia del reconocimiento de dicha cardiopatía congénita en edad pediátrica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Masculino de 3 años, sin antecedentes relevantes. A los 9 meses acude a consulta de cardiología pediátrica por soplo cardíaco. A la exploración física se encontró activo, buena coloración, cuello cilíndrico sin ingurgitación yugular ni frémitos, soplo continuo pulmonar grado I/VI de tono grave, con segundo ruido desdoblado, sin dificultad respiratoria y pulsos de buena intensidad. La radiografía de tórax con hallazgo de cardiomegalia. El ecocardiograma reportó doble

discordancia, foramen oval permeable y estenosis supra valvular pulmonar. La cardio RM doble discordancia veno-arterial con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 47 %. El paciente permanece asintomático, en vigilancia con ecocardiografía seriada y sin restricciones.

**DISCUSIÓN.** La doble discordancia ventricular es una cardiopatía congénita poco frecuente, puede cursar asintomática en la infancia por circulación en serie conservada. En este paciente, el hallazgo fue un soplo cardíaco, lo que permitió realizar estudios de imagen que confirmaron malformaciones. Es de gran importancia, la exploración cardíaca, ecocardiografía y resonancia magnética.

**CONCLUSIONES.** La doble discordancia ventricular representa una cardiopatía congénita infrecuente que puede cursar clínicamente silente en la infancia. El seguimiento seriado es indispensable para detectar compromiso hemodinámico o disfunción ventricular y definir el momento óptimo de intervención.

## 125 – CONEXIÓN TOTAL ANÓMALA DE VENAS PULMONARES DE VARIEDAD MIXTA EN LACTANTE

Hilda Irazú Espinosa Martínez, Armando Zepeda Arámbula

Hospital Regional ISSSTE León, Hospital de Especialidades Pediátrico de León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):132*

**INTRODUCCIÓN.** La conexión anómala total de venas pulmonares es una anomalía cardíaca rara, ocurre en del 1% al 3% de niños con defectos cardíacos congénitos, siendo anomalía aislada en el 67% de los casos, clasificada por sitio de drenaje en el retorno venoso sistémico, siendo la mixta solo el 5%. Sin corrección quirúrgica, el 78% fallece dentro del primer año de vida.

**OBJETIVO.** Concientizar sobre las variedades menos comunes de una cardiopatía poco frecuente que, de no diagnosticarse y corregirse oportunamente, tiene una alta tasa de mortalidad.

**CASO CLÍNICO.** Femenino a su nacimiento con APGAR 8/9, tamiz cardiológico sin alteraciones, en su tercer día inicia con desaturación del 75%, se lleva al HGL, se sospecha de coartación de aorta, el 18/06/25 se realiza ecocardiograma con presencia de conexión anómala de venas pulmonares, se envía al HEPL, a la exploración con soplo grado II/VI, nuevo ecocardiograma: Conexión anómala total de venas pulmonares

variedad mixta (seno coronario y vena vertical) + Comunicación interauricular ostium secundum con cortocircuito bidireccional predominio derecha a izquierda 7x4 mm + conducto arterioso persistente 1 mm + FEVI 62%. Al sesionarse, por anatomía favorable se decide manejo quirúrgico, el 09/07/2025 con hallazgos de: corrección total, redirección de venas pulmonares. Colector retrocardíaco con llegada a seno coronario de 3 venas pulmonares, vena vertical llegada de una vena pulmonar, se contrarrefiere a su unidad.

**DISCUSIÓN.** En este caso podemos observar la importancia del diagnóstico oportuno de las cardiopatías congénitas complejas, la capacitación para un correcto tamizaje, una oportuna referencia y corrección de las mismas.

**CONCLUSIÓN.** En este caso se tuvo la oportunidad diagnóstica desde la exploración física al nacimiento, el tamiz cardiológico, sin éxito, hasta el ecocardiograma y finalmente la corrección quirúrgica en el HEPL.

## 126 – UN CORAZÓN QUE RENACE: CORRECCIÓN DE UNA ANOMALÍA TOTAL

Juan Jesús Tapia Santibáñez, Nicolás Sandoval Domínguez, Emmanuel Martínez Cano,  
Sarahí Alejandra Padilla Abeja

Hospital General León, Universidad de Guanajuato  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):133*

**INTRODUCCIÓN:** La conexión venosa anómala total (CVAT) es una cardiopatía congénita crítica con alta mortalidad sin intervención temprana. El tamizaje cardíaco permite el diagnóstico oportuno, mejorando significativamente el pronóstico.

**OBJETIVO:** Destacar la importancia del tamizaje cardiológico neonatal en la detección precoz de cardiopatías críticas y presentar el manejo multidisciplinario de una CVAT.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Lactante femenina con CVAT mixta (drenaje a seno coronario y vena vertical) detectada mediante tamizaje neonatal (satO<sub>2</sub> 75%). Presentó inestabilidad hemodinámica postquirúrgica, sepsis, hiperglucemia y sobrecarga hídrica, manejada con soporte ventilatorio prolongado, inotrópicos y diuréticos agresivos, con evolución tórpida hacia mejoría progresiva. Se realizó corrección quirúrgica a los 28 días de vida mediante toracotomía y redirección de venas pulmonares. Manejo postoperatorio en UTIN con monitorización hemodinámica estricta y soporte ventilatorio escalonado. Evolución postquirúrgica complicada con sobrecarga hídrica e hiponatremia, manejada con restricción hídrica y diuréticos. Egreso a los 50 días de vida con oxígeno

suplementario mínimo y diuréticos orales.

**DISCUSIÓN:** El tamizaje neonatal cardíaco se consolida como una herramienta fundamental para detectar cardiopatías críticas en recién nacidos asintomáticos, permitiendo una intervención temprana crucial. Sin embargo, el postoperatorio de la CVAT frecuentemente cursa con complicaciones hemodinámicas que requieren manejo especializado, particularmente hipertensión y edema pulmonar secundarios a la redistribución del flujo sanguíneo. La persistencia de gradientes obstructivos en las venas pulmonares, documentada en nuestro paciente, constituye un factor de riesgo conocido para una recuperación prolongada, lo que refuerza la importancia del seguimiento especializado multidisciplinario en estos casos.

**CONCLUSIONES:** El tamizaje cardiológico neonatal constituye una herramienta esencial para el diagnóstico temprano de cardiopatías críticas, permitiendo intervenciones oportunas cuyo éxito depende fundamentalmente de una corrección quirúrgica precisa seguida de un manejo médico especializado multidisciplinario, como demuestra el abordaje integral requerido en la conexión venosa anómala total.

## 127 – PARÁLISIS DE CUERDAS VOCALES COMO MANIFESTACIÓN LARÍNGEA INICIAL EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Aide Sanluis Montiel, Hayde Guadalupe Hernández Huirache y Ricardo Servín Torres

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):134*

**INTRODUCCIÓN.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica con manifestaciones clínicas diversas. La afectación laríngea es infrecuente, puede presentarse como disfonía, disnea, edema o estenosis asociadas a complicaciones como parálisis de cuerdas vocales, vasculitis, neuropatía del nervio laríngeo recurrente.

**OBJETIVO.** Identificar presentaciones atípicas de la enfermedad oportunamente.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Femenina de 17 años en enero 2025 presenta limitación en la movilidad de dedos medios y anular derecho de extremidades superiores, se aborda como dedo en gatillo. Marzo de 2025 presenta fiebre, eritema malar de base macular con pápulas no confluentes, aspecto de descamación y artralgias, tratada con esteroides tópicos. En mayo valorada por reumatología del HRAEB ante disnea de bajos esfuerzos, disfonía, odinofagia, anorexia, artralgias generalizadas y laboratorio se documenta anemia, hipocomplementemia, anticuerpos ANA, anticoagulante lúpico, antifosfolípidos y Anti DNA positivos.

Se diagnostica LES al cumplir 6 criterios de ACR 1997, 3 criterios clínicos y 4 laboratoriales por SLICC y por EULAR/ACR 26 pts. Se hospitaliza por actividad de la enfermedad, abordaje cardiopulmonar y manejo con glucocorticoide e inmunosupresor. 31.05.2025 cardiología reporta corazón sin defectos estructurales, sin datos ecocardiográficos de derrame pericárdico o pericarditis. El 02 de junio, otorrinolaringología realiza una fibronasolaringoscopia ante disfonía persistente y evidencia de parálisis bilateral de cuerdas vocales, sin cierre glótico completo, con fuga de aire y disminución del tiempo de fonación máximo.

**DISCUSIÓN.** La parálisis de cuerdas vocales en LES pediátrico es una manifestación inusual de la afectación laríngea, se asocia con mayor actividad de la enfermedad. El manejo consiste en el control de la actividad autoinmune mediante glucocorticoides e inmunosupresores.

**CONCLUSIÓN.** En pacientes con LES que presenten síntomas laríngeos, se recomienda evaluación mediante laringoscopia y electromiografía, dada la posibilidad de compromiso de vía aérea.

## 128 – SÍNDROME PULMÓN- RIÑÓN EN ADOLESCENTE CON POLIANGEITIS MICROSCÓPICA

Aldo Borjón Pérez, Israel Sinahi Moreno Aguirre, Elva Lucero López Rojas  
Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):135*

**INTRODUCCIÓN:** La poliangeítis microscópica es una vasculitis de pequeños vasos, con afectación pulmonar y glomerular frecuente, generalmente asociada a ANCA y anti-MPO- ANCA. Su incidencia estimada es de 3.6 casos por millón de habitantes. En la edad pediátrica suele manifestarse entre los 9 y 12 años, con síntomas generales en el 100%, compromiso renal en el 82% y pulmonar en el 67%. La afectación pulmonar siempre se acompaña de daño renal, configurando el síndrome pulmón- riñón.

**OBJETIVO:** Describir el manejo y el abordaje diagnóstico de paciente femenino con poliangeítis microscópica.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Se trata de una paciente femenina de 17 años, con antecedentes de síndrome anémico tratado con hierro y vitaminas, además de transfusión eritrocitaria un mes antes del ingreso. Inició con malestar general, astenia, disnea, palpitaciones, diaforesis y síncope. Posteriormente presentó hematuria macroscópica inicialmente atribuida a litiasis ureteral. Una semana antes del ingreso desarrolló melena y un cuadro respiratorio con tos productiva y hemoptisis,

evolucionando a insuficiencia ventilatoria que requirió manejo avanzado de la vía aérea.

**Diagnóstico:** En la unidad de cuidados intensivos pediátricos se diagnosticó síndrome de distrés respiratorio agudo. La tomografía de tórax evidenció hemorragia alveolar y la paciente presentó deterioro renal, lo que ameritó terapia de reemplazo renal. El perfil inmunológico mostró ANAs, p-ANCA y c-ANCA positivos, con anti-MPO positivo y anti-MBG negativo, confirmando el diagnóstico de poliangeítis microscópica y descartando síndrome de Goodpasture.

**Tratamiento:** El tratamiento incluyó ventilación mecánica por siete días, pronación por 24 horas, hemodiafiltración por 48 horas, pulsos de metilprednisolona, ciclofosfamida, rituximab y cinco sesiones de plasmaféresis. La paciente mostró mejoría clínica progresiva, logrando retirar la ventilación tras la tercera sesión y evitando mayor deterioro renal y pulmonar.

**CONCLUSIONES:** La evolución de la paciente presentó mejoría significativa al iniciar terapia soporte pulmonar, renal, así como tratamiento específico.

## 129 – ARTRITIS REACTIVA VERSUS ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: DOS POSIBILIDADES, UN DIAGNÓSTICO

Santiago Alejandro Martini Cornejo, Jazmín Nonantzin May Saucedo,  
Hayde Guadalupe Hernández Huirache

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):136*

**INTRODUCCIÓN:** La artritis reactiva (ARe) y la artritis idiopática juvenil (AIJ), son caracterizadas por inflamación articular, diferenciadas entre sí por su duración, edad de aparición y detonante. Son entidades tan similares que llegó a proponerse, que se clasificaran una dentro de la otra. Ambas cobran relevancia en la edad pediátrica particularmente por las complicaciones incapacitantes a largo plazo y su impacto en el estilo de vida. Es importante diferenciarlas; a pesar de que compartan cierto tratamiento, el enfoque no será siempre el mismo.

**OBJETIVO:** Describir la superposición de características clínicas entre ARe y AIJ en un paciente pediátrico abordado en un hospital de tercer nivel.

**REPORTE DE CASO:** Paciente masculino de 9 años de edad, inicia con IVAS; evoluciona en 4 semanas con fiebre de 40 °C, dolor en extremidades inferiores, máculas, petequias y limitación en rodilla derecha. Ingresa con datos de respuesta inflamatoria sistémica, progresa a choque tóxico, neumonía

por *S. aureus*, neumotórax, piomiositis y osteomielitis por *Pseudomonas*. Se realiza drenaje de hematoma abscedado de miembro pélvico derecho y tratamiento antimicrobiano dirigido, a pesar de ello presenta aumento de volumen bilateral de rodillas. Egresos para manejo ambulatorio. Dos semanas después: presenta alzas térmicas (máx. 37.9 °C), aumento de volumen y dolor en rodilla derecha, limitación a la movilidad. Ingreso con taquicardia, hipertensión, T: 37.7 °C, perímetro de rodillas de 30 cm (previo 28 cm), marcha no valorada. Marcadores inflamatorios elevados, sin aislamiento infeccioso. Estudios de imagen y biopsia revelan artritis no especificada, debatiendo en el momento diagnóstico de Artritis Reactiva vs AIJ. Se administra tratamiento antimicrobiano y esteroides, presentando mejoría hasta su egreso. A 6 meses del egreso, persiste sintomatología articular con involucro de ambas rodillas, principalmente en la rodilla derecha. Cumpliendo criterios de Artritis Idiopática Juvenil, tipo oligoarticular persistente.

## 130 – PERFIL INMUNOLÓGICO EN LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI ATÍPICA: REPORTE DE UN CASO

**Felipe Daniel Marrufo García, Margarita de la Luz Martínez Fierro, Idalia Garza Veloz,  
Manuel González Plascencia, Mónica Rodríguez Borroel**

Hospital General de Zona No.1, Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar  
(IMSS-BIENESTAR), Zacatecas

Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de  
Zacatecas

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):137*

**INTRODUCCIÓN.** La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis aguda sistémica que afecta a niños menores de 5 años, con presentaciones atípicas. Manifestada inicialmente por fiebre alta, inflamación mucocutánea y linfadenopatía cervical, representa la principal causa de enfermedad cardiovascular adquirida en la niñez en países desarrollados.

**OBJETIVO.** La caracterización de la respuesta inflamatoria del paciente a través de técnicas moleculares como la qRT-PCR es una herramienta complementaria para el diagnóstico de EK atípica.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Se reporta una femenina de 2 años de edad con fiebre persistente de 39°C, acompañada de conjuntivitis bilateral no purulenta, labios agrietados, inflamación de la mucosa oral, eritema y de miembros, sin la presencia de linfadenopatía cervical o el rash típico de la EK. Los análisis de laboratorio mostraron proteína C reactiva elevada (11.1 mg/dl), fibrinógeno alto (468 mg/dl), dímero D en límites superiores (484 ng/ml). Se realizó perfil de expresión de citocinas mediante qRT-PCR mostrando un patrón inflamatorio

compatible con la enfermedad de Kawasaki atípica, por lo que se establece el diagnóstico de EK atípica de acuerdo a las guías de la asociación americana del corazón (AHA). El servicio de cardiología pediátrica realiza ecocardiograma transtorácico, mostrando arterias coronarias principales sin alteraciones. Se realiza tratamiento con inmunoglobulina intravenosa, ácido acetilsalicílico y metilprednisolona. Al octavo día de hospitalización existe mejoría de la sintomatología clínica y bioquímica, por lo que se decide alta a domicilio con cita a la consulta externa de cardiología y pediatría.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** Este caso demuestra la utilidad del perfil de citocinas en la sospecha de EK atípica, particularmente cuando los criterios clínicos son incompletos. La integración de datos inmunológicos puede ayudar a un reconocimiento temprano e intervención terapéutica, previniendo las secuelas cardiovasculares. El análisis de citocinas representa un complemento prometedor para perfeccionar los algoritmos diagnósticos de la EK atípica.

## 131 – ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS EN ADOLESCENTE POSTERIOR A CUADRO DE ENCEFALITIS AUTOINMUNE. REPORTE DE CASO

Jessica Marisela González Rangel, Sara Elena Mendoza Jiménez y  
Jorge Alberto Suárez Carrasco

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):138*

**INTRODUCCIÓN.** La Encefalitis Autoinmune es una enfermedad poco común, que puede presentarse con síntomas psiquiátricos. Actualmente, se estima que la mitad de los casos de encefalitis en niños son de etiología no infecciosa, siendo la etiología inmunomediada la más común. Particularmente la encefalitis por NMDA-R se identifica ahora con mayor frecuencia como etiología de encefalitis en niños.

**OBJETIVOS.** Reconocer síntomas psiquiátricos asociados a Encefalitis Autoinmune para facilitar su diagnóstico y tratamiento.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Masculino de 14 años que se refiere previamente sano. En octubre de 2024 inicia cuadro de encefalitis autoinmune caracterizado por afasia, hipoacusia bilateral y crisis de ausencia de 10 días de evolución. Durante el abordaje inicial se solicitaron estudios complementarios con tomografía de cráneo simple y resonancia magnética de encéfalo, encontrándose ambas sin alteraciones. Igualmente, se realizó citoquímico y citológico de líquido cefalorraquídeo, encontrándolo únicamente con pleocitosis. Por lo que, al cumplir criterios para Encefalitis Autoinmune, se solicitaron

anticuerpos anti-NDMA, siendo positivos. Se indicó tratamiento con esteroide y dos ciclos de inmunoglobulina, obteniendo remisión de los síntomas. Sin embargo, 2 meses después, el paciente refirió conductas restrictivas en la alimentación, desarrollando anorexia nerviosa y complicaciones asociadas como bradicardia sinusal severa.

**DISCUSIÓN.** En pediatría, se han descrito alteraciones psiquiátricas asociadas a encefalitis autoinmune, incluso al debut del mismo. Los adolescentes representan la población que con mayor frecuencia presenta un comportamiento anormal (alucinaciones (75%), agitación (87%) o catatonia) y cambios en el estado de ánimo (75%), como irritabilidad e insomnio (75%), disfunción del habla, discinesias, déficit de memoria, inestabilidad autonómica y disminución del nivel de consciencia.

**CONCLUSIÓN.** La literatura sugiere que en el tratamiento de estos pacientes debe priorizarse el uso de inmunoterapia. Pues ante el uso de psicofármacos, como los antipsicóticos suele presentarse empeoramiento de los síntomas, entonces es relevante reconocer esta asociación para conducir a mejores resultados a corto y largo plazo.

## 132 – TUMOR DE FOSA POSTERIOR EN PACIENTE PEDIÁTRICA; MANEJO INICIAL DE HIDROCEFALIA Y PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA

Rodrigo Molina Guevara y Yahir Ulises Lara Pérez, María Isabel García García

Hospital General León

Universidad de Guanajuato, División de Ciencias de la Salud,

Departamento de Medicina y Nutrición

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):139*

**ANTECEDENTES.** Dentro de los tumores de fosa posterior, el ependimoma es el más común en lactantes y preescolares. Los ependimomas son tumores derivados de células gliales radiales en la zona subventricular. Se localizan principalmente en la fosa posterior, cuarto ventrículo y médula espinal, raramente fuera del SNC. La edad media al diagnóstico es de cinco años, con 25-40 % en menores de dos.

**OBJETIVO.** Resaltar la importancia del diagnóstico temprano y el abordaje multidisciplinario en paciente pediátrico con probable ependimoma para optimizar el pronóstico y calidad de vida en pacientes con este tipo de tumores poco frecuentes.

**PRESENTACIÓN DEL CASO.** Paciente femenino de 2 años previamente sana, con antecedentes perinatales normales. Al año 8 meses presenta regresión de hitos del desarrollo y pérdida de la deambulación. Posteriormente, crisis convulsiva febril. La exploración física evidencia macrocefalia, nistagmo, ataxia en sedestación, dismetría de intención e hiperreflexia patelar bilateral, compatible con síndrome cerebeloso. Se realizó resonancia

magnética que evidenció tumor de fosa posterior y cisterna del ángulo pontocerebeloso (61×64×62 mm), heterogéneo con áreas quísticas, edema vasogénico circundante, hidrocefalia no comunicante y obliteración del seno transversal derecho. Se colocó derivación ventrículo-peritoneal como manejo inicial de la hidrocefalia obstructiva. Actualmente la paciente se encuentra estable, pendiente de valoración por neurocirugía oncológica para tratamiento definitivo del tumor infratentorial. Tras la colocación de la válvula ventrículo-peritoneal, la paciente mostró mejoría clínica de la hipertensión intracraneal, con reducción de síntomas neurológicos. Permaneciendo pendiente la resección quirúrgica del tumor.

**CONCLUSIONES.** Se destaca la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno del tumor cerebral, donde la detección clínica e imagenología, junto al manejo inicial, resolvieron la sintomatología neurológica secundaria a hipertensión intracraneal, además de identificar el problema primario causante del cuadro, quedando pendiente la valoración quirúrgica y resección del tumor.

## 133 – RABDOMIÓLISIS SECUNDARIA A CONSUMO DE ANFETAMINAS: REPORTE DE CASO

Leslie Betzabe Sánchez Alvarado, Carlos Jesús Villagomez González

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):140*

**INTRODUCCIÓN:** La rabdomiólisis es causada por la degradación y necrosis de las fibras musculares esqueléticas y liberación de contenido intracelular a la circulación sistémica. Las metanfetaminas son sustancias que pueden causar graves complicaciones. Se sabe que hasta el 24% de los consumidores pueden desarrollar rabdomiólisis.

**OBJETIVO:** Revisar la presentación clínica y diagnóstico de rabdomiólisis secundaria al consumo de metanfetaminas.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Femenino de 16 años con antecedente de ingesta de drogas desde los 12 años, con dos ingresos a anexos por esta causa, 48 horas después del consumo de drogas (examen toxicológico positivo para metanfetaminas) comienza con astenia, adinamia, además de edema en extremidades inferiores, acompañado de parestesias y dolor EVA 8/10. Se toman laboratorios donde se muestran incrementos de azoados (urea 257, BUN 120.1, creatinina indetectable), se indica la necesidad de hemodiálisis. Además,

se toman enzimas musculares con elevación de CPK (fuera de rango del analizador) y CK-MB (1333) por lo que se inicia abordaje de rabdomiólisis secundaria a consumo de anfetaminas.

**DISCUSIÓN:** El daño muscular grave en este caso es debido a la isquemia que causa lesión del músculo y liberación de sustancias intracelulares por el efecto tóxico directo de las metanfetaminas sobre los miocitos. El cambio metabólico y el eflujo de proteínas por rabdomiólisis pueden saturar el sistema de depuración renal y propiciar insuficiencia renal

**CONCLUSIONES:** El consumo de metanfetaminas causa complicaciones médicas que afectan la vida. El diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento son fundamentales para evitar su progresión. Se deben conocer las complicaciones clínicas que desencadenan para poder sospechar del diagnóstico ante un paciente consumidor y evitar la muerte por los trastornos metabólicos que se desencadenan.

## 134 – PROGRESIÓN ACELERADA A DIABETES TIPO 2 EN UNA PACIENTE PEDIÁTRICA CON OBESIDAD: REPORTE DE CASO

Aileen Aketzalli Méndez Aguilar, Yazmin Alejandra Velázquez Granados,  
Ma. de la Cruz Ruiz Jaramillo, Gerardo Rojas Artiaga

Departamento de Medicina y Nutrición, División de Ciencias de la Salud,  
Universidad de Guanajuato

Hospital General León, Hospital Christus Muguerza  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):141*

**INTRODUCCIÓN:** La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de inicio juvenil, impulsada por la obesidad, presenta una fisiopatología más agresiva que en adultos. Frecuentemente, el primer signo de daño sistémico no es metabólico, sino renal: la glomerulopatía por obesidad (ORG), que se manifiesta con hiperfiltración y anticipa la rápida progresión de la enfermedad.

**OBJETIVO:** Analizar el manejo de una paciente con obesidad severa mediante una comparación con guías clínicas para identificar las causas de su progresión a DM2 y determinar el tratamiento futuro óptimo.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Femenina de 10 años, hija de madre con diabetes gestacional, presentaba obesidad severa (IMC p99) y acantosis nigricans. Se diagnosticó síndrome metabólico y ORG con hiperfiltración (131 ml/min). A pesar del manejo estándar con estilo de vida y metformina por resistencia severa a la insulina (HOMA 10.2), en 13 meses evolucionó a DM2 descontrolada

(HbA1c 8.4%), esteatosis hepática y transición de la función renal de hiperfiltración a normofiltración. El descontrol metabólico severo (glucemia 347 mg/dL) requirió hospitalización e inicio de insulina intensiva basal-bolo para su estabilización.

**DISCUSIÓN:** La rápida evolución del caso es consistente con la naturaleza agresiva de la DM2 juvenil. Aunque el manejo inicial fue estándar, su intensidad fue insuficiente para la severidad biológica del cuadro, un escenario donde las guías actuales de la AAP recomiendan un tratamiento conductual intensivo y temprano.

**CONCLUSIONES:** La DM2 juvenil exige un manejo proactivo desde el diagnóstico de la obesidad. Este caso evidencia las limitaciones de la metformina como monoterapia y subraya la necesidad de considerar precozmente agentes más eficaces, como agonistas de GLP-1 e inhibidores de SGLT-2, por su superioridad glucémica y beneficios cardio-renales.

## 135 – ETIOLOGÍA INUSUAL DE CHOQUE REFRACTARIO A AMINAS EN UN NEONATO.

### REPORTE DE UN CASO

Celina Hinojosa Domínguez, Ana Ruth Mejía Elizondo, Victoria Lima Rangel,  
Francisco Escalante Padrón, Raúl Roque Sánchez

Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):142*

**INTRODUCCIÓN.** El choque en los RN es una emergencia de alta mortalidad con etiología multifactorial. Cuando no hay respuesta al tratamiento habitual, es importante considerar todas las posibilidades que orienten al diagnóstico.

**OBJETIVO:** describir el caso clínico de un RN con choque refractario a aminos.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** RN de término, femenino, hipotrófico, producto de G3, diagnosticado a las 29 SDG con RCIU y detección de huesos tubulares. Cesárea iterativa a las 37 SDG, Apgar 6-8, SA 3-4. A la exploración física dismorfias menores, paladar alto, polidactilia postaxial en ambas manos. Ingresa a UCIN en CPAP, presenta choque refractario a aminos y crisis convulsivas. En la evolución destacó hiponatremia sin hiperkalemia y labilidad a la disminución de aminos, se confirma insuficiencia suprarrenal, cortisol de 0.60 µg/dL, continúa esteroide de mantenimiento y paulatinamente se suspendieron aminos. Perfil tiroideo reportó hipotiroidismo central con TSH 0.03 T4Libre 0.09 ng/dL. Ante la sospecha de hipopituitarismo, se solicita prolactina < 0.94, FSH < 0.3,

LH < 0.1, hormona de crecimiento < 0.020, factor de crecimiento insulinoide < 15, integrando diagnóstico de panhipopituitarismo congénito. La tomografía con hidrocefalia, hipófisis y fosa posterior hipotróficas. Egresó por mejoría.

**DISCUSIÓN.** El hipopituitarismo congénito es una alteración muy poco frecuente, puede ocurrir por defectos del desarrollo de la glándula pituitaria, mutaciones genéticas y eventos perinatales. Puede ser asintomático al nacimiento o presentar síntomas inespecíficos como apnea, ictericia, colestasis y convulsiones. El 23% de los casos son diagnosticados posnatalmente con hipoglucemia, hiponatremia o sepsis recurrente. La literatura reporta un caso de panhipopituitarismo a los 18 días de vida, cursó con crisis convulsivas y el estudio de imagen reportó hipófisis hipoplásica.

**CONCLUSIONES.** Dado su impacto en la morbilidad neonatal, el panhipopituitarismo, aunque infrecuente, debe incluirse en el diagnóstico diferencial del choque refractario. La clave reside en una sospecha temprana que permita estudio y tratamiento oportunos.

## 136 – DE LA ANAFILAXIA A LA FALLA MULTIORGÁNICA: APRENDIZAJE A PARTIR DE UN CASO DE ALACRANISMO GRAVE

Jaime Antonio Villegas Vacio, Fernanda del Rosario Ornelas Carreón  
Hospital Regional ISSSTE León, Hospital de Especialidades Pediátrico León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):143*

**INTRODUCCIÓN.** El alacranismo constituye un problema de salud pública en México, con la mayoría de los casos pediátricos cursando de manera leve; sin embargo, algunos desarrollan complicaciones graves. La anafilaxia secundaria al veneno de alacrán es rara, pero puede condicionar la evolución fulminante.

**OBJETIVO.** Presentar el caso de un paciente pediátrico con picadura de alacrán complicada con anafilaxia, choque distributivo y falla multiorgánica, destacando la posible participación de una microangiopatía trombótica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Se trata de masculino de 9 años, previamente sano, que tras picadura en codo izquierdo presentó vómito persistente, cianosis y evento convulsivo. Fue manejado inicialmente con intubación orotraqueal, administración de dos faboterápicos, adrenalina, difenhidramina y esteroide, siendo referido a cuidados intensivos pediátricos. A su ingreso se documentó choque distributivo con anuria y necesidad de ventilación mecánica, terapia de reemplazo renal y soporte vasopresor máximo. Evolucionó con falla multiorgánica progresiva: renal (AKIN III, probable

necrosis tubular aguda), hematológica (trombocitopenia grave, sangrado activo, probable CID con ISTH 4 puntos), hepática y cardiovascular. Destacó hemorragia pulmonar masiva y sangrado digestivo refractario a transfusión. A pesar del soporte avanzado y escalamiento antimicrobiano, presentó choque séptico refractario, hipoxemia severa y sangrado persistente, falleciendo al noveno día de estancia.

**DISCUSIÓN.** El caso ilustra una evolución atípica de alacranismo grave, con anafilaxia inicial y falla multiorgánica subsecuente. Aunque la deficiencia de ADAMTS13 no fue corroborada, se han descrito reportes previos con curso similar y desenlace favorable gracias a la sospecha temprana. La coexistencia de choque distributivo, anafilaxia y probable microangiopatía trombótica aumenta la morbimortalidad, por lo que resulta crucial considerar este mecanismo fisiopatológico en pacientes con hemólisis, trombocitopenia y sangrado refractario.

**CONCLUSIÓN.** La vigilancia estrecha y el abordaje multidisciplinario son esenciales en el alacranismo grave pediátrico.

## 137 – CHOQUE SÉPTICO REFRACTARIO Y FALLA MULTIORGÁNICA EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: IMPACTO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Sara Elena Mendoza Jiménez, Daniela Monserrat Díaz Hernández, Jessica Marisela  
González Rangel, Mario Alberto Ayala Castellano

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):144*

**INTRODUCCIÓN.** La Leucemia Mieloide Aguda (LMA) puede complicarse con sepsis grave y falla multiorgánica por inmunosupresión y quimioterapia. La Terapia de Reemplazo Renal Continua (TRRC) constituye una herramienta fundamental en el manejo de pacientes críticos, al permitir estabilización metabólica y hemodinámica en escenarios complejos.

**CASO CLÍNICO.** Paciente masculino de 17 años con LMA tipo eritroleucemia M6 con infiltración medular del 90%, tratado con esquema “7+3”. Ingresó a UCIPE el 14/07/2025 por choque séptico refractario a aminas y falla multiorgánica (Phoenix 11, pMODS 11), en contexto de neutropenia febril. A nivel cardiovascular presentó VIS máximo de 126, con FEVI de 55mmHg y PSP de 40 mmHg, ameritando múltiples vasopresores. Respiratoriamente cursó con neumonía bilateral y atelectasias en tomografía, requiriendo ventilación mecánica y posterior transición a SIMV con evolución favorable. Desarrolló lesión renal aguda AKI III (urea 150 mg/dl, creatinina 5.0 mg/dl, TFG 15.4 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), ameritando

TRRC con filtro oxiris durante 10 días y hemodiálisis (2 sesiones). Presentó falla aguda grave. evolucionó con coagulación intravascular diseminada, anemia severa (Hb 2.3 g/dl), trombocitopenia y sangrado digestivo alto, requiriendo transfusiones. Ingresó con reactantes de fase aguda elevados (PCR 468.7, procalcitonina 231) y recibió antibióticos de amplio espectro. Ante persistencia blástica (31.85%) y disfunción hepática severa, oncología inició quimioterapia ajustada con citarabina a dosis reducidas e hidroxiurea.

**DISCUSIÓN.** Este caso ilustra la gravedad de la sepsis refractaria en contexto oncológico pediátrico y la utilidad de la TRRC como soporte vital integral. Su implementación permitió corrección de alteraciones metabólicas y hemodinámicas, facilitando la estabilización clínica en un escenario de falla multiorgánica.

**CONCLUSIÓN.** La TRRC se confirma como intervención clave en pacientes pediátricos onco-críticos con falla multiorgánica, funcionando como puente terapéutico ante complicaciones graves de LMA y sepsis.

## 138 – ULTRASONIDO DIAFRAGMÁTICO COMO PREDICTOR DE ÉXITO EN EXTUBACIÓN EN ADOLESCENTE CON MIASTENIA GRAVIS JUVENIL REFRACTARIA A TRATAMIENTO

Saúl Hernández Virgen, Israel Sinahi Moreno Aguirre, Aide Sanluis Montiel,  
Ma. Guadalupe Dominguez Escamilla

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):145*

**INTRODUCCIÓN:** La miastenia gravis juvenil (JMG) es un trastorno raro en menores de 18 años, con incidencia baja en Europa y EE. UU. (1,2–1,6 casos por millón de personas al año), principalmente en menores de 10; en México la información es limitada. El tratamiento inicial incluye esteroides e inmunoglobulina humana (IH) y, en casos seleccionados, rituximab.

**OBJETIVO:** Describir el caso de una adolescente con miastenia gravis juvenil (MGJ) que presenta refractariedad al tratamiento convencional con inmunoglobulina humana (IH), esteroide + plasmaféresis y la utilidad de la evaluación diafrágica con ultrasonido para predecir éxito de extubación.

**Evolución y tratamiento:** Paciente femenina de 15 años con MGJ de inicio temprano, anticuerpos anti-AChR positivos y neurofisiología confirmatoria. El 4/07/2025 ingresó al HRAEB por segunda crisis miasténica con insuficiencia respiratoria. Se inició ventilación mecánica (VM), IH y esteroide, con monitoreo en UCIP. Ante dificultad en el destete, del 12 al 15/07/25 recibió plasmaféresis (4 sesiones). El ultrasonido reportó

excursión diafrágica (ED) 0.8 cm y fracción de engrosamiento (FED) 27%. Se

administró rituximab, con nuevo USG que mostró ED 1.8 cm y FED 58%, que permitió extubación exitosa y egreso de UCIP. El 14/08/25 se realizó timentomía toracoscópica bilateral sin complicaciones. Posteriormente presentó dificultad en el destete por una infección relacionada a cuidados de la salud, tratadas con meropenem y retiro de dispositivos, con mejoría clínica. El 21/08/25 recibió segundo ciclo de plasmaféresis (23, 25 y 27/08/25) más rituximab, con evolución favorable y nueva extubación exitosa. Actualmente continúa manejo multidisciplinario con rehabilitación respiratoria intensiva, ejercicios diafrágicos, movilización temprana, fortalecimiento del reflejo tusígeno y pruebas de función respiratoria (Pimax, Pemax, espirometría).

**CONCLUSIONES:** La ED y FED fue útil para predecir el éxito del destete ventilatorio en una paciente con MGJ con refractariedad al tratamiento convencional. El manejo multidisciplinario fue clave para la evolución favorable en esta paciente.

## 139 – MIOCARDIOPATÍA DILATADA FULMINANTE, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE INSUFICIENCIA CARDIACA EN PEDIATRÍA

Ana Karen Medina Cárdenas, Óscar García Ruiz

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):146*

**INTRODUCCIÓN.** La miocardiopatía dilatada es una cardiopatía poco frecuente en la infancia que se caracteriza por dilatación de cavidades izquierdas y una contractilidad miocárdica reducida. Es una causa importante de morbilidad con pronóstico desfavorable.

**OBJETIVO.** Describir evolución clínica de paciente con miocardiopatía dilatada fulminante.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Masculino de 14 años, previamente sano, cursa con cuadro gripal previo a su hospitalización recibiendo tratamiento sintomático. Durante su hospitalización presenta disnea de pequeños esfuerzos, edema de extremidades, hepatomegalia, pulsos débiles; integrando un síndrome de choque cardiogénico, requiriendo uso de vasopresores e inotrópicos. Se realiza ecocardiograma por cardiología pediátrica reportando dilatación del ventrículo izquierdo con disfunción sistólica global, FEVI por método Simpson del 27%, insuficiencia mitral severa, aurícula izquierda dilatada, concluyendo diagnóstico de miocardiopatía

dilatada. Durante el abordaje se descartaron causas infecciosas, genéticas autoinmunes como factor desencadenante. Paciente cursa con mala evolución clínica, deterioro hemodinámico y falla cardiaca irreversible.

**DISCUSIÓN.** La miocardiopatía dilatada, en pediatría puede deberse a causas genéticas, fármacos, trastornos endocrinos, autoinmunes, entre otros, puede ser idiopático en el 66% de los casos. La incidencia en niños es alrededor de 0.57 por cada 100,000 con mayor incidencia en varones. Afecta a todos los grupos de edad, etnias y razas. El diagnóstico se realiza mediante ecocardiograma, el cual permite determinar el grado de compromiso funcional. El tratamiento médico se enfoca en controlar los síntomas de insuficiencia cardiaca y detener la progresión de la enfermedad, el tratamiento definitivo es el trasplante cardiaco.

**CONCLUSIONES.** El diagnóstico de esta patología tiene como finalidad implementar un tratamiento oportuno que mejore la calidad de vida a corto y mediano plazo, así como reducir complicaciones y secuelas.

## 140 – TERAPIA DE SOPORTE RENAL EN ESCOLAR CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA Y LESIÓN RENAL REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Israel Sinahi Moreno Aguirre, Jessica Anahis Arriaga Centeno,  
Juana Lizette Robles Diaz

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):147*

**INTRODUCCIÓN:** La lesión renal aguda (LRA) en pacientes pediátricos críticos es de 30-50%, y 5-10% requerirán terapia de remplazo renal (TRR). La cetoacidosis diabética (CD) grave puede desarrollar LRA aguda durante su debut que agrava la condición del paciente.

**OBJETIVO:** Describir caso clínico de Cetoacidosis diabética con LRA refractaria al tratamiento convencional y rescate con terapia de remplazo renal lenta continua (TRRLC).

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Masculino de 11 años. Inició padecimiento 15 días previos con polidipsia, poliuria, astenia, náusea y dificultad respiratoria; acudió con facultativo sin mejoría; acudió a clínica particular, reportando glucosa de 834mg/dl, glucosuria y cetonuria; enviado a HGZ donde iniciaron terapia hídrica e infusión de insulina enviándose a tercer nivel. Ingresó con Glasgow de 10 y choque, se administraron 2 cargas con cristaloides, se intubó e ingresó a UCIP. Manejo con ventilación mecánica, sedoanalgesia, insulina, presentó LRA KDIGO 2 y sobrecarga hídrica del 10%; inició TRR con diálisis peritoneal

(DP) por 3 días, con refractariedad. Progresión de disfunción multiorgánica, se suspendió DP e inició TRRLC, con mejoría gradual. Al comparar ambas terapias en el día 1, 2 y 3 la TRRLC fue superior a la DP al mejorar variables hemodinámicas, ventilatorias, bioquímicas, metabólicas. En el día 3 de tratamiento (DP vs TRRLC): frecuencia cardíaca  $134 \pm 6.7$  vs  $126.7 \pm 9$ ,  $p < 0.0001$ ; frecuencia respiratoria  $30 \pm 0$  vs  $18.2 \pm 0.5$ ;  $p < 0.0001$ ; presión arterial media  $60.5 \pm 7.8$  vs  $75.5 \pm 7.2$ ;  $p < 0.001$ ; Glicemia capilar mg/dl:  $453 \pm 36.1$  vs  $101.8 \pm 10.9$ ;  $p = 0.002$ ; Dosis Insulina uds/kg/hr:  $0.17 \pm 0.009$  vs  $0.01 \pm 0.0006$ ; índice inotrópico vasoactivo:  $65.4 \pm 31.9$  vs  $14.7 \pm 3.6$ ;  $p < 0.0001$ ; pH  $7.12 \pm 0.02$  vs  $7.42 \pm 0.01$ ;  $p < 0.001$ ; bicarbonato  $12.2 \pm 1.7$  vs  $21.7 \pm 0.7$ ;  $p < 0.001$ ; requirió 5 días de TRRLC; extubación al día 8; egresó a hospitalización, con recuperación de función renal y egreso a domicilio.

**CONCLUSIONES:** el tratamiento del paciente crítico con LRA y alteración metabólica grave es individualizado para lograr estabilización, mejoría y recuperación de la disfunción orgánica.

## 141 – PRIMER CASO EN GUANAJUATO MANEJADO CON ECMO EN UN LACTANTE CON SÍNDROME POSTCARDIOTOMÍA OPERADO DE TRONCO ARTERIOSO

Israel Sinahi Moreno Aguirre, Arturo Mercado García, Moisés Espitia Victoria,  
Ramón Raúl Marín Vivas, Monserrat Almeida Lara Fletes, Mayda Ithzel Cruz Rabadán,  
Jessica Anahis Arriaga Zenteno, Beatriz Padilla Hernández, Luis Armando Rangel García,  
Carolina García de la Rosa, Jesús Daniel Ortiz Ley, Guillermo Ramírez Núñez,  
Rocío Gisell Cordero Suárez, María Cecilia Martínez Morales, Mariana Becerra Rodríguez

Hospital Médica Campestre

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):148*

**INTRODUCCIÓN:** Del 1 al 4% de pacientes operados de cardiopatía congénita presentan síndrome postcardiotomía (SP) refractario a tratamiento convencional, al no poder destetar de la circulación extracorpórea (CEC) requieren soporte cardiorespiratorio con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO).

**OBJETIVO:** Describir caso clínico de lactante operado tronco arterioso tipo II con síndrome postcardiotomía refractario a tratamiento convencional y sometido a ECMO.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Femenino de 4 meses de edad, con diagnóstico de síndrome de Down y tronco arterioso tipo II. Detección de cardiopatía al nacimiento manejo y seguimiento por cardiología pediátrica. Se sesiona caso y se decide corrección quirúrgica. Se realiza cierre de comunicación interventricular con parche de PTF, y anastomosis ventricular con tubo ventrículo pulmonar valvulado, con tiempo de bomba de circulación extracorpórea de 146 minutos, y tiempo de pinzamiento de 103 minutos. Presenta síndrome postcardiotomía (SP), con datos de

choque cardiogénico hipertensión pulmonar, sin respuesta al manejo convencional con ventilación mecánica, óxido nítrico y soporte vasoactivo, se coloca ECMO venoarterial (VA) central, durante su estancia en terapia intensiva pediátrica con mejoría gradual de la función cardíaca por ecocardiografía, descenso de soporte vasoactivo, por lo que se retira al quinto día ECMO VA. Cursa con lesión renal aguda KDIGO 1 con recuperación gradual de la función renal. Presenta trastorno miopático del paciente crítico, presenta 2 intentos fallidos de extubación, por lo que se realiza traqueostomía. Retiro de soporte ventilatorio a los 30 días. Requiere manejo multidisciplinario por la complejidad del caso. A los 53 días con evolución favorable, se refiere a hospital de referencia para continuar con capacitación y soporte nutricional con egreso domiciliario a los 15 días por mejoría.

**CONCLUSIONES:** El SP representa un reto en el manejo postquirúrgico en cardiopatías congénitas complejas, un manejo multidisciplinario es fundamental para un exitoso tratamiento multimodal.

## 142 – CANDIDIASIS SISTÉMICA CONGÉNITA, PRESENTACIÓN CLÍNICA

Jessica Susana Monzón Ramírez, Yamilet Delgado Guzmán,  
Miriam Jessica Santoyo Medina, Luis Alberto León Tzab

Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):149*

**INTRODUCCIÓN:** La candidiasis congénita (CC) es una enfermedad rara, generalmente causada por la infección candidiásica intrauterina que se manifiesta durante los primeros días de vida. Puede ser localizada al involucrar solo piel o generalizada ocasionando distrés respiratorio, meningitis, sepsis, y muerte.

**OBJETIVO:** El objetivo de presentar el caso clínico, es por los síntomas iniciales, concordantes con una sepsis, sin embargo con evolución fatal.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Madre de 25 años al momento de la gestación, pruebas de tamizaje de VIH y VDRL reportadas como negativas, niega toxicomanías, producto de la gestación 3 con 1 parto, 1 aborto control prenatal en el primer trimestre con un total de 3 consultas, se realizan 2 ultrasonidos sin alteraciones estructurales. Consumo de micronutrientes; aplicación de inmunizaciones. Cursa con infección de vías urinarias actualmente, en tratamiento con fosfomicina dosis única, continuando con ampicilina. Ingresa con progresión trabajo parto, pasa cesárea de urgencia, bajo

bloqueo líquido amniótico normal, placenta y cordón sin alteraciones, al nacimiento con esfuerzo respiratorio y tono presente se da pinzamiento de 60 segundos, con maniobras avanzadas de reanimación, 29 sdg por Ballard. Paciente con manejo para sepsis, primera línea, con deterioro hemodinámico, choque séptico con lesiones cutáneas y hemocultivo con crecimiento de *Candida albicans* con abordaje, en búsqueda intencionada de fungomas con fungoma en pelvis renal.

**DISCUSIÓN.** La sospecha dada la dermatosis y los hallazgos microbiológicos es que se trate del mismo espectro de una candidemia diseminada neonatal que es una complicaciones realmente rara, de transición uterina, pero que en este paciente ya bien documentada incluyendo la afectación a órganos al mismo tiempo.

**CONCLUSIONES:** Factores como la prematuridad que incrementan la mortalidad asociada. con ecografía abdominal positiva, valoración oftalmológica negativa, en manejo con anfotericina, paciente que falleció a pesar del manejo.

## 143 – SEPSIS DE INICIO TEMPRANO POR *SERRATIA MARCESCENS*. REPORTE DE UN CASO

Rocío Elvira Fortanelli Rodríguez, Ricardo Ibarra Serrano , Alejandra Letechipia

HGZ No. 1 IMSS Zacatecas

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):150*

**INTRODUCCIÓN:** La sepsis de inicio temprano es un problema de salud mundial, considerada una de las principales causas de mortalidad neonatal. En el contexto de la creciente resistencia a los antimicrobianos, la etiología de la sepsis neonatal está evolucionando, lo que podría reducir la eficacia de las guías de tratamiento empírico actual.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Recién nacido masculino obtenido por cesárea por bradicardia fetal, de 35.4 sdg , desarrolla síndrome de dificultad respiratoria ingresando a cunero patológico, al segundo día de vida, presenta datos clínicos y bioquímicos de respuesta inflamatoria sistémica, iniciándose ampicilina/amikacina, previa toma de hemocultivo, con deterioro clínico importante que amerita pase a la unidad de cuidados intensivos neonatales, al sexto día de vida presenta convulsiones, se realiza punción lumbar , citológico con pleocitosis 55000 predominio polimorfonucleares, aislamiento microbiológico en hemocultivo y cultivo de LCR de *Serratia marcescens* se modifica su tratamiento con carbapenémico a dosis meníngea sin embargo presenta

deterioro clínico al día 15 de vida, se policultiva teniendo aislamiento en hemocultivo de *Enterococcus faecalis* agregando a su manejo glicopeptido. Se planeó una duración del tratamiento de 21 días. Control tomográfico craneal con presencia de quistes bifrontales. Actualmente continúa hospitalizado.

**DISCUSIÓN.** *S. marcescens* es una especie bacteriana estrechamente asociada al entorno de la UCIN. La mayoría de las infecciones se adquieren de forma exógena. Un análisis reciente de las causas de la sepsis neonatal en los países en desarrollo citó a las especies de *Serratia* como la quinta causa más común.

**CONCLUSIONES:** Se presenta el caso de un recién nacido prematuro con signos de sepsis al segundo día de vida con focalización meníngea. Este cuadro clínico sugiere una infección materno-fetal. La infección sistémica por *Serratia* podría ser el resultado de una infección por corioamnionitis. Debe descartarse cuadro de inmunodeficiencia en el paciente por los diversos aislamientos microbiológicos.

## 144 – DECORTICACIÓN PULMONAR COMO RESULTADO DE NEUMONÍA COMPLICADA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO: REPORTE DE UN CASO

Paulina Guadalupe Martínez Basurto, Elizabeth Otero Chamorro, Eduardo Gómez Leyva

Hospital Regional ISSSTE León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):151*

**INTRODUCCIÓN.** El virus respiratorio sincital (VRS) es un mixovirus ARN de la familia Paramyxoviridae, altamente contagioso. Es un patógeno ubicuo y estacional, responsable de epidemias invernales en todo el mundo, con mayor impacto en niños menores de dos años. En Estados Unidos ocasiona unas 90,000 hospitalizaciones y 4,500 muertes anuales. Aunque en niños mayores suele cursar como resfriado común o de forma asintomática, en inmunocomprometidos o con antecedentes de riesgo puede evolucionar de manera grave.

**OBJETIVO:** Describir las características clínicas y evolución de un paciente con neumonía complicada por VRS que progresó a cirugía de decorticación pulmonar y parálisis diafragmática, con el fin de enfatizar la relevancia del diagnóstico precoz y la prevención de secuelas.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Varón de 4 años, con antecedente de prematuridad extrema (30 SDG). Inició el 09/11/2023 con síntomas respiratorios altos tratados de forma sintomática sin mejoría. El 12/11 desarrolló dificultad respiratoria, distensión abdominal y ausencia de

evacuaciones, requiriendo sonda nasogástrica. La TAC mostró derrame pleural tabicado y atelectasia. El 13/11 presentó insuficiencia respiratoria grave, requiriendo ventilación mecánica; persistió el derrame pese a drenajes y antibioticoterapia de amplio espectro. Posteriormente evolucionó a sepsis grave de origen pulmonar, con hallazgos ecográficos de paquipleuritis y atelectasia extensa. El 17/11 se realizó toracotomía con decorticación pulmonar, encontrando fibrina en 90% del parénquima y múltiples colecciones. Presentó alteraciones hematológicas que precisaron transfusiones, y tras la extubación se identificó parálisis diafragmática que requirió corrección quirúrgica. Film Array confirmó infección por VRS.

**CONCLUSIÓN:** El VRS, generalmente leve, puede ocasionar complicaciones graves en pacientes pediátricos con factores de riesgo. El diagnóstico precoz y la vigilancia estrecha son esenciales para reducir la morbimortalidad y prevenir secuelas. Este caso enfatiza la necesidad de medidas preventivas, manejo integral oportuno y estrategias de inmunización en poblaciones vulnerables.

## 145 – TENIASIS SISTÉMICA, REPORTE DE CASO

Najla Xiadani Molina Sahade, Grecia Natalia Gutiérrez Cuevas,

Rodolfo Tinoco Díaz

Hospital General Celaya

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):152*

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones parasitarias son un problema de salud pública mundial que provoca un importante número de niños infectados en nuestro país. Es causada por gusanos planos como *Taenia solium*, *Taenia saginata* y *Taenia asiatica*. Infección intestinal causada por la forma adulta de tenias, caracterizada por anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal y trastornos digestivos. La infección intestinal en humanos resulta de la ingestión de carne de cerdo cruda o poco cocida, con el posterior desarrollo del gusano adulto en el intestino.

**OBJETIVO:** Revisar la presentación clínica de una teniasis identificada mediante frotis de sangre periférica.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 7 años, ingresado por cetoacidosis diabética como debut de diabetes tipo II, durante su estancia presentó hematoquecia, evolucionando a shock hemorrágico grado II. En los exámenes de laboratorio se identificaron formas

larvales en frotis de sangre periférica, además de *Clostridium difficile* mediante estudio microbiológico. Como antecedente, consumidor de agua del grifo y convivencia con animales de granja. Valorado por Infectología, identificando escolex en frotis, iniciando manejo con prazicuantel y mantenimiento con nitazuxanida.

Hemocultivo central: *Taenia solium*, frotis de sangre periférica: formas larvares coincidentes con *Taenia solium*, cultivo para toxinas AB *Clostridium difficile* positivo.

**CONCLUSIONES:** La teniasis es una patología infradiagnosticada porque la mayoría de los pacientes son asintomáticos. Generalmente el diagnóstico es en el estudio de heces y cuando se presenta a nivel sistémico es posible identificarlo, aunque raro, en sangre periférica, teniendo la obligación de descartar infestación de otros órganos y sistemas, situación descartada en nuestro paciente.

## 146 – PERFORACIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A *ASCARIS LUMBRICOIDES*: REPORTE DE CASO

Mónica Rodríguez Arellano, María José Álvarez González,  
Valeria Gómez Toscano

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):153*

**INTRODUCCIÓN.** La ascariasis es una helmintiasis intestinal de distribución mundial, con alta prevalencia en regiones tropicales y subtropicales, principalmente en países con condiciones sanitarias deficientes. Se estima que más de 800 millones de personas están infectadas, siendo la población pediátrica la más afectada. En México, persiste como problema de salud pública en comunidades rurales con pobreza extrema, saneamiento básico limitado y prácticas de higiene inadecuadas. *Ascaris lumbricoides* puede ocasionar complicaciones graves como obstrucción intestinal, apendicitis, colangitis, pancreatitis y, en casos excepcionales, perforación intestinal. Esta última representa una complicación poco frecuente, pero potencialmente mortal, asociada a obstrucción prolongada, sobreinfección bacteriana o necrosis de la pared intestinal.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente femenina de 2 años 4 meses,

originaria de San Agustín Loxicha, Oaxaca, residente en vivienda rural sin servicios básicos. Ingresa al servicio de urgencias con cuadro de cinco días de evolución de dolor abdominal, distensión, vómito fecaloide, melena y expulsión de helmintos por vía rectal. La radiografía abdominal evidenció neumoperitoneo, por lo que se realizó laparotomía exploradora urgente. Se encontró peritonitis fecal secundaria a perforación en íleon distal, isquemia de asas intestinales y presencia de múltiples helmintos móviles (20–30 cm). Se efectuó resección de 40 cm de íleon con posterior anastomosis.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.** Este caso resalta la importancia de considerar la ascariasis como diagnóstico diferencial en cuadros obstructivos abdominales en niños de zonas endémicas, así como la necesidad de fortalecer estrategias de prevención, acceso al saneamiento y desparasitación periódica en comunidades vulnerables.

## 147 – CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MICROBIOLÓGICA DE BRUCELOSIS EN PEDIATRÍA. SERIE DE CASOS

Fátima Martínez Rodríguez, Lluvia Mercedes Cervantes Gamiño,  
Mónica Selene Andrés Hernández, Alejandra Elizabeth Guevara Solórzano  
Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos” Michoacán  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):154*

**INTRODUCCIÓN.** La brucelosis es una zoonosis de distribución mundial causada por bacterias del género *Brucella*. Aunque su incidencia ha disminuido en zonas urbanas, persiste como problema de salud pública en nuestra región, esto debido a prácticas ganaderas y al consumo de leche no pasteurizada. En pacientes pediátricos, la presentación clínica es inespecífica, lo que dificulta el diagnóstico oportuno.

**OBJETIVO.** Describir las manifestaciones clínicas, hallazgos laboratoriales y evolución de seis casos pediátricos diagnosticados con brucelosis en un hospital de segundo nivel.

**DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS.** Se reportan seis pacientes (edades entre 3 y 14 años) con antecedentes epidemiológicos compatibles (ingesta de lácteos no pasteurizados). Las manifestaciones clínicas predominantes fueron fiebre ondulante (100%), adenomegalias cervicales (83%), hepatoesplenomegalia (66%), adenomegalias inguinales (50%), lesiones dérmicas (33%) hiporexia (33%), diarrea (33%), pérdida de peso (33%) y astenia (33%). Respecto a los análisis clínicos, se evidenció

pancitopenia en el 33%, bicitopenia en el 50%, bacteremia en

el 66% y en todos se confirmó *Brucella* spp mediante pruebas serológicas (Rosa de Bengala,

SAT y 2-ME). Manejo con Rifampicina + Trimetoprim/sulfametoxazol; en seguimiento por Infectología pediátrica

**DISCUSIÓN.** La brucelosis en edad pediátrica continúa siendo una entidad subdiagnosticada debido al cuadro clínico diverso e inespecífico. En los casos presentados, los datos clínicos nos hicieron sospechar en patología oncológica; lo que demuestra la importancia de una historia clínica adecuada enfocándonos en los factores de riesgo ya que en nuestra población es común el consumo de lácteos no pasteurizados.

**CONCLUSIONES.** La brucelosis debe permanecer como diagnóstico diferencial en pacientes pediátricos con fiebre persistente, pancitopenia, adenomegalias y hepatoesplenomegalia. Una adecuada historia clínica y estudios específicos permiten un diagnóstico oportuno, evitando complicaciones asociadas y mejorando el pronóstico. La educación sanitaria sobre el consumo de productos pasteurizados es clave en la prevención.

## 148 – USO DE ALTEPLASE EN TROMBOSIS INTRACARDIACA ASOCIADA A CATETER VENOSO UMBILICAL

Viridiana Velasco Velázquez, Ana Ruth Mejía Elizondo, Raúl Héctor Roque Sánchez, Francisco Jesús Escalante Padrón, Eduardo Caballero Lugo

Hospital Regional de Alta Especialidad “Dr. Ignacio Morones Prieto”, San Luis Potosí  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):155*

**INTRODUCCIÓN.** La trombosis es una complicación grave, especialmente en pretérminos; cursa de manera asintomática y es detectada en estudios de control, siendo de carácter multifactorial.

**OBJETIVO:** describir los factores de riesgo para trombosis en el paciente y el protocolo utilizado.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** RN pretérmino, masculino, eutrófico, Producto de la Gesta 3, con adecuado control prenatal, cursó con IVU en primer trimestre, con manejo con AAS a las 20 SDG como profilaxis, ingresa por RPM (94 hrs), nacido por parto eutócico. Ingresa a la UCIN con CPAP. Durante su evolución se coloca CVU sin complicaciones, cursando con datos clínicos y de gabinete de neumonía intrauterina e íleo secundario ameritando manejo con nutrición parenteral. Se solicita ecografía de control por prematuridad evidenciando trombo de 13x4 mm desde desembocadura VCI hasta septum similar a trayecto del catéter, descartando endocarditis y punta de catéter pérdida, manejo con enoxaparina por parte de hematología pediátrica, con estudio de control con

disminución de las dimensiones de la ecogenicidad reportada de 6.8x2 mm. Se decide dar beneficio con trombólisis sistémica con factor tisular activador del plasminógeno (alteplase), recibe

una dosis calculada a 0.01 mg/kg/h en infusión durante 12 h, sin complicaciones, con último ultrasonido sin evidencia de trombos y función biventricular conservada. Egresada por mejoría.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** La fibrina en las paredes del catéter es la causa más común al interrumpir el flujo sanguíneo y favorecer un estado protrombótico asociado a la lesión vascular ocasionada por su colocación. La presencia de trombos intracardíacos representa un riesgo considerable de embolismos, compromiso hemodinámico o disfunción valvular, principalmente en pretérminos con mayor fragilidad vascular y riesgo de hemorragia intraventricular. El manejo con enoxaparina suele ser suficiente en trombosis no complicadas, sin embargo su persistencia justificó la indicación de trombólisis

## 149 – HIPERLEUCOCITOSIS COMO MANIFESTACIÓN INAGURAL DE UNA LLA-T: REPORTE DE CASO EN EDAD PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL INFANTIL DE TLAXCALA

Ximena Cervantes Lozada, Luis Enrique Muñoz Pérez

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):156*

**INTRODUCCIÓN:** La hiperleucocitosis se define como un recuento de glóbulos blancos mayor a 100,000/ $\mu$ l y será una complicación más común en leucemias agudas y se clasifica como una urgencia oncológica.

**OBJETIVO:** Describir la presentación clínica atípica de un paciente pediátrico previamente sano con hiperleucocitosis extrema, tumoración mediastinal y esplenomegalia, como manifestación inicial de una leucemia linfoblástica aguda (LLA) de células T y analizar el abordaje terapéutico inicial.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 8 años de edad, valorado por dolor abdominal de 5 días de evolución, asociado a vómitos. Antecedente de ser previamente sano.

**Exploración física:** Cuello cilíndrico con adenopatías palpables, gomosas a nivel cervical de 0.5cm anteroposterior, a nivel supraclavicular derecho 0.5cm y axilar derecho de 1cm. Presencia de esplenomegalia de

10 a 12 cm y adenomegalias palpables a nivel inguinal derecho de 0.5cm

**Paraclínicos:** Leucocitos de 739.000 + Esplenomegalia difusa.

**Tratamiento:** Hiperhidratación + corticosteroide

**DISCUSIÓN:** La hiperleucocitosis es una complicación de las leucemias agudas, un recuento tan elevado de leucocitos será un reto terapéutico ya que el riesgo de lisis tumoral y leucostasis es muy elevado, por lo que el tratamiento se deberá establecer de forma temprana y con una vigilancia estrecha en el hospital de primer contacto.

**CONCLUSIONES:** La identificación y el tratamiento precoz con hiperhidratación y corticosteroides pueden prevenir complicaciones fatales asociadas con el síndrome de lisis tumoral y la leucostasis. La sospecha clínica oportuna y el abordaje multidisciplinario son claves para mejorar el pronóstico en este tipo de presentaciones atípicas.

## 150 – RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES INFANTILES

Janete Arévalo Vázquez, Wendy Marisol Díaz Villagómez, Ana Cecilia Pompa Rodríguez  
Hospital General León

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):157*

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer infantil es una de las causas de morbilidad y mortalidad más desatendida en diversas regiones del mundo debido a que los sistemas de detección temprana son inadecuados al momento de realizar referencias a atención especializada, esto impacta la vida de niños, niñas y adolescentes que los que se tiene sospecha de cáncer.

**RESUMEN DEL CASO:** Se trata de un paciente que inicia padecimiento en 2023 con evacuaciones diarreicas, acude con médico quien solicita BH con evidencia de anemia iniciando tratamiento con sulfato ferroso. En 2024 presenta nuevamente anemia, acude con un médico quien trata con sulfato ferroso y cambios dietéticos. En mayo de 2025 se evidencia nuevamente anemia por lo que se indica acudir con hematología. En hematología se maneja con sulfato ferroso y ácido fólico. Posteriormente presenta tos no productiva sin predominio de horario, fiebre nocturna

y diaforesis. Acuden a hematología, quien refiere a infectología; se solicita radiografía de tórax evidenciando derrame pleural izquierdo, se solicita TAC de tórax, la cual no es concluyente, se sugiere AMO. Acuden a médico quien realiza USG abdominal y refiere a hematología. Acuden a medicina alternativa sin presentar mejoría. En el mes de julio acuden a médico general, quien realiza transfusión sanguínea por anemia. Acuden con reumatología, que descarta LES. Se acude con al menos 10 profesionales de la salud antes de ser referido al HGL.

**CONCLUSIÓN:** La detección temprana y referencia correcta de casos sospechosos de cáncer infantil y juvenil ayuda epidemiológicamente a comprender la importancia de identificar signos y síntomas de sospecha y completar el abordaje diagnóstico, recordando todo aquello que se debe preguntar y explorar para hacer una identificación y referencia oportuna.

## 151 – ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS ASOCIADAS AL QUILOTÓRAX TRAS CIRUGÍA DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA

Valentina Polo Velásquez , Arturo Gualberto Estrada López  
Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío IMSS BIENESTAR  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):158*

**INTRODUCCIÓN:** El quilotórax es una complicación poco frecuente caracterizada por acumulación de quilo en el espacio pleural. Puede clasificarse en traumático y no traumático, siendo el primero el más común, usualmente secundario a lesión quirúrgica. El quilo contiene triglicéridos, linfocitos e inmunoglobulinas, por lo que su pérdida ocasiona alteraciones nutricionales, metabólicas e inmunológicas relevantes.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Recién nacido femenino pretérmino de 35 semanas con diagnóstico postnatal de coartación de aorta crítica. Se realizó toracotomía izquierda y coartectomía ampliada. Durante el inicio de la alimentación presentó derrame pleural masivo izquierdo, confirmándose quilotórax. Se manejó con drenaje pleural, nutrición parenteral, reposo intestinal, octreotida y gammaglobulina intravenosa sin mejoría, persistiendo el alto gasto de quilo. Se efectuaron dos pleurodesis químicas y ligadura de conducto torácico. La paciente desarrolló linfopenia e hipogammaglobulinemia, con múltiples infecciones que progresaron a choque séptico y

disfunción orgánica múltiple, falleciendo a los 50 días de vida.

**DISCUSIÓN:** La cirugía cardiotorácica es la principal causa de quilotórax adquirido en pediatría. Las pérdidas prolongadas de quilo se asocian con depleción de linfocitos B y T (especialmente CD4), hipogammaglobulinemia y supresión de la inmunidad celular, aumentando el riesgo de infecciones graves. En este caso, la inmunosupresión contribuyó a la evolución desfavorable a pesar del manejo escalonado, lo que subraya la importancia de una vigilancia estrecha y tratamiento oportuno.

**CONCLUSIONES:** El quilotórax posquirúrgico implica complicaciones inmunológicas graves que condicionan alta morbimortalidad. La detección temprana de linfopenia e hipogammaglobulinemia, el soporte nutricional adecuado y el manejo multidisciplinario son fundamentales para mejorar el pronóstico. Estrategias dirigidas a reducir las pérdidas de quilo y prevenir infecciones pueden impactar de manera significativa en la supervivencia de estos pacientes.

## 152 – SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO INFANTIL CON COMPROMISO MULTIORGÁNICO Y MUTACIÓN EN EL GEN ADA: REPORTE DE CASO

Nancy Aislinn Tonix Ramírez, Raquel Hernández Ramos, Harold Lima Barragán,  
Fernando Javier Sandoval Silva, Federico Osorio Antonio

Hospital Infantil de Tlaxcala

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):159*

**INTRODUCCIÓN.** El síndrome hipereosinofílico (SH) en edad pediátrica es infrecuente, caracterizado por eosinofilia persistente  $>1,500/\mu\text{L}$  y compromiso multiorgánico. Sus principales complicaciones incluyen daño cardíaco, gastrointestinal, hematológico y neurológico, que condicionan el pronóstico. El abordaje diagnóstico requiere exclusión de causas secundarias, leucemias eosinofílicas y defectos genéticos asociados.

**OBJETIVO.** Describir caso clínico de SH primario asociado a mutaciones en ADA y RBCK1, con compromiso cardíaco y respuesta favorable a tratamiento dirigido.

**CASO CLÍNICO.** Paciente femenina de 3 años, previamente sana, con cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por palidez, astenia, dolor óseo e infecciones recurrentes, sin respuesta a múltiples tratamientos. Al examen físico presentaba adenopatías cervicales e inguinales bilaterales, blandas, móviles y no dolorosas; soplo cardíaco grado II/VI y hepatoesplenomegalia. Los estudios iniciales mostraron leucocitosis ( $55,700/\mu\text{L}$ ) con eosinofilia del 71.8%, anemia (Hb 7.9 g/dL) y disfunción ventricular izquierda

(FEVI 44%). Se descartaron leucemia mieloide crónica y leucemia aguda eosinofílica. La serología positiva para *Toxocara canis* motivó tratamiento antiparasitario, sin resolución completa de la eosinofilia, orientando a un SH primario. Posteriormente, se inició Imatinib, con respuesta hematológica y clínica favorable. Durante el seguimiento (2023–2025) presentó mejoría progresiva: normalización de biometría hemática, resolución de organomegalias y recuperación de la función ventricular (FEVI 66%). El estudio molecular (exoma) identificó mutaciones en ADA y RBCK1, asociadas con inmunodeficiencia y predisposición a neoplasias hematológicas. Actualmente, a los 5 años, la paciente se encuentra clínicamente estable, en clase funcional Ross I, con tratamiento dirigido con Imatinib.

**CONCLUSIÓN.** El SH pediátrico representa un reto diagnóstico. Aunque las causas más comunes son secundarias a infecciones parasitarias o alergias, la falta de respuesta obliga a considerar un SH primario. El diagnóstico temprano y la búsqueda de mutaciones genéticas, incluyendo genes de tirosina cinasa, permiten implementar terapias dirigidas que mejoran evolución y pronóstico.

## 153 – RESOLUCIÓN DE FIEBRE EN NIÑOS CON NEUTROPENIA FEBRIL DE ALTO RIESGO: COMPARANDO BETALACTÁMICOS, INFUSIÓN CONTINUA CONTRA BOLOS

Alejandro Palomares Saavedra, Mónica Jazmín Osorio Guzmán, Ana Elisa Jimenez Nieto, José Antonio León Espitia

Hospital Comunitario de San Francisco del Rincón, Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):160*

**INTRODUCCIÓN.** El cáncer es la primera causa de muerte por enfermedad en la infancia en México. La neutropenia febril constituye una complicación frecuente y grave, donde la fiebre es el marcador inicial de infección bacteriana invasora. En adultos críticos, la administración de betalactámicos en infusión continua optimiza la farmacodinamia y mejora desenlaces; sin embargo, la evidencia pediátrica es limitada, lo que motiva este estudio.

**OBJETIVO.** Evaluar si la administración de betalactámicos en infusión continua mejora la resolución de fiebre comparada con bolos en niños hospitalizados por neutropenia febril de alto riesgo secundaria a quimioterapia.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Ensayo clínico abierto, aleatorizado y multicéntrico en dos hospitales mexicanos. Se incluyeron pacientes de 1 a 18 años con neutropenia febril clasificada como alto riesgo según criterios de Santolaya. El tamaño de muestra calculado fue de 214 pacientes, 107 por grupo. Los participantes recibieron betalactámicos en infusión continua o

bolos, evaluándose la resolución de fiebre al cuarto día. Se obtuvo consentimiento informado y aprobación de comités de ética e investigación.

**RESULTADOS.** Entre abril 2022 y enero 2025 se reclutaron 88 pacientes; 74 fueron analizados. La resolución de fiebre al cuarto día ocurrió en 39.18% del grupo de infusión continua y en 47.29% del grupo bolo, sin diferencia significativa ( $p=0.36$ ). No se observaron eventos adversos atribuibles ni mortalidad en los 30 días de seguimiento.

**DISCUSIÓN.** La falta de significancia estadística se relaciona con el bajo número de pacientes frente a la muestra calculada y la distribución desigual entre grupos. No obstante, la literatura respalda ventajas farmacodinámicas de la infusión continua en pacientes críticos, justificando continuar el protocolo.

**CONCLUSIONES.** No se hallaron diferencias significativas entre esquemas. Completar la muestra permitirá obtener resultados concluyentes que orienten el manejo antibiótico en estos pacientes.

## 154 – BLASTOMA PLEUROPULMONAR. PRESENTACIÓN DE CASO

Ediberto Ruiz Martínez

Hospital General de Rioverde, San Luis Potosí

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):161*

**INTRODUCCIÓN.** El blastoma pleuropulmonar (BPP) es una neoplasia primaria de pulmón muy infrecuente, exclusivo de niños y de características agresivas.

**DESCRIPCION DEL CASO.** Se trata de un recién nacido femenino obtenido por cesárea por bradicardia fetal que presenta desde el nacimiento dificultad ventilatoria y es hospitalizada en 3 ocasiones por neumonía el primer año de vida. Presenta radiológicamente imagen persistente de consolidación en lóbulo superior derecho con áreas radiolúcidas. Inicialmente se pensó en una malformación adenomatoidea quística congénita (MAQC). A los 2 años presenta aumento de la dificultad ventilatoria y datos radiológicos de masa pulmonar. En la TAC se observa masa que ocupa casi la totalidad del hemitórax derecho, heterogénea y con reforzamiento moderado al medio de contraste. El gammagrama óseo con <sup>99m</sup>Tc que no reporta datos de actividad ósea metastásica. Se procede a cirugía de tórax encontrando tumor de 15 x 20 cm,

dependiente de lóbulo superior derecho, sólido, violáceo, y vascularizado. Se realiza resección y biopsia con resultado definitivo de blastoma pulmonar tipo III. Se brinda quimioterapia sistémica y radioterapia. Hay recaída de tumoración en sitio primario más metástasis a SNC que la llevan a la muerte.

**DISCUSION.** De los tumores broncopulmonares en niños el mayor porcentaje son los malignos (76%). El BPP es muy raro, el gen DICER1 es su causa genética principal. Hay 3 tipos: I (quístico), II (mixto) y III (sólido) y es la evolución natural del tumor desde el tipo I al III; las formas sólidas tienen peor pronóstico. La diferenciación de una MAQC de un BPP es difícil, la MAQC tiende a ser unilateral (98%) y confinada a un solo lóbulo (95%), el BPP tiende a presentarse como quistes bilaterales o multifocales.

**CONCLUSIONES.** Se recomienda tamizaje para el gen DICER1 en todos los pacientes con quistes pulmonares.

## 155 – MANEJO QUIRÚRGICO DE ATRESIA ESOFÁGICA TIPO 1 MEDIANTE TÉCNICA DE ELONGACIÓN ESOFÁGICA

Andrea Berenice Mata Morales, Evelin Meza Rodríguez, Francisco Javier García Valle

Hospital General León

Universidad de Guanajuato, Departamento de Medicina y Nutrición,

División de Ciencias de la Salud

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):162*

**INTRODUCCIÓN:** La atresia esofágica (AE) es una malformación congénita del tracto gastrointestinal superior, con una prevalencia de 1 por cada 2,500–4,500 nacidos vivos. Se origina por la falta de separación del intestino anterior en el desarrollo fetal temprano. En casos de AE tipo I, la elongación esofágica es una técnica quirúrgica que preserva el órgano nativo y evita recurrir a sustitución esofágica.

**OBJETIVO:** presentar el abordaje quirúrgico de la atresia esofágica tipo I mediante la técnica de elongación esofágica, resaltando sus principios, ventajas y limitaciones frente a otras alternativas, con el propósito de optimizar la reconstrucción primaria del esófago y los resultados postoperatorios.

**DESARROLLO:** recién nacido masculino pretérmino con atresia esofágica tipo I y múltiples malformaciones (microtia derecha, foramen oval permeable 2 mm, hidronefrosis bilateral II, asociación VACTERL), estudiado mediante protocolo VACTERL con ultrasonido renal y transfontanelar, placa

contrastada y estudios laboratoriales. Se realizó toracotomía posterolateral derecha, identificando una atresia de esófago de brecha amplia que impidió la anastomosis primaria, aplicando elongación esofágica externa tipo Foker con exteriorización de suturas y gastrostomía STAMM modificada. En segundo tiempo quirúrgico se efectuó anastomosis término-terminal. Posteriormente, se realiza esofagograma de control con paso adecuado del medio de contraste y evolución intrahospitalaria favorable. Presentó estenosis esofágica postquirúrgica a 10 cm de arcada dentaria, manejada con dilatación con balón neumático 8 mm y tratamiento de reflujo gastroesofágico. Actualmente, paciente en buen estado general, con alimentación completa vía oral, en tratamiento médico para reflujo gastroesofágico.

**CONCLUSIÓN:** la elongación esofágica tipo Foker preserva el esófago nativo, permitiendo reconstrucción exitosa y manejo de complicaciones en AE tipo I. Este abordaje ofrece resultados funcionales adecuados con seguimiento multidisciplinario.

## 156 – EXPERIENCIA DE GASTROSQUISIS CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A LOS TRES DÍAS DE NACIMIENTO EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Maira Liset Suárez, Jorge Abraham Matus Moro

Hospital General de Zona No. 2, Aguascalientes

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):163*

**INTRODUCCIÓN:** Gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal de grosor completo asociado con la protrusión intestinal en el útero, dilatado y cubierto con una cáscara inflamatoria fibrinosa.

**OBJETIVOS:** Experiencia de caso de gastrosquisis con tratamiento quirúrgico a los 3 días de nacimiento en un hospital de segundo nivel.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Masculino 37 sdg, producto de madre de 21 años, segunda gesta, sin antecedentes relevantes, embarazo complicado con gastrosquisis documentado con ultrasonidos prenatales, mal control desde el primer trimestre, VIH, VDRL e inmunizaciones negados. Ingresa madre a urgencias el 28/05/2021 con trabajo de parto, se decide resolución por cesárea. El 28.05.2021 a las 12:36 h, se recibe producto único Apgar 8/9, peso 2550 gr, talla 48 cm, perímetro cefálico 36 cm, Silverman 0, líquido amniótico y placenta normales. Se identifica defecto de pared abdominal (gastrosquisis) y se coloca SILO. El 31.05.2021 ingresa a quirófano de

urgencia donde se encuentra defecto paramedio derecho de 4 cm de longitud, abarca totalidad de intestino medio y posterior, con peritonitis generalizada, intestino permeable, mal rotación y mal fijación completa, se liberan adherencias, resto de anatomía normal, se verifica salida de meconio por recto, se libera aponeurosis y se quita cordón umbilical, se introducen asas intestinales sin cambios en presiones pulmonares. Buena evolución postquirúrgica, evacuaciones meconiales, gasto gastrobiliar por sonda orogástrica, sin aumento de perímetro abdominal. Fallece el quinto día posquirúrgico por aparente choque séptico de origen abdominal.

**CONCLUSIONES Y RESULTADOS:** El principal objetivo es devolver prontamente las vísceras a la cavidad abdominal para minimizar el riesgo de lesión intestinal y aumento de presión intraabdominal, logrando cierre primario con plastia de pared, sin cambios de presiones pulmonares en el transquirúrgico, sin distensión ni aumento de perímetro abdominal postquirúrgico.

## 157 – DIAGNÓSTICO TEMPRANO EN ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG NEONATAL: IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA

Mario García Ortiz, Ana Sarai Zavala Alcocer, Eduardo Gómez Leyva, Nathalie Misha Álvarez Aguilera

Hospital Regional ISSSTE León Guanajuato  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):164*

**INTRODUCCIÓN.** La enfermedad de Hirschsprung (EH) es un trastorno congénito de la motilidad intestinal, caracterizado por ausencia de células ganglionares en plexos mientérico y submucoso, con obstrucción funcional del colon distal y dilatación retrógrada (amiel et al., 2015). Su incidencia global es de 1 por cada 5,000–7,000 nacidos vivos, más frecuente en varones y asociada al síndrome de Down (heuckeroth, 2018). En el periodo neonatal se manifiesta con retraso en la eliminación de meconio, distensión abdominal y vómito bilioso. El diagnóstico oportuno mediante biopsia rectal es esencial, pues la demora incrementa la morbilidad (menezes & puri, 2017). El tratamiento es quirúrgico y la supervivencia ha mejorado significativamente en las últimas décadas (martucciello et al., 2020).

**OBJETIVO.** Describir el impacto del diagnóstico temprano de eh en un recién nacido con obstrucción intestinal.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Recién nacido masculino, producto de la tercera gesta, madre con hipertensión gestacional y síndrome de hellp. Nació por cesárea urgente (09/07/2025), con apgar 8/9 y silverman-andersen 1/1,

requiriendo oxígeno suplementario y surfactante vía mist en UCIN. durante la evolución presentó distensión abdominal y vómitos biliosos. La radiografía evidenció dilatación de asas sin neumatosis, inicialmente considerado íleo. Ante persistencia, se realizó biopsia rectal que mostró ausencia de células ganglionares en plexos submucosos y mientéricos, confirmando EH. El 18/08/2025 se practicó laparotomía exploradora, con hallazgo de zona de transición en sigmoides; se efectuó resección del segmento agangliónico y apendicectomía. Evolucionó favorablemente, con recuperación clínica y seguimiento multidisciplinario.

**CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN** La EH neonatal sigue siendo un reto diagnóstico, especialmente en contextos perinatales complejos. Este caso resalta la necesidad de un alto índice de sospecha clínica ante obstrucción intestinal persistente, la confirmación histopatológica precoz y la intervención quirúrgica temprana. El abordaje multidisciplinario permitió una evolución favorable, destacando la relevancia de protocolos de vigilancia estrictos en ucin para optimizar el pronóstico a largo plazo.

## 158 – ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG MÁS ALLÁ DE LA INFANCIA: UN CASO INUSUAL EN LA ADOLESCENCIA

Luis Fernando Parra Peña, Diana Alejandra Manzanera Ornelas, Jennifer Treviño Russo

Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):165*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una malformación congénita caracterizada por la ausencia de células ganglionares en el intestino distal, con incidencia de 1 en 5,000 nacidos vivos. Generalmente se diagnostica en lactantes, pero su presentación en la adolescencia es excepcional y se asocia a complicaciones graves.

**OBJETIVO:** Reportar un caso de EH diagnosticado en la adolescencia, destacando la importancia de considerar esta entidad en pacientes con estreñimiento crónico refractario.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Adolescente masculino de 14 años con antecedente de expulsión de meconio en primeras 48 horas y estreñimiento desde nacimiento. Ingresó con distensión y dolor abdominal, intolerancia a la vía oral por siete días, ausencia de evacuaciones por 15 días y desnutrición grave. Exploración física: peso 20 kg, talla 130 cm, palidez, deshidratación moderada y abdomen distendido a tensión. Tacto rectal: aumento del tono esfinteriano con escasa propulsión.

Auxiliares diagnósticos: acidosis metabólica, anemia microcítica hipocrómica grado IV, hipokalemia,

leucocitosis y tomografía con coproestasis y megacolon.

Tratamiento inicial: desimpactación, antibióticos y nutrición parenteral. Evolucionó con deterioro hemodinámico, requiriendo laparotomía urgente con ileostomía tipo Brooke. Un mes después presentó sangrado digestivo alto por esofagitis y gastritis erosiva. Posteriormente se realizó remodelación de ileostomía y biopsias, confirmando ausencia de células ganglionares en plexo submucoso rectal. Desenlace: adecuada evolución nutricional y ganancia ponderal, en seguimiento para cirugía correctiva definitiva.

**DISCUSIÓN:** La EH en adolescentes es extremadamente rara y su diagnóstico tardío conlleva riesgo de enterocolitis, perforación intestinal y desnutrición grave. Un algoritmo con enema, manometría y biopsia permite la detección oportuna.

**CONCLUSIONES:** La EH debe sospecharse en adolescentes con estreñimiento crónico refractario y repercusión nutricional. El diagnóstico oportuno y manejo quirúrgico multidisciplinario mejoran la evolución y reducen complicaciones.

## 159 – Y SI NO BRILLA, ¿NO ES ORO?: DIVERTICULO DE MECKEL

Uriel García Mora, Evelia Apolinar Jiménez, Fidel José Delgado Madruga,  
Renata Ivonne Alcántara García

Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):166*

**INTRODUCCIÓN:** Reportada como la anomalía congénita gastrointestinal más frecuente en población pediátrica, principalmente en menores de 02 años y con síntomas inespecíficos, pero poco vista.

**OBJETIVO:** Identificar las manifestaciones clínicas más frecuentes que fortalecen la alta sospecha de un divertículo de Meckel, así como su abordaje adecuado.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** Masculino de 3 años de edad, producto de la gesta 2, madre de 39 años, embarazo normoevolutivo y sin antecedentes de importancia. Inicia su padecimiento 6 días antes de su ingreso, con dolor en hipocondrio derecho y valorado por cirugía pediátrica, quien solicita biometría hemática reportando hemoglobina de 6.9 mg/dL. Al día siguiente se agrega una evacuación con sangre fresca más exacerbación de la astenia y adinamia.

Laboratorios a su ingreso: Hb: 4.7, VCM: 75.7, Leucos: 8.120, PTL: 416, resto normal.

**Diagnóstico:** Se realizó un gammagrama con una dosis diagnóstica de Tc99m en abdomen y, al concluir el

tratamiento, se reportó verbalmente resultado negativo. Se valora en conjunto gastroenterología y cirugía pediátrica, concluyendo la clínica de divertículo de Meckel y se propone, bajo consentimiento informado de los padres, realizar laparotomía exploradora.

**Tratamiento:** Se localiza divertículo de Meckel de 1,5 a 2 cm de longitud en el borde antimesentérico del íleon, posterior resección a 2 cm en dirección proximal y distal, con posterior restitución íleo-íleo anastomosis termino-terminal. El informe de patología confirmó el diagnóstico y describió mucosa gástrica ectópica asociada.

**DISCUSIÓN:** Se debe sospechar en un paciente con signos de peritonitis y obstrucción sin cirugías previas, así como invaginación intestinal posterior a los 2 años o de intestino delgado al propio o íleon terminal. Si los auxiliares diagnósticos no son concluyentes o el paciente se encuentra inestable, considerar exploración abdominal abierta o laparoscópica.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico del divertículo de Meckel es difícil y se debe tener una alta sospecha para concluirlo.

## 160 – DIVERTICULO DE MECKEL RESECCION TRANSUMBILICAL

Erick Rodolfo Velarde Monárrez, David Guillermo Uribe Ramos, Eliud Mendoza Cepeda,  
Argelia Silva Alemán, Jorge Herrera Hernández

IMSS UMAE 71, Hospital Regional de Alta Especialidad Torreón, Coahuila  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):167*

**INTRODUCCIÓN:** El divertículo de Meckel es una malformación congénita, que corresponde al remanente del conducto vitelino u onfalomesenterico, y se presenta como una protrusión en el borde antimesenterico, se considera la malformación intestinal más frecuente, la mayoría de los casos son asintomáticos, y el diagnóstico de su forma sintomática siempre es complicado. El 90% presenta tejido gástrico ectópico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presentan 5 casos de pacientes con divertículo de Meckel, los cuales fueron operados en la UMAE 71, por cirugía de mínima invasión, resección transumbilical, del 2020 al 2024, los cuales se evaluaron sexo, edad, forma

de presentación, días de ayuno, días de estancia hospitalaria, complicaciones transoperatorias y postoperatorias.

**RESULTADOS:** Los 5 pacientes fueron del sexo masculino las edades de presentación fueron desde 4 años a 15 años, todos como cuadro clínico presentaron evacuaciones con sangre sin otra sintomatología, a los 5 pacientes se les realizo gammagrafía, 2 pacientes fueron referidos por el servicio de gastro pediatría y 3 por consulta externa de cirugía pediátrica, a todos se realizo resección y anastomosis termino terminal por abordaje transumbilical. Con inicio de la alimentación al 5 día y egreso al 7 día, sin complicaciones durante el transoperatorio ni el postquirúrgico.

## 161 – SANGRADO ANEMIZANTE DE ORIGEN INTESTINAL EN PEDIATRÍA: LA HUELLA CLÍNICA DE UN DIVERTÍCULO DE MECKEL

Elizabeth Irazú Hernández Valencia, Miguel Ángel Ramírez Garnica,  
Azucena Resendis Espinosa

Hospital de Especialidades Pediátrico de León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):168*

**INTRODUCCIÓN:** El sangrado de tubo digestivo es un evento poco frecuente en la población pediátrica. Poder realizar un diagnóstico oportuno puede favorecer un buen desenlace en los pacientes.

**OBJETIVO:** Dar a conocer la presentación de sangrado de tubo digestivo anemizante como una entidad quirúrgica que no hay que pasar por alto en pacientes pediátricos.

**CASO CLÍNICO:** Masculino de 1 año 8 meses sin antecedentes de importancia. Cuatro horas antes de su ingreso presenta evacuación líquida con hematoquecia. Durante su estancia tiene nueva evacuación con las mismas características y compromiso hemodinámico. Se inicia manejo con cristaloides y hemocomponentes, con poca respuesta, por lo que se solicita valoración por nuestro servicio (cirugía pediátrica). A la exploración: taquicardia, TA en percentil 5, hipoactivo, palidez, mucosas subhidratadas; abdomen globoso, sin peristalsis, doloroso, con datos de irritación peritoneal, resistencia muscular; tacto rectal con hematoquecia y llenado capilar de 3

segundos. Estudios muestran anemia moderada, leucocitosis, elevación de marcadores renales; radiografía con radiopacidad en hemiabdomen inferior, borramiento de grasa preperitoneal, ausencia de aire distal y niveles hidroaéreos. Se diagnostica abdomen agudo con sospecha de divertículo de Meckel perforado por su desenlace clínico. En cirugía se confirma divertículo de Meckel perforado; se realiza resección y anastomosis intestinal. Histopatología: divertículo de Meckel con mucosa gástrica ectópica. Evolución postquirúrgica adecuada, inicia vía oral y egresa con seguimiento por consulta externa.

**DISCUSIÓN:** El sangrado digestivo es poco frecuente en pediatría y la mayoría no compromete la vida; pero requiere un enfoque oportuno y sistemático. Aunque el divertículo de Meckel suele ser asintomático, puede presentarse con sangrado o perforación, constituyendo una urgencia quirúrgica.

**CONCLUSIÓN:** El sangrado digestivo en pediatría, aunque infrecuente, debe abordarse de forma estructurada para identificar casos que requieren intervención quirúrgica urgente.

## 162 – HERNIA HIATAL GIGANTE EN LACTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Brenda Lisseth Miranda Juárez, Víctor Hugo Castillo Guerrero,  
Miguel Ángel Ramírez Garnica

Hospital General León, Hospital de Especialidades Pediátrico de León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):169*

**INTRODUCCIÓN.** La hernia hiatal congénita es una anomalía poco frecuente en la edad pediátrica y su diagnóstico en el período neonatal es excepcional. Se trata de un defecto primario del hiato diafragmático en el que parte del estómago se hernia hacia el tórax. En su forma gigante adquiere importancia clínica por la posibilidad de generar síntomas respiratorios, gastrointestinales y nutricionales difíciles de controlar. El abordaje quirúrgico constituye el tratamiento de elección al restablecer la anatomía y prevenir complicaciones como estrangulación o compromiso respiratorio.

**OBJETIVO.** Reportar el caso de un lactante de 2 años con hernia hiatal gigante, destacando los hallazgos clínicos, estudios diagnósticos y manejo quirúrgico, para enfatizar la importancia del diagnóstico temprano en esta patología rara.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO.** Paciente masculino de 2 años con hiporexia progresiva, dolor epigástrico posprandial, palidez generalizada, astenia y adinamia. Fue referido por anemia severa, inicialmente con sospecha de síndrome proliferativo debido a alteraciones hematológicas. En la exploración se documentó desnutrición moderada y soplo sistólico funcional. Radiografía de tórax evidenció imagen aérea en mediastino posterior. La tomografía toracoabdominal solo sugirió la

posibilidad de hernia hiatal, sin caracterizarla completamente. La serie esófago-gastro-duodenal corroboró el diagnóstico de hernia hiatal gigante, mostrando estómago intratorácico con antro y píloro por encima del hiato esofágico y tránsito conservado; además, se detectó sangre oculta en heces positiva. Tras estabilización hemodinámica y transfusión, se realizó funduplicatura tipo Nissen con reducción completa del estómago a cavidad abdominal y cierre del hiato esofágico. El procedimiento transcurrió sin complicaciones. El paciente comenzó con adecuada tolerancia a la vía oral, y regresó a las 48 horas en buenas condiciones generales.

**DISCUSIÓN.** Las hernias hiatal gigantes en niños son poco frecuentes y su cuadro clínico suele confundirse con reflujo gastroesofágico o patología respiratoria. El diagnóstico se confirma mediante estudios contrastados, y la cirugía es el tratamiento definitivo al corregir la alteración anatómica y prevenir complicaciones graves.

**CONCLUSIONES.** La hernia hiatal gigante debe sospecharse en niños con vómito recurrente, falla en el crecimiento y síntomas respiratorios persistentes. El diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico adecuado permiten una evolución clínica favorable y mejor pronóstico.

## 163 – ENFERMEDAD DE JODHPUR EN ADOLESCENTE: REPORTE DE CASO

Yahaira Gutiérrez Martínez, Jesús Eduardo Velasco Gudiño,  
Aynne Yuridia Linares García, Martha Elena López González

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):170*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Jodhpur consiste en obstrucción primaria adquirida del tracto de salida gástrico idiopática en la infancia. Se caracteriza por vómito no biliar recurrente, pérdida de peso, dolor abdominal y vaciamiento gástrico retardado, requiriendo tratamiento quirúrgico como la piloroplastia.

**OBJETIVO:** Resaltar la importancia del reconocimiento clínico temprano, abordaje diagnóstico y la intervención terapéutica adecuada.

**PRESENTACIÓN CASO:** Masculino de 13 años. Antecedentes: Hospitalización (10 días) a los 4 años por vómito no biliar (no se identificó causa), junio 2025 apendicitis complicada, obstrucción intestinal con tratamiento conservador. Padecimiento: Inició en Julio con vómito gástrico postprandial, intermitente, tratamiento sintomático y recidiva. 06.08.25 presentó 10 episodios en 24 horas, acude a urgencias, al interrogatorio pérdida ponderal de 3 kg e incremento del perímetro abdominal postprandial. Se hospitaliza, valoración inicial de cirugía pediátrica descartó obstrucción intestinal. Persistencia vómito postprandial, se mantiene ayuno, nutrición parenteral y se amplía protocolo. SEGD (11.08.2025):

gastromegalia, retraso del vaciamiento gástrico, control tardío aún con contraste. Endoscopia (15.08.2025): estrechez prepilórica con mucosa congestiva, se realiza dilatación con balón gástrico, posterior a reinicio vía oral con vómito. USG abdominal (18.08.25): estenosis pilórica hipertrófica sin compresión intrínseca, calibre píloro max 2 mm. Revaloración por cirugía laparotomía exploradora piloroplastia técnica Heineke–Mikulicz, hallazgos: múltiples adherencias asa–pared, gastromegalia, sin bandas extrínsecas, mucosa pilórica engrosada. Evolución: ayuno 5 días, reinicio progresivo de dieta, adecuada tolerancia y egreso al 7° día posquirúrgico.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Cuadro clínico con inespecificidad clínica por antecedente quirúrgico orientó inicialmente hacia obstrucción secundaria. La enfermedad de Jodhpur es causa infrecuente de obstrucción primaria del tracto de salida gástrico en la infancia. Debe sospecharse en pacientes con vómitos recurrentes y vaciamiento gástrico retardado. Los estudios de imagen y endoscopia confirman el diagnóstico, y la resolución definitiva es mediante piloroplastia.

## 164 – ESTENOSIS TOTAL DE ESÓFAGO SECUNDARIA A INGESTA DE PILA DE BOTÓN, EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO Y PLASTIA ESÓFAGICA POR ABORDAJE CERVICAL

Alejandro Barajas Medina, Aaron Jonathan Villaseñor Granados,  
Miguel Ángel Ramírez Garnica

Hospital de Especialidades Pediátrico de León  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):171*

**INTRODUCCIÓN.** Las morbilidades por cuerpo extraño alojado en el tubo digestivo son frecuentes en pediatría. Comúnmente los pacientes refieren episodios de atragantamiento o tos, acuden al médico lo más pronto posible. Su extracción por endoscopia facilita el tratamiento y mejora el pronóstico. Las pilas de reloj producen lesiones esofágicas graves.

**CASO:** Masculino de 23 meses, con cuadro de un mes de evolución con accesos de tos y sialorrea recurrente. En la radiografía de tórax presenta imagen circular en el tercio superior de esófago, se realizó endoscopia sin lograr extracción del cuerpo extraño observando una estenosis no franqueable. Realizamos un abordaje primario, abordaje cervical anterior, donde se observó estenosis total del esófago en el tercio superior con exposición del cuerpo extraño a tejido muscular. Se extrae cuerpo extraño, resección de estenosis y anastomosis término terminal. Esófagograma de control con adecuado paso de contraste, reiniciando la alimentación de manera exitosa.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La ingesta accidental de objetos es una morbilidad frecuente en el niño. Es importante un historial preciso de los eventos clínicos asociados. Nuestro paciente superó este escrutinio clínico, favoreciendo el desarrollo de fibrosis o una lesión mayor, subraya la necesidad del diagnóstico oportuno. Resalta la dificultad técnica de la cirugía por la brecha de cabos, determinante para el pronóstico.

**CONCLUSIONES.** La ingesta de cuerpo extraño es una morbilidad frecuente en pediatría y porta un pronóstico incierto hasta su resolución. El interrogatorio intencionado es determinante para el conocimiento de cada caso y las decisiones pertinentes. El protocolo endoscópico puede ser superado por la evolución natural, lo que implica disponer de capacidad multidisciplinaria para el tratamiento adecuado. El abordaje quirúrgico debe contemplar la resolución con cirugía de alto riesgo.

## 165 – AYUNO Y DIURÉTICOS PERI-TRANSFUSIONALES EN EL RECIÉN NACIDO: MÁS ALLÁ DE LA TRADICIÓN

Ángel Salvador Zavala Méndez, Nora Marina Pérez López, Águeda Cecilia Ibarra Ríos,  
Axel Yahir Rodríguez Muñoz  
Hospital Regional ISSSTE León  
Universidad de Guanajuato, División de Ciencias de la Salud  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):172*

**INTRODUCCIÓN.** La práctica de suspender profilácticamente la nutrición enteral durante transfusiones de hemoderivados persiste en muchas unidades hospitalarias de nuestro medio como estrategia preventiva para la enterocolitis necrosante asociada a transfusión. No obstante, esta intervención carece de sustento robusto en literatura reciente y conlleva potenciales efectos adversos metabólicos y nutricionales. Asimismo, coexiste la práctica de administrar diurético durante la transfusión, con el objetivo de prevenir la sobrecarga circulatoria, aunque la evidencia clínica es limitada.

**OBJETIVO.** Hacer una revisión de la literatura sobre la suspensión de la alimentación enteral y la administración de diuréticos en neonatos que requieren transfusión sanguínea, en comparación con mantener la alimentación enteral y no administrar diuréticos, respecto a la incidencia de complicaciones asociadas como enterocolitis necrosante, sobrecarga circulatoria y deterioro respiratorio, sintetizando con esto la evidencia disponible sobre estas dos prácticas clínicas aún controvertidas.

**METODOLOGÍA.** Revisión sistemática, siguiendo los lineamientos PRISMA 2020. Se incluirán ensayos clínicos y estudios observacionales comparativos que analicen estas dos intervenciones.

**CONCLUSIÓN.** El análisis de la evidencia de alta calidad demuestra consistentemente que la interrupción de la alimentación no se asocia con una reducción significativa en la incidencia de enterocolitis necrosante. Los estudios disponibles no muestran beneficio y pueden sugerir una tendencia hacia mayor riesgo. La evidencia actual no respalda la práctica rutinaria del ayuno profiláctico en prematuros hemodinámicamente estables. Aunado a esto, la evidencia disponible indica que la administración rutinaria de diuréticos peritransfusionales en neonatos prematuros no aporta beneficios clínicos claros y puede más bien exponerlos a riesgos innecesarios (alteraciones electrolíticas, deshidratación y depleción del volumen intravascular, lesión renal, nefrotoxicidad, ototoxicidad y desequilibrio ácido-base), por lo que su uso sistemático no se recomienda y debería reservarse únicamente para casos con indicación médica específica.

## 166 – FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA EN NIÑOS EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A CONTAMINACIÓN POR PRODUCCIÓN ARTESANAL DE LADRILLO

Ricardo Emmanuel Ramírez Garnica, Lizeth Merari Hernández Torres,  
Rocío Stephanie Bermúdez Pérez, Frida Gabriela Rocha Gómez, Benigno Linares Segovia  
Universidad de Guanajuato, Departamento de Medicina y Nutrición  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):173*

**INTRODUCCIÓN:** Existe poca evidencia del impacto del humo derivado de la producción artesanal de ladrillos sobre la fuerza muscular respiratoria.

**OBJETIVO:** Comparar la fuerza muscular respiratoria en niños expuestos y no expuestos a contaminación del aire por producción artesanal de ladrillo

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal en 182 niños de 5 a 13 años de edad, 122 originarios de Ladrilleras el refugio (expuestos) y 60 de San Francisco del Rincón, Gto. (no expuestos). Se realizó espirometría forzada, y se midieron las presiones inspiratoria máxima (PImax) y espiratoria máxima (PEmax), empleando el sistema Ebreathe X1A (XEEK Medical Equipment Co, Ltd.). Para el cálculo de la muestra se empleó el estadígrafo t, con un alfa unilateral de 0.05 y beta de 0.20, para detectar una diferencia del 20% en el PImax, entre grupos. Se solicitó firma de consentimiento informado y de asentimiento para participar. El proyecto fue aprobado por el comité de Investigación (registro CEI- HRS-PED-2025-002).

**RESULTADOS:** La presión inspiratoria máxima fue mayor en los niños no expuestos ( $t=1.82$ ,  $p=0.01$ ), sin diferencia en la presión espiratoria máxima ( $p=0.38$ ). Aún ajustada por edad y sexo, la variable más asociada a PImax fue el vivir en las ladrilleras ( $p=0.0001$ ). Para PEmax, el antecedente de asma ( $p=0.02$ ) resultó un factor asociado, independiente a la localidad.

**DISCUSIÓN:** Los valores de fuerza muscular respiratoria en nuestra serie están por debajo de otras publicaciones nacionales e internacionales. Otros autores han demostrado que la exposición prolongada a contaminantes atmosféricos como PM10 y PM2.5 afecta el crecimiento pulmonar en escolares. Aunque no evalúan directamente la fuerza muscular, sí revelan un entorno de vulnerabilidad respiratoria infantil que coincide con nuestros hallazgos.

**CONCLUSIONES:** Los niños que habitan la zona de ladrilleras presentan alteración en la fuerza muscular respiratoria, con deterioro de la presión inspiratoria máxima.

## 167 – DISANAPSIS FUNCIONAL EN ESCOLARES EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A CONTAMINACIÓN DEL AIRE DERIVADA DE GRANDES INDUSTRIAS

Frida Gabriela Rocha Gómez, Juliana Valentina González Jacinto,  
Juan Ángel Rodríguez Alba, Rocío Stephanie Bermúdez Pérez,  
Ricardo Emmanuel Ramírez Garnica, Benigno Linares Segovia  
Universidad de Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):174*

**INTRODUCCIÓN.** El sistema respiratorio puede verse afectado por la exposición a contaminantes del aire, existe poca información de su efecto sobre la disanapsis funcional pulmonar

**OBJETIVO.** Analizar la frecuencia de disanapsis funcional en niños expuestos y no expuestos a contaminación derivada de industrias.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio de casos y controles en 130 escolares de 6 a 13 años, 61 residentes de Salamanca (contaminación industrial) y 69 de San Francisco del Rincón, Gto. (sin contaminación). Se realizó espirometría forzada con medición de FVC, FEV1, FEV1/FVC y el índice FEF25–75/FVC. Se consideró disanapsis funcional un valor menor al cuartil inferior del índice FEF25–75/FVC. Se solicitó firma de consentimiento informado y de asentimiento para participar. El proyecto fue aprobado por el comité de Investigación (registro CEIHRSPED-2025-002).

**RESULTADOS.** El índice FEF25–75/FVC fue menor en los niños expuestos, la disanapsis funcional fue

más frecuente en Salamanca, 37.7% vs. 13% en San Francisco del Rincón ( $X^2=10.6$ ,  $p=0.001$ ). Vivir en Salamanca representó 4 veces más riesgo de disanapsis funcional ( $OR=4.03$ ,  $IC95\%: 1.6–9.6$ ). El antecedente de asma fue un factor de riesgo independiente ( $OR=9.09$ ,  $IC95\%: 3.7–22.3$ ).

**DISCUSIÓN.** La disanapsis funcional se asoció a la exposición a contaminantes ambientales, Salamanca. Estos hallazgos coinciden con estudios que muestran mayor susceptibilidad de disanapsis en niños con vías aéreas más pequeñas ante contaminantes como el PM2.5. En nuestra serie no se encontró asociación con la obesidad; sin embargo, se confirmó la fuerte asociación con el antecedente de asma.

**CONCLUSIONES.** La exposición a contaminantes del aire tiene un efecto negativo sobre la función pulmonar, la disanapsis funcional fue más frecuente en niños de Salamanca, con un riesgo 4 veces mayor por vivir ahí; adicionalmente, se encontró un riesgo de disanapsis 9 veces mayor en quienes tenían asma.

## 168 – RESISTENCIA DE VÍA AÉREA EN ESCOLARES EXPUESTOS A PM2.5 ORIGINADAS POR PRODUCCIÓN ARTESANAL DE LADRILLO Y VEHICULAR

Juliana Valentina González Jacinto, Frida Gabriela Rocha Gómez,  
Miguel Ángel Pérez Lara, Rocío Stephanie Bermúdez Pérez, Benigno Linares Segovia

Universidad de Guanajuato

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):175*

**INTRODUCCIÓN:** La exposición a material particulado fino (PM2.5) puede afectar la función pulmonar en la población pediátrica. Las emisiones derivadas de la producción artesanal de ladrillo una fuente altamente contaminante, podrían tener un mayor impacto en la resistencia de la vía aérea que la contaminación vehicular.

**OBJETIVO:** Comparar la resistencia de la vía aérea entre escolares expuestos a contaminantes derivados de la producción artesanal de ladrillo y aquellos expuestos a PM2.5 de origen vehicular.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal en 175 escolares de dos regiones de León, Guanajuato, con diferentes niveles de exposición: 122 de Ladrilleras el refugio y 53 de zona centro. Se realizó oscilometría de impulsos y se midió la resistencia y reactancia de la vía aérea (R5, R20, AX, X5 y Fres). Mediante estadígrafo t para comparar dos medias, se calculó un tamaño de muestra, con un  $\alpha$  unilateral de 0.05,

un  $\beta$  de 0.20. El proyecto fue aprobado por el CIBIUG con número de registro P51- 2019. Se solicitó firma de consentimiento informado y de asentimiento para participar.

**RESULTADOS:** La resistencia a R5Hz, a 20 Hz y la reactancia, fueron significativamente más altos en el grupo expuesto a producción artesanal de ladrillo. El 74.5% de los niños de ladrilleras y 26.4% del Centro de León presentaron alteraciones en las vías aéreas ( $X^2 = 35.74$ ,  $p = 0.001$ ). El vivir en ladrilleras representa 8 veces mayor riesgo de alteración de las vías aéreas (OR = 8.17, IC = 95%: 3.92 – 17.04)

**CONCLUSIONES:** La contaminación por producción artesanal del ladrillo tiene mayor efecto que la de vehículos de motor sobre la resistencia de la vía aérea infantil. Vivir en ladrilleras representa 8 veces mayor riesgo de alteración de las vías aéreas y se asocia a obstrucción de la vía aérea proximal (3.3%) y distal (7.4%).

## 169 – PINZAMIENTO TARDÍO DE CORDÓN EN CESÁREA MEDIANTE UN NUEVO MÉTODO: UN ESTUDIO PILOTO DE VIABILIDAD Y SEGURIDAD

Cisneros Guevara Lourdes Esmeralda, Jonguitud Aguilar Adriana

Hospital de Especialidades de Rioverde, IMSS Bienestar, San Luis Potosí

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):176*

**INTRODUCCIÓN:** El pinzamiento tardío del cordón (PTC) es el estándar de atención para todos los recién nacidos vigorosos. Sin embargo, es menos probable que se les brinde esta opción a los nacidos por cesárea, especialmente durante más de 60 segundos. Este estudio analizó si es viable y segura la extracción manual de la placenta antes del pinzamiento del cordón, permitiendo un PTC mínimo de 3 minutos, a fin de respaldar estudios futuros sobre sus beneficios.

**MÉTODOS:** Estudio prospectivo, exploratorio, comparativo. Se incluyeron mujeres con cesárea sin complicaciones, y que firmaron su consentimiento. La seguridad se evaluó comparando el sangrado materno, Apgar, temperatura, la necesidad de fototerapia y el ingreso a UCIN, con un control histórico de

cesáreas con pinzamiento inmediato. Se evaluó la comodidad del personal y de la madre y la capacidad de completar los pasos del protocolo.

**RESULTADOS:** Participaron 50 pacientes y el 94% completó el protocolo. No se observaron diferencias significativas en la seguridad entre los grupos control y PLACID. Tanto el personal como las pacientes reportaron alta satisfacción. Ningún caso requirió fototerapia ni ingreso a UCIN.

**CONCLUSIONES:** La técnica evaluada en este estudio piloto es segura y viable en partos hospitalarios, con alta satisfacción materna y comodidad para el clínico. La OMS recomienda un PTC de 3 a 5 minutos en todos los nacimientos; este método puede lograrlo con mínimos riesgos.

## 170 – COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA Y SEVERIDAD DE LAS COMPLICACIONES DE LA BRONCOSCOPÍA RÍGIDA CON LA BRONCOSCOPÍA FLEXIBLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE ESPECIALIDADES DE CHIHUAHUA

Perla Naysin Nava López, Zúñiga Razo Jesús Antonio, Carrillo Rodríguez Víctor Manuel, Soto Ramos Mario, Hinojos Gallardo Luis Carlos, Moreno Olivas Óscar Adrián

Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):177*

**INTRODUCCIÓN.** La broncoscopía es una herramienta diagnóstica y terapéutica clave en neumología pediátrica. La broncoscopía rígida (BR) se emplea en contextos urgentes o terapéuticos, mientras que la flexible (BF) se utiliza para evaluación detallada [1,2]. En México, la incidencia de complicaciones reportada es cercana al 8%, centrada en (BF) [3]. Existen pocos estudios comparativos directos, lo que motivó a realizar este análisis.

**OBJETIVO.** Comparar la incidencia y severidad de complicaciones asociadas a broncoscopía rígida y flexible.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio observacional retrospectivo de 766 broncoscopías en menores de 15 años (Marzo 2014-2025). Las complicaciones se clasificaron como fisiológicas, mecánicas, anestésicas e infecciosas, y según severidad en mayores o menores. Se exploró su relación con técnica, indicación, edad y comorbilidades. Se incluyeron todos los sometidos a broncoscopía durante el periodo de estudio. El estudio se consideró de riesgo mínimo conforme a la Ley General de Salud, no obstante, para la realización de broncoscopía se solicitó firma del

consentimiento a familiares. Obtuvo la autorización del Comité de Investigación y Ética en Salud del hospital, con registro HIE-DMIV 008/2025.

**RESULTADOS.** Se realizaron 214 BR (27.9%) y 552 BF (72.1%). La incidencia fue (10.3%), sin diferencia significativa entre BR (10.7%) y BF (10.1%). Complicaciones mayores: BR (3.7%) y BF (3.6%); menores: (6.7%) y (6.5%), respectivamente. Las fisiológicas fueron las más frecuentes (65.8%), predominando en BF, mecánicas (20.3%) y anestésicas (15.2%).

**DISCUSIÓN.** Nuestros hallazgos coinciden con la literatura, resaltando más eventos fisiológicos en BF, posiblemente por realizarse con ventilación espontánea. El riesgo teórico mayor en BR no se tradujo en complicaciones más graves.

**CONCLUSIONES.** La broncoscopía en ambas técnicas, mostró un perfil de seguridad comparable en población pediátrica. La mayoría de las complicaciones fueron transitorias y no se relacionaron con tipo de indicación ni comorbilidades, aportando evidencia para la toma de decisiones clínicas.

## 171 – MASA GRASA Y FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA EN ESCOLARES EXPUESTOS Y NO EXPUESTOS A CONTAMINACIÓN DEL AIRE

Diana Laura Hernández Hernández, Rocío Stephanie Bermúdez Pérez,  
Benigno Linares Segovia

Hospital Regional de PEMEX, Salamanca  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):178*

**INTRODUCCIÓN:** La obesidad y la contaminación atmosférica se asocian a inflamación de la vía aérea. Existe poca información del efecto de estos factores sobre la fuerza muscular respiratoria.

**OBJETIVO:** Determinar el efecto de la masa grasa sobre la fuerza muscular respiratoria (FMR) en niños expuestos y no expuestos a contaminación del aire.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal en 150 niños de 5 a 13 años de edad, 75 originarios de Salamanca, Gto. (expuesto a PM<sub>2.5</sub>) y 75 de San Francisco del Rincón, Gto. (no expuestos). Se evaluó porcentaje de grasa mediante impedancia bioeléctrica, la fuerza muscular respiratoria se evaluó midiendo las presiones inspiratoria máxima (P<sub>I</sub>max) y espiratoria máxima (P<sub>E</sub>max), empleando el sistema Ebreathe X1A (XEEK Medical Equipment Co, Ltd.). La muestra se calculó empleando el estadígrafo t, con un alfa unilateral de 0.05 y beta de 0.20, para detectar una diferencia del 20% en el P<sub>I</sub>max, entre grupos. Se solicitó firma de consentimiento informado y de asentimiento para participar. El

proyecto fue aprobado por los comités de Investigación y aprobado con números de registro CI-PED-2025-002-04 y CEI-HRS-PED-2025-002, respectivamente.

**RESULTADOS:** La P<sub>I</sub>max y P<sub>E</sub>max fueron más altas en el grupo no expuesto ( $p=0.001$ ). La P<sub>I</sub>Max correlacionó positivamente con IMC ( $r=0.32$ ,  $p=0.0001$ ) y porcentaje de grasa corporal ( $r=0.17$ ,  $p=0.03$ ). La P<sub>E</sub>Max también mostró correlación positiva con IMC ( $r=0.31$ ,  $p=0.0001$ ) y porcentaje de grasa corporal ( $r=0.22$ ,  $p=0.005$ ).

**DISCUSIÓN:** La fuerza muscular respiratoria en niños con obesidad no está disminuida y puede presentar una adaptación funcional. Sin embargo, la exposición a contaminantes del aire impacta negativamente en esta función.

**CONCLUSIONES:** La exposición a contaminantes del aire se asoció con una disminución significativa de la fuerza muscular respiratoria. Las presiones inspiratoria y espiratoria máximas mostraron correlación positiva con el índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal.

## 172 – PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL, RELACIÓN CON LA SEVERIDAD Y CONTROL DEL ASMA EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE LA UMAE 48

Vázquez Godínez Paola Renata, Almaguer García Lili Yazmín,  
Galindo Pacheco Lucy Vania, Sosa Bustamante Gloria Patricia,  
González Alma Patricia, Paque Bautista Carlos

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría  
Centro Médico Nacional del Bajío  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):179*

**INTRODUCCIÓN:** El asma y la obesidad son entidades de alta prevalencia en Pediatría. El tejido adiposo actúa como un órgano proinflamatorio, liberando adipocinas que exacerban la inflamación de la vía respiratoria y predisponen a un asma más grave y de difícil control.

**OBJETIVOS:** Determinar si existe relación entre el porcentaje de grasa corporal y el nivel de severidad y control del asma en escolares y adolescentes de la UMAE HGP 48.

**METODOLOGÍA:** Estudio prospectivo, transversal, analítico, observacional. En 124 pacientes con asma (muestreo no probabilístico o de casos consecutivos con tamaño de muestra de 124), en seguimiento y tratamiento farmacológico, se evaluaron parámetros antropométricos (peso, talla, IMC, porcentaje de grasa corporal), nivel de control del asma (cuestionario ACT) y severidad (flujometría) para analizar su relación.

**RESULTADOS:** Previo consentimiento informado se analizaron a 124 pacientes, (mediana de edad 9.5 años; 56.45% hombres, 43.55% mujeres) con predominio de sobrepeso. No se encontró asociación global entre el porcentaje de grasa corporal y el control o la severidad del asma. Sin embargo, en menores de 12 años, el sobrepeso/obesidad se asoció significativamente con peor control del asma ( $p=0.02$ ) y mayor severidad medida por flujometría ( $p<0.0001$ ).

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** No se encontró una relación directa entre el porcentaje de grasa corporal y el asma. Sin embargo, en menores de 12 años, la obesidad (definida por IMC) sí se asoció con un peor control y mayor severidad del asma. Estos resultados destacan que el IMC es un indicador con mayor utilidad que el porcentaje de grasa corporal al evaluar al paciente con asma.

## 173 – RIESGO SUICIDA Y SU RELACIÓN CON LA ANSIEDAD Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN ADOLESCENTES

Arantxa Cruces González, Benigno Linares Segovia, Fabiola Gallardo Olvera,  
Jesica Berenice Muñoz Ponce

Hospital Regional PEMEX Salamanca

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):180*

**INTRODUCCIÓN:** El suicidio es un acto deliberado con expectativa de desenlace fatal. Entre los factores de riesgo destacan la ansiedad y la disfunción familiar. Aproximadamente el 50.9% de los adolescentes con disfunción familiar presentan riesgo suicida.

**OBJETIVO:** Determinar la asociación entre ansiedad y disfunción familiar con riesgo suicida en adolescentes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio de casos y controles, en adolescentes de 12 a 17 años. Se calculó un tamaño de muestra con estadígrafo Z, con alfa unilateral 0.05, beta 0.20 y potencia 0.80, resultando 30 pacientes por grupo (n=60). Se aplicó la Escala Columbia (CSSRS) para riesgo suicida, el APGAR Familiar para disfunción familiar y la escala Hamilton para ansiedad. El protocolo fue aprobado por los comités de investigación y ética del HRS (CI-PED-2024004-039, CEI-HRS-PED- 2025-001).

**RESULTADOS:** Se estudiaron 104 adolescentes ( $14.6 \pm 1.6$  años), 41.3% hombres y 58.7% mujeres. La

disfunción familiar estuvo presente en 29.8%, más frecuente en mujeres. La ansiedad se asoció a disfunción familiar ( $X^2=22.5$ ,  $p=0.0001$ ). El riesgo suicida se presentó en el 26% de los adolescentes, más frecuente en mujeres (70.4%). Entre quienes tuvieron riesgo suicida, el 48.1% no presentaban disfunción familiar y el 51.9% sí ( $X^2=8.4$ ,  $p=0.004$ ); la disfunción familiar representa 8.7 veces más riesgo de ansiedad en los adolescentes ( $OR=8.7$ , IC 95%: 3.3-22.5) y representa 3.8 veces más riesgo suicida en los adolescentes ( $OR=3.8$ , IC 95%: 1.5-9.6). La ansiedad fue un factor asociado independiente, incrementa considerablemente la probabilidad de riesgo suicida ( $OR=12.3$ , IC95%: 4.3-34.5).

**CONCLUSIONES:** La ansiedad y la disfunción familiar se asocian significativamente al riesgo suicida. La disfunción familiar es un factor clave para el desarrollo de ansiedad, la cual puede derivar en conductas suicidas. Se recomienda la detección sistemática de estas problemáticas en consultas externas generales y pediátricas.

## 174 – ASOCIACIÓN DE LA PRESIÓN DE DISTENSIÓN PULMONAR CON EVOLUCIÓN CLÍNICA DESFAVORABLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VENTILACIÓN MECÁNICA

Israel Sinahi Moreno Aguirre, Jesús Daniel Ortiz Ley, Gloria Patricia Sosa Bustamante, Carlos Paque Bautista, Alma Patricia González

Unidad Médica de Alta Especialidad No. 48. Hospital de Gineco Pediatría

Centro Médico Nacional del Bajío

*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):181*

**ANTECEDENTES:** La ventilación mecánica (VM) frecuentemente es parte del tratamiento en la unidad cuidados intensivos pediátricos (UCIP), con riesgo de inducir lesión pulmonar asociada al ventilador (VILI).

**OBJETIVO:** Evaluar la asociación de la presión de distensión (PD), el índice inmunosistémico (IIS) y el poder mecánico (PM) con evolución clínica desfavorable (ECD) y mortalidad en niños críticamente enfermos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, analítico, longitudinal y prospectivo en pacientes de 1 mes a 17 años que ingresaron en UCIP con VM con pSOFA (Pediatric Sequential Organ Failure Score)  $\geq 2$  puntos. La PD, IIS y PM se registraron al ingreso, 24 y 48 horas. Se consideró ECD si VM  $\geq 7$  días, y estancia prolongada en UCIP  $\geq 10$  días. Se realizó estadística descriptiva e inferencial, curvas ROC, OR para ECD y HR para mortalidad, valor  $p < 0.05$ . Registro: R-2024-1002-021.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 72 pacientes, 63% masculinos, mediana

edad de 128 meses (RIC 52-174), 34 (47%) presentaron ECD, y la mortalidad fue 12.5%. Se ajustaron variables ventilatorias de acuerdo al peso. La PD modificada (PDM) y el PM modificado (PMM) se asociaron con ECD y mortalidad al ingreso, 24 y 48 horas, con mayor asociación a 48 horas. La PDM se asoció con ECD con un valor  $\geq 0.45$  cm H<sub>2</sub>O/kg (OR=4.14 [IC95% 1.42-12.01,  $p=0.0089$ ]) y con mortalidad con un valor de  $\geq 0.58$  cm H<sub>2</sub>O/kg (HR=5.48 [IC95% 1.25-24.01,  $p=0.0068$ ]). El PMM  $\geq 0.19$  Joules/min/Kg se asoció con ECD (OR=5.45 [IC95% 1.96-15.17,  $p=0.0012$ ]) y mortalidad  $\geq 0.20$  Joules/min/Kg (HR=10.18 [IC95% 2.73-37.96,  $p=0.0067$ ]). El IIS no se asoció a ECD ni mortalidad.

**CONCLUSIÓN:** La PDM y PMM son parámetros pronósticos útiles en niños graves con VM, cruciales para estratificar riesgo y optimizar soporte ventilatorio. Establecer valores adaptados al peso ideal con y sin afectación pulmonar podría identificar pacientes con riesgo de desenlace desfavorable.

## 175 – ADMINISTRACIÓN DE CALOSTROTERAPIA EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS: PROYECTO DE MEJORA EN LA UCIN

Laura López Vargas, Miriam Nayely Montaña Perales  
Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde  
*Bol Cient Cult Col Ped Gto 2025;3(Supl 1):182*

**ANTECEDENTES.** El calostro materno es un fluido biológico complejo, la administración directa en la mucosa de los recién nacidos prematuros RNP, proporciona componentes inmunomoduladores, factores de crecimiento intestinal, de reparación de tejidos y una microbiota distintiva.

**OBJETIVO.** Determinar el efecto de la calostroterapia homóloga temprana, en la prevención de enterocolitis, sepsis tardía, mortalidad e inicio de alimentación enteral.

**MÉTODOS.** Ensayo clínico, aleatorizado, ciego simple. 18 meses de duración. Previo consentimiento informado. Se asignaron recién nacidos prematuros, a quienes se les administró 0.2 ml de calostro materno, directo en la mucosa oral, cada 3 horas desde el nacimiento hasta los 4 días de vida. Ambos grupos fueron homogéneos para peso, sexo, edad gestacional, vía de nacimiento. Excluimos a los RNP que fallecieron en los primeros 7 días. Colectamos datos clínicos durante la

hospitalización. Se empleó SPSS 20 para Windows Pruebas de normalidad, Chi cuadrada, Mann Whitney, cálculo de riesgo relativo con IC 95%.

**RESULTADOS.** Fueron 70 RNP: < 34 semanas de gestación y < 1500 g de peso al nacer, el Grupo con Calostroterapia n= 35, Grupo sin calostroterapia n= 35. En el grupo de Calostro hubo reducción significativa en la incidencia de sepsis tardía 41% frente a 89%,  $p < 0.01$ ; en incidencia de enterocolitis 0 frente a 40%  $p < 0.003$ . El no recibir Calostroterapia R.R 1.9 (IC 95% 1.1- 2.5)  $p < 0.001$ . La mortalidad fue menor en el grupo con calostroterapia  $p < 0.01$

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.** Acorde a Ou Yang, et al. Rodríguez y cols, encontramos que la calostroterapia administrada en los primeros días de vida, es segura como proyecto de mejora en la UCIN, puede disminuir la incidencia de enterocolitis, sepsis tardía, acorta el inicio de la alimentación enteral completa, así como la mortalidad.



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