



ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO

XX Congreso Latinoamericano de Pediatría ALAPE
55 Congreso Nacional de Pediatría CONAPEME

Vol. 16
SUPLEMENTO **2**
2024

XX Congreso
LATINOAMERICANO
DE PEDIATRÍA
ALAPE



55 CONGRESO
NACIONAL
DE PEDIATRÍA
CONAPEME





ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO

DIRECTOR GENERAL	<i>Dra. Ana Beatriz Rosas Sumano</i>
EDITOR EN JEFE	<i>Dra. Leticia Belmont Martínez</i>
EDITOR DE REDACCIÓN	<i>Dra. Nora Ernestina Martínez Aguilar</i>
EDITOR GRÁFICO	<i>Dr. Miguel Varela Cardoso</i>
ASISTENTE EDITORIAL	<i>M en C. María Isabel Patiño López</i>
CO EDITOR	<i>Dr. Mauricio Pierdant Pérez</i>
EDITOR FUNDADOR	<i>Dr. Edmundo Víctor de la Rosa Morales</i>

COMITÉ EDITORIAL	<i>Dr. Mauro de la O Vizcarra</i>
	<i>Dra. Victorial Lima Rangel</i>
	<i>Dr. Giordano Pérez Gaxiola</i>
	<i>Dra. María de la Cruz Ruiz Jaramillo</i>
	<i>Dr. José Honold</i>
	<i>Dra. Leticia Abundis Castro</i>

COMITÉ DIRECTIVO

<i>Presidente</i>	<i>Dra. Ana Beatriz Rosas Sumano</i>
<i>Vicepresidente</i>	<i>Dr. Román González Rubio</i>
<i>Primer secretario Propietario</i>	<i>Dr. Francisco Gerardo Baños Paz</i>
<i>Segundo Secretario Propietario</i>	<i>Dr. Juan José Rentería Morales</i>
<i>Primer Secretario Suplente</i>	<i>Dr. Miguel Ángel Santos Díaz</i>
<i>Segundo Secretario Suplente</i>	<i>Dra. Patricia Georgina Montiel Duarte</i>
<i>Tesorero</i>	<i>Dr. José Ignacio Barreras Salcedo</i>
<i>Sub Tesorero</i>	<i>Dr. Manuel Rebolledo Urcadiz</i>
<i>Primer Vocal</i>	<i>Dr. German Arturo Corzo Ríos</i>
<i>Segundo Vocal</i>	<i>Dr. Griselda Fuentes Fuentes</i>



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Mensaje de la Presidente de CONAPEME 2023 - 2024

ESTIMADOS COLEGAS:

En este suplemento de nuestra Revista de **ARCHIVOS DE INVESTIGACION PEDIÁTRICA DE MÉXICO**, órgano oficial de difusión de la **CONAPEME**, estamos publicando los artículos de investigación, casos clínicos y revisiones sobre temas variados, siendo el mérito principal que todos estos artículos se presentaron como trabajos libres en el 54 Congreso Nacional de Pediatría, realizado en Acapulco Guerrero en mayo 2023. Este certamen de investigación se realiza año con año en nuestro congreso nacional y cada vez tenemos más participación de colegas pediatras y residentes.

Este es un esfuerzo muy importante que realiza **CONAPEME** a través de su comité de investigación para brindar espacios académicos a sus agremiados y sobre todo para fomentar la investigación en nuestras 5 federaciones, 32 colegios estatales y 121 capítulos. En esta nueva versión de la Revista que se edita en forma ininterrumpida desde hace 6 años, totalmente digital, de libre acceso, ustedes encontrarán temas de actualidad, revisiones, casos clínicos y muchos otros temas que tendrán impacto en la vida académica de nuestros lectores.

Nuestro comité de investigación se ha dado a la tarea, no solo de recibir o no, los artículos para su publicación, sino más bien y sobretodo, de facilitar a todos los pediatras que desean participar escribiendo un artículo, herramientas muy útiles, talleres de investigación muy didácticos y apoyo personal para su publicación.

Así es como **CONAPEME**, como comunidad pediátrica refuerza el conocimiento y la ciencia, pero además nos invita a compartir, aprender y crecer juntos, en beneficio de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país.

“Por un crecimiento armónico”
DRA. ANA BEATRIZ ROSAS SUMANO.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

Índice de autores

Adriana Cajero Avelar	187	Annick Sofia Ochoa Robles	190
Adriana Elizabeth Robles del Muro	80	Ariadna Marisol Meza Luna	169
Alejandra Berenice Ramos Diaz	246	Arturo Osmar Sánchez Guerrero	136
Alejandra Carolina Simancas Moya	186	Atlantida Margarita Raya Rivera	210
Alejandra Galeana Aguilar	18	Ayslin Cabarcas	118
Alejandra Ivonne Arancibia Córdova	223	Blanca Patrica Gerez Martinez	237
Alejandra Sofía Guillén Guerrero	211, 216	Carlos Andrés Gómez Núñez	143
Alejandro Dariel Paredes Alcocer	175, 251	Cesar Augusto Flamenco Antonio	73
Alejandro Palomares Saavedra	75	Christian Israel Tinoco De Lucio	93
Allena Paula Dominick Lara	243	Cindy Salazar Rodarte	17
Alma Viridiana Mendez Alvarez	182	Cirse Guadalupe Cervera Salazar	20
Alondra Orozco Zavala	43	Citlalli Alvarado Barboza	3
Alonso Solórzano Fabián	128	Citlalli Karina Vargas Nieto	24
Álvaro Raziel González Alvarado	78	Claudia Vanessa Tapia Fonseca	229
Amairani Lisseth Hernández Rosado	89	Claudia Vanessa Tapia Fonseca	42
Ana Cristina Flores Dominguez	159, 260	Cristhian Ivan Orozco Martínez	257
Ana Karen Gómez guillen	179	Cristian Samara Godínez García	228
Ana Laura Gómez Ramos	189	Cristina Guadalupe Reiling Gatica	141
Ana Lidia Beltrán López	45	Cynthia Gomez Soto	10
Ana María Chávez Vázquez	50	Dania Anaid Sierra Zamora	220
Ana Paola Castro Aranda	124	Daniel Contreras Zamorano	94, 195
Ana Victoria Ramirez Diaz	59	Daniel Santiago Fernandez Casanova	33
Anabel Guzmán Martínez	22	Daniela Gallardo Lezama	98
Anai Quezada Herrera	61, 244	Daniela Hernández Abrego	227
Andrea Alejandra Félix González	123	Daniela Rubi Padilla Alanis	180
Andrea Carolina Rodriguez Saldaña	5, 46, 91	Daniela Sierra Cardona	165
Andrea Carolina Urbina Villela	161	Daniela Sierra Cardona	25
Andrea Elena Díaz Moreno	84	David Rico Rojas, residente	82
Andrea García Jiménez	133	Dayri Jackelyn Velazquez Acosta	116
Andrea Parra Gonzalez	208	Denisse López Torres	112
Andrea Vidal Romero	99	Diana Goretta Rangel Torres	203
Angeles Uyoa Velasco	21	Diana Guadalupe López Chuc	239
Anna Gabriela Sepúlveda Salinas	96	Diana Janeth Bazán Castro	241

Diana Laura Gutiérrez Ramírez	232	Jeniffer Alzate Salazar	35
Diego de Jesus Suarez Kantun	160	Jessica Estefanie Piste Pool	85
Diego Gutiérrez Cantú1	93	Jessica Gonzalez Vazquez	101
Diego Marrufo Calvo	178	Jessica Michelle Castillo Aguirre	12
Edmundo Reyes Quiñones	157	Jesús Javier Martínez García	150
Eliseo Valdez Camargo	4	Jhon Jairo Guerrero Figueroa	79
Elizabeth Hernandez Chávez	26	Jilian Vanessa Corona Jimenez	146
Elvia Estefanía Noriega Márquez	255	Jonathan Antonio Casillas Moreno	16
Elvia Jeanett Aguado Barrera	86	Jorge Alfredo Bermudez Nava	247
Emily Gabriela Aguirre Hererra	74	Jorge Ovidio Robledo Montes	63
Emy Gabriela Haas Solis	183	José Alfonso Gutierrez Padilla	58
Enrique Emmanuel Medellin Bermudez	197	Juan Carlos Barrera de León	201, 69
Erick Moreno Gomez	60	Juan Eduardo Morales Ramírez	64, 145, 148, 209
Erika Vanessa Reyna Orta	188	Judith Gabriel Estrada	132
Esmeralda Rubi Rocha García	87	Juvenal Salgado Valencia	172
Evelia Torres Escalera	151	Karen Urbina Mones	253
Fadia Yamel Abdala Mendoza	252	Karla Mireya Arellano Gómez	139, 242
Felix Javier Dragustinovis Manautou	27	Katherine Sarai Jiménez Gómez	68, 215
Fernanda Figueroa Osorio	29	Katia Fernanda Donjuan Molina	121
Fernanda Michelle Balderas Martín del Campo	49	Keila Yadira Mendoza Martinez	213, 250
Fernanda Zavala Estrada	245	Kevin Alejandro Uc Ortega	1
Gabriel Pérez Esparza	65	Laura Estefany Salinas Nuñez	167
Gabriela Cruz Perez	97	Laura Fernanda De la Cruz Huerta	32
Gennys Gutierrez Ramirez	19, 153, 235	Leslye Alejandra Zárata Fuentes	196
Georgina Lozano Pineda	14, 217	Lesslie Anahi Vazquez Rosas	107
Gilberto Mauricio Suárez	214	Leticia Belmont Martinez	30
Gladys Selenee Jiménez Dávila	15	Liliana Iveth Gómez Gómez	177
Gloria Liliana Gortarez Quintana	147	Lorena González Hernández	81
Grecia Abigayl Turrubiates Hernández	138	Lucia Yuli Juarez Lopez	158
Griselda Alvizo Anguian	204	Luis Alberto Moran Vaquera	171
Guillermina Gómez Navarro	149	Luis Ángel Hernández Zárata	192
Hector Obed Ahumada Rodríguez	234	Luis Manuel Gutiérrez Rojas	222
Herminio Vargas Enriquez	144	Luz Alexia Juárez Hernández	6
Ian Marco Luciano Martinez Mosqueda	77	Magdalena Aboytes Zavala	28
Ignacio Garcia Medina	130	Marel Alejandra Ramírez González	205
Ingrid Paola Bernal Moreno	11	Marely Elizabeth Guemes Hernández	66
Iris Chavez Gonzalez	37	Maria Angelina Torres Fuentes	174
Irlanda Auxilio Piñon Medina	238	María de Jesús Ávila Olivas	56
Itzhel Fernanda León Flores	142	María del Rosario Contreras Peregrina	173, 194
Iván Alberto Cumpeán Garcén	233	María Esther Maldonado Álvarez	119
Jadyra Guadalupe Sanchez Moreno	191	Maria Fernanda Brito Jimenez	83
Jaime Isaac Davila Orozco	163	María Fernanda Ochoa Renteria	256
Jatzibe Arlette Uranga Vázquez	103	María Fernanda Oviedo Chávez	71

María Fernanda Preciado Eguia	105	Patricia Ivette Espíndola Cisneros	140
María Fernanda Servín Martínez	154	Paula Maria Picazo Lechuga	47, 54
María Guadalupe Torres Sánchez	135	Paulina Guadalupe Briseño Sahagun	230
Mariana Elizabeth Magdaleno Hernández	226	Paulo Edwin Pacheco Patiño	219
Mariana Peraza López	53	Raquel Arenas Rojas	168
Marised Gutiérrez Moedano	117	Raquel Shaddaí Castillo Almazán	9, 212
Marlene Berenice Muñiz Villagrana	127	Raúl Alberto Montero Vázquez	111
Marlene Zacarias Valenzuela	102	Rebeca Sarahí Pérez Gutiérrez	221
Martha Itzel Galindo Alcantara	248	Reyna Stephany Picazo Gutiérrez	164
Martina Nava Maldonado	76	Richard Daniel Claro Ceballos	176, 184
Martina Rauscher	48	Ronaldo Jesús Izaguirre Escobedo	108
Maryam Concepción Olivares Rosas	162	Rosario Miranda Olivares	100
Mauricio Zapata Rendón	72	Roxana Paola López Loza	181
Mauzy Karina Ramirez Arriaga	137	Russber Jesus Puente Morales	155
Mayra Daniela Banda Villeda	70, 114, 122	Salma López Vilchis	13
Mercedes Liliana Salazar Hernandez	236	Samantha Marisol Guerrero Valenzuela	126
Miguel Angel Rodriguez Ruiz	166	Sandra De La Rosa Tamez	44
Miguel Angel Rodríguez Visuet	115	Sebastian Ocampo de la O	113
Monica Holguín Barrera	156	Sergio Abraham Cantú Martínez	129
Monica Liseth Holguin Barrera	7	Silvia Angelica Oviedo Hernandez	249
Monica liseth Holguin Barrera	104	Sofía Jimena Olmedo Correa	207
Monica Michelle Contreras Betancourt	40	Sofía Páez Bueno	259
Monserrat Cantón Bautista	125	Tania Mercedes Chavez Enriquez	185
Nadia Magdalena Hernández Mata	95	Uriel Francisco Pérez Blanco	62, 200
Nadia Marlene Rodríguez Ledesma	199	Vanessa Custodio Madriz	206
Nadia Rettig Moreno	109	Vanessa Gámez Sánchez	240
Nadia Yaremi Flores García	92	Vanessa Medrano Alvarez	57
Nancy Nayeli Anaya Enriquez	31	Vanessa Rubio Espinoza	41
Nathalie Misha Alvarez Aguilera	198	Victor Hugo Herrera Aboytes	170
Nelly Guadalupe Ramírez Martínez	67	Victor Manuel Hernandez Ortiz	254
Omar Daniel Cortés Enríquez	8	Xochitl Betzabe Ojeda Garcia	51
Omar Daniel Cortés Enríquez	202	Xochitl Espinoza Vasquez	231
Omar Ulisses Jair Mejia Pedroza	55	Yadira Guadalupe Sánchez Moreno	34
Oscar Manuel Berlanga Bolado	23, 152	Yanira Michelle Martínez Leal	110
Oscar Mauricio Duran Ramirez	2	Yara Denisse Gómez Trejo	258
Paloma del Carmen Salazar Villanueva	224	Yazmin Alexia Islas Cervantes	106
Paloma Monzerrat Salazar Nájera	88	Zaira Itzel Garcia Murillo	52
Pamela Valdez Rodríguez	131	Zulem Santiago Loya	36
Paola Berenice Torres Riojas	39	Zyanya Raquel Morales Ocaña	134
Paola Labrador Manjarrez	120	Zyanya Stephanie Flores Sánchez	225
Pastor Escárcega Fujigaki	218		
Pastor Escárcega Fujigaki	38		
Patricia Guadalupe Duarte Garibay	90		

1. ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO.

Kevin Alejandro Uc Ortega, Residente de Pediatría, ISSEA, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes | Martín Eduardo Flores Munguía, Servicio de Pediatría, R3 Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes Ags. | aletzuc1@gmail.com

Introducción: La enfermedad granulomatosa crónica (ECG) es un error innato de la inmunidad que afecta la fagocitosis, por la NADPH oxidada. Caracterizada por infecciones bacterianas y fúngicas recurrentes y graves e hiperinflamación local y sistémica. Con la vacuna BCG pueden presentarse reacciones locales o sistémicas. Presencia de infecciones recurrentes por atípicos y exceso de citocinas proinflamatorias con formación de granulomas ineficientes. Deben descartarse patologías autoinmunes como LES y Enfermedad de Chron. **Descripción del caso:** Femenino de 7 años, padres sin endogamia, sin reacción a vacuna BCG y 2 cuadros previos de neumonía, padecimiento de 2 semanas, con fiebre de 39.7°C, que progresa a cuadro de dificultad respiratoria y desaturación, con sospecha de neumonía, inicia antimicrobiano de amplio espectro. Se descartan diagnósticos de fibrosis quística, tuberculosis y abordaje por inmunología, con toma de inmunoglobulinas y complemento, sospecha de posible enfermedad granulomatosa crónica, inicia seguimiento por genética, con Panel genético que muestra alteración confirmatoria de dicha entidad. **Evolución:** C3 201 (86-166) C4 51 (13-32) (IgA 723.4 IgG 1239) AcAnti DNAds, AcANCAs, Galactomanano 0.2 Panel genético: Variante patogénica heterocigota NCF2, y para gen p67 phox **Conclusión(es):** Durante el abordaje previo obtenemos datos clínicos y laboratoriales importantes, el grupo etario y la edad de presentación, descartando previa reacción a BCG, así como la identificación de foco infeccioso por *Aspergillus*, además de la relevancia de pruebas genómicas para determinar el tipo de alteración. La ECG es un error innato de la inmunidad, poco frecuente, en el contexto de países en vías de desarrollo hay signos de alarma, clínicos y laboratoriales, como las neumonías de repetición así como elevación en inmunoglobulinas y la infección por *Aspergillus* que pueden orientar nuestra sospecha diagnóstica.

3. SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR Y CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMPLEJA ASOCIADO CON BRONQUIO TRAQUEAL EN RECIÉN NACIDO DE TÉRMINO.

Citlalli Alvarado Barboza, Residente de Neumología Pediátrica, UMAE Hospital de Pediatría IMSS Centro Médico Nacional de Occidente | Ambrocio Aguilar Aranda, Neumología Pediátrica, Médico de Base, IMSS, UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente | alvarado.cj@outlook.es

Introducción: El secuestro pulmonar es una patología rara que suele manifestarse como infecciones pulmonares de repetición o verse como un hallazgo incidental en un estudio de imagen; puede clasificarse como intralobar o extralobar y se asocia con malformaciones congénitas pulmonares, diafragmáticas y cardiopatías. El diagnóstico se fundamenta en la detección de la irrigación anómala a través de un vaso de la circulación sistémica. Actualmente los tratamientos se realizan mediante resección quirúrgica por toracoscopia o embolización de las arterias que nutren el secuestro por técnicas de intervencionismo endovascular. Importancia de las malformaciones broncopulmonares en la edad pediátrica **Descripción del caso:** Masculino de 22 días de vida, madre de 27 años portadora de Diabetes Mellitus tipo II, producto de la primera gesta, diagnóstico prenatal de cardiopatía por ultrasonido obstétrico, presentó depresión respiratoria al nacimiento ameritando intubación endotraqueal con ventilación mecánica. Se realiza angiogramografía de tórax concluyendo conexión anómala parcial de venas pulmonares variedad supracardiaca con hallazgo de bronquio traqueal superior derecho e imagen en relación a secuestro pulmonar en segmentos apical y posterior del lóbulo superior derecho con aporte arterial sistémico desde el tronco braquicefálico. Se realiza broncoscopia con compresión extrínseca pulsátil en carina que obstruye el 50% de la luz, variante anatómica para lóbulo superior, compresión extrínseca pulsátil en tercio inferior del bronquio principal izquierdo que disminuye el 10% de la luz. Actualmente en espera de tiempo quirúrgico bajo ventilación mecánica. **Conclusión(es):** Neonato masculino de término con síndrome de dificultad respiratoria, ANGIOTAC: secuestro pulmonar intralobar en lóbulo superior derecho. Si bien la forma intralobar es la forma más frecuente de presentación, clásicamente se localiza en segmentos basales posteriores y del lado izquierdo; asociado a malformación bronquial con manifestaciones clínicas infrecuentes. Continúa bajo ventilación mecánica en espera de manejo quirúrgico.

2. REMODELACIÓN DE LA VÍA AÉREA EN ADOLESCENTE CON ASMA GRAVE NO CONTROLADA.

Oscar Mauricio Duran Ramirez, R5 Neumología pediátrica | Luis Carlos Hinojos Gallardo, Adscrito al servicio de Neumología Pediátrica del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua, Chihuahua | Mario Soto Ramos, Adscrito al servicio de Neumología Pediátrica del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua, Chihuahua | mauricio.dr20@gmail.com

Introducción: El asma grave no controlada se define cuando persisten síntomas/signos a pesar de tratamiento con dosis altas de CI+LABA+LAMA por 12 meses, o corticoide oral por 6 meses o más, o recurrencia de síntomas al disminuirlos, habiendo descartado factores contribuyentes. La remodelación bronquial es complicación del asma. **Objetivo(s):** Reconocer la utilidad de la biopsia pulmonar en el diagnóstico diferencial del paciente con asma grave. **Descripción del caso:** Femenina de 12 años con asma grave. Se abordó como síndrome hipereosinofílico por episodios recurrentes de dificultad respiratoria grave, fiebre, imágenes de ocupación alveolar, eosinofilia en sangre periférica. Se consideró neumonía eosinofílica crónica por las recidivas frecuentes de eosinofilia, infiltrados pulmonares con respuesta rápida con metilprednisolona. Se reportó Galactomanano (índice 0.81 IDO), sin contar con IgE e IgG específica para *Aspergillus*, pero por la presencia de bronquiectasias centrales se dio tratamiento para ABPA con Prednisona/Itraconazol, sin mejoría. Se inició Mepolizumab, observando control parcial y reingresos por hipoxemia después de seis meses. Se decide realizar biopsia pulmonar para descartar diagnósticos diferenciales (neumonía eosinofílica crónica, bronquiolitis obliterante, vasculitis, infecciones, GEPA). **Evolución:** Eosinófilos 0.9 K/uL, IgE 602 UI/mL, p-anca (10 UR/mL), c-anca (12 UR/mL), LBA con eosinofilia (+++). Espirometría con obstrucción grave sin respuesta significativa al broncodilatador. Biopsia pulmonar con hiperplasia de células calciformes, engrosamiento de la membrana basal e hipertrofia de la capa muscular. **Conclusión(es):** En pacientes con asma no controlada a pesar de apego al tratamiento adecuado y descartar factores contribuyentes es necesario buscar diagnósticos diferenciales. La biopsia pulmonar es poco frecuente y es la última opción de abordaje.

4. NEUMOPATÍA INTERSTICIAL SECUNDARIA A METOTREXATO EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.

Eliseo Valdez Camargo¹, Ambrocio Aguilar Aranda², Citlalli Alvarado Barboza³, Roberto Hernández Raygoza⁴, Andrea Navarro Loza⁵, José de Jesús Ramos Quezada⁵, Ana Isabel Oregón Alamillo.⁵
¹Residente de Neumología Pediátrica, ²Médico de Base, ³Médico residente 2do año, ⁴Profesor adjunto, ⁵Profesor ayudante. UMAE Hospital de Pediatría IMSS, Centro Médico Nacional de Occidente, Jalisco. | dragularaneumo@hotmail.com

Introducción: La neumopatía intersticial por metotrexato es causa importante de lesión intersticial en pacientes oncológicos. 50% de los pacientes desarrollan efectos secundarios, y de 2 a 5% desarrollan neumopatía intersticial. Las manifestaciones incluyen disnea, desaturaciones e hipoxemia. El tratamiento es disminución o suspensión de metotrexato, oxígeno suplementario, esteroide inhalado y/o sistémico. **Descripción del caso:** Femenina de 6 años con leucemia linfoblástica aguda de células pre-B riesgo intermedio en protocolo MAS-ALL, recibiendo metotrexato desde hace 1 año, desarrollo 3 cuadros de neumonía del paciente inmunocomprometido. Por persistir con hipoxemia, disnea y presentar tomografía con afectación intersticial difusa bilateral, solicitamos perfil inmunológico, autoinmune, y broncoscopia con lavado bronco-alveolar, para descartar causas infecciosas por inmunosupresión secundaria (Bacterias, hongos, atípicos y virales). Resultado histopatológico con macrófagos y células epiteliales reactivas. Resto de estudios fueron negativos. Diagnosticamos neumopatía intersticial secundaria a quimioterapia (metotrexato). Damos esteroide sistémico e inhalado, iniciamos azitromicina e inhibidor de leucotrienos. Se disminuye dosis de metotrexato en fase de mantenimiento. En su control tomográfico se observa disminución de lesiones. Las pruebas de función pulmonar fueron normales. **Conclusión:** Se presenta el caso de paciente con leucemia y una evolución pulmonar insidiosa, siendo necesaria broncoscopia y diversos paraclínicos para su diagnóstico de neumopatía por metotrexato. Evoluciono favorablemente al disminuir dosis quimioterapéutica e iniciar tratamiento antes mencionado. En este caso la evolución fue favorable, sin embargo, al no ser una patología frecuente y ser un diagnóstico de exclusión, el retraso en el diagnóstico e inicio de tratamiento puede provocar un desenlace mortal.

5. INTOXICACIÓN AGUDA POR PLOMO Y FALLA HEPÁTICA AGUDA.

Andrea Carolina Rodríguez Saldaña¹, Brenda Becerra Trejo², Jimena Daniela Del Villar Vilchis², Mayra Daniela Banda Villeda³, Luz Moran Romero³, Laura Panduro Valdez³, Ana Cecilia Morales Lara.³
¹Residente de pediatría de tercer año. ²Servicio de Urgencias Pediátricas. Médico Adscrito. ³Residente de pediatría de tercer año. UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente. andy_riguez22@hotmail.com

Introducción: El plomo es un metal tóxico, se acumula en el cuerpo afectando diversos sistemas del organismo. No existe un nivel de exposición seguro. En la etapa pediátrica puede ser catastrófica al causar alteraciones en el desarrollo cerebral y del sistema nervioso del niño. **Objetivo:** Describir un caso clínico con falla hepática aguda secundaria a intoxicación por plomo. **Descripción del caso:** Masculino 1^a 11 meses, vacunas completas, bronquiolitis y diarrea desde los 5 meses, manejado con medicina alternativa en cada episodio (total 6 cuadros). Inicia el 01-agosto con fiebre 39°, evacuaciones disminuidas en consistencia, 5/24 horas, verdosas con moco, no sangre, fétidas; facultativo administra suspensión oral con mejoría parcial. 08-08 se agrega vómito post pandrial, acude a sobadora quien inicia remedio con polvos naranjas diluido en refresco 3 veces/día. 12-08 por somnolencia, malestar general, astenia, adinamia acude a urgencias, exámenes con transaminasemia y coagulopatía. **Estudio / Tratamiento / Evolución:** Ingresa a 3er nivel con deshidratación severa, convulsión tónico-clónica generalizada asociada a hiponatremia, vómitos en pozos de café y se administra plasma, vitamina k respondiendo favorablemente, se solicita muestra de polvo naranja reportando tetrahidroxido de plomo. Niveles séricos en 72mcg/dl. Se inicia manejo quelante (penicilamina) por 12 días, presentando mejoría clínica y laboratorio con normalización del mismo. Seguimiento con normalización de pruebas de laboratorio de funcionamiento hepático. Control de niveles séricos a los 4 meses con 52 mcg/dl. **Discusión / Conclusión(es):** Es importante conocer que se administra al ser humano, principalmente al acudir a la medicina alternativa debido al uso de diversas sustancias que pueden ser tóxicas al largo plazo. En México existen altos niveles en el medio ambiente, no contamos con un control ambiental adecuado.

7. PERFIL DE LA LEPTOSPIROSIS, EN UN HOSPITAL INFANTIL DE LA CIUDAD DE CARTAGENA.

Monica Liseth Holguin Barrera, Residente pediatría | Mauricio Guerrero Roman, pediatra | Maria Camila Nieves Ramirez, Residente pediatría | Melissa Rivero Roca, Residente pediatría | Natalia Ordozgoitia Moreno, Residente pediatría | Johana Tirado Iguaran, Residente pediatría | Michely Jimenez Sarmiento, Residente pediatría | Ana Maria Caballero M Miele, Residente pediatría. Cartagena Colombia | mlholguinba@gmail.com

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución a nivel mundial, causada por serotipos patógenos de bacterias espiroquetas del género *Leptospira*. Entidad cuyo impacto es subestimado por los precarios registros y diagnóstico erróneo; afecta con mayor frecuencia a personas que viven en naciones en vía de desarrollo y regiones tropicales, incidencia anual de más de un millón de casos y tasa de mortalidad de 58.900. Su espectro varía desde formas leves con síntomas inespecíficos (90% de los casos), como fiebre, mialgias y cefalea; hasta la forma grave caracterizada por ictericia, disfunción renal y eventos hemorrágicos (Enfermedad de Weil, mortalidad >10%). **Objetivo(s):** Describir las características sociodemográficas y clínicas en pacientes con diagnóstico de leptospirosis atendidos en la ciudad de Cartagena. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional descriptivo de pacientes tratados en el Hospital infantil Cartagena entre enero del 2020 y diciembre del 2022. Se incluyeron 105 pacientes menores 18 años con sospecha de leptospirosis y prueba positiva de inmunoglobulina M (IgM ELISA) para leptospira. La información clínica, se recolectó en una base electrónica. **Resultado(s):** Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (97.1%), vómitos (60%), dolor abdominal (50.5%), náuseas (46%) sistémicos: cefalea (66.7%), mialgias (62%), artralgias (38%), ictericia (16.2%). Complicaciones: enfermedad de Weil 12,4% con falla renal aguda, hemorragias gastrointestinal y pulmonar (6.7%) cada una. Laboratorio: anemia (40 %), leucocitosis (34.3%), neutrofilia (39%), trombocitopenia (28%), elevación de CPK(62%), creatinina (35.2%), LDH(23%), de bilirrubina total (21%). El 34 % ingresaron a UCI. La mediana de estancia hospitalaria fue de 5 días en hospitalización general y de 2 días, en UCI. Los antibióticos usados fueron ceftriaxona y penicilina(20%-53%). **Conclusión(es):** Se ha fortalecido la vigilancia de la leptospirosis en Colombia, estableciendo notificaciones rutinarias. Sin embargo, en la literatura médica nacional hay pocos reportes sobre el curso clínico de esta enfermedad.

6. HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA EN PACIENTE DE 13 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO.1

Luz Alexia Juárez Hernández, Pediatría, R2. Hospital General Regional No.1, Baja California | Sara Eloisa Olivera Sandoval, Pediatría, Profesor adjunto y médico adscrito al Hospital General Regional No.1, Baja California | luzalexia@gmail.com

Introducción: La hernia diafragmática congénita corresponde al defecto diafragmático que resulta en protrusión de vísceras abdominales hacia la cavidad torácica. Presentan síntomas en las primeras horas de vida, con datos de dificultad respiratoria. La compresión torácica ocasionada por órganos abdominales genera un desarrollo pulmonar anormal con hipoplasia e hipertensión pulmonar, siendo éstos los principales determinantes de la morbimortalidad. **Descripción del caso:** Masculino de 13 años con cuadro clínico de 12 meses de evolución caracterizado por disnea de medianos esfuerzos. 4 días previos a su ingreso presenta dolor torácico de inicio súbito, acude a valoración en donde se solicita radiografía de tórax y se refiere a nuestra unidad por sospecha de derrame pleural. Se realiza tomografía de tórax evidenciándose hernia diafragmática. Llama la atención antecedente de tres visitas a urgencias por cuadros de dolor abdominal. **Evolución:** Reparación quirúrgica, identificándose hernia diafragmática tipo Bochdalek, con defecto de 5cm, contenido de intestino delgado, porción de colon transverso y descendente, totalidad de epiplón, bazo lobulado y pulmón izquierdo hipoplásico. Se realiza cierre de diafragma con colocación de malla. Egres a domicilio sin complicaciones. **Conclusión:** Se destaca la importancia del diagnóstico precoz de la presentación tardía de la hernia diafragmática congénita. Enfatiza la importancia del examen físico y la interpretación correcta de los estudios de imagen. Todos los pediatras deben ser conscientes de esta condición en su práctica diaria, teniendo un alto índice de sospecha ante niños con síntomas gastrointestinales y/o respiratorios, favoreciendo la corrección quirúrgica oportuna, reduciendo el riesgo de procedimientos invasivos innecesarios y disminuyendo la morbimortalidad.

8. OXIMETRÍA DE PULSO PARA EL TAMIZAJE DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS: EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL.

Omar Daniel Cortés Enríquez, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Nicolas de los | Claudia Vanessa Tapia Fonseca, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Nicolas de los | Laura Patricia Raya Garza, Jefe del Servicio de Pediatría, Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Nicolas de los | omardcortes@outlook.com

Introducción: Las cardiopatías congénitas representan una de las principales causas de mortalidad en los pacientes menores de 1 año. El tamizaje cardiaco ha demostrado ser una estrategia costo efectiva para el diagnóstico oportuno de cardiopatías congénitas, lo que conduce a un tratamiento oportuno y un desenlace clínico favorable para los pacientes. **Objetivo(s):** Evaluar la utilidad de la implementación del programa de tamiz neonatal en una unidad de segundo nivel de atención en el norte de México, valorando la frecuencia de tamizajes positivos, la frecuencia de pacientes positivo diagnosticados con cardiopatía congénita y valorar la relación de un resultado positivo en el tamiz cardiaco con diferentes variables. **Material(es) y Método(s):** Estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en el que se evaluó la aplicación de un programa de tamizaje cardiaco en un hospital de segundo nivel de atención en el noreste de México. Se describen las características demográficas y las variables asociadas al presentar un resultado positivo en el tamiz. Así mismo se calculó la efectividad del tamizaje para detectar una cardiopatía congénita diagnosticada por ecocardiograma. **Resultado(s):** Se tamizó a 149 recién nacidos atendidos en nuestra unidad. El 8% presentó un tamizaje positivo. Un resultado positivo en el tamiz cardiaco se encontró asociado a una edad materna más joven y a una edad gestacional más avanzada. La razón de momios para presentar un tamizaje positivo fue superior para el género masculino. Del total de pacientes con tamiz positivo, el 56% presentó una cardiopatía confirmada por ecocardiograma. **Conclusión(es):** El tamizaje cardiaco es una estrategia efectiva, segura y de bajo costo. Reportamos una asociación de tamizaje positivo en relación con una edad materna joven y con el género masculino.

9. TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES EN RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS PARA EDAD GESTACIONAL, LACTANCIA MATERNA. UN ESTUDIO DE COHORTE.

Raquel Shaddai Castillo Almazán, Servicio de Pediatría, Residente 3er año, Anaíd Jocelyn Lara Reyna, Servicio de Pediatría, Residente 3er año, Arturo Osmar Sánchez Guerrero, Servicio de Pediatría, Residente 1er año. Hospital Central, San Luis Potosí. Sofía Sarai González García, Servicio de Pediatría, Residente 1er año, INP, CDMX | María Susana Juárez Tobías, Servicio de Pediatría, Médico adjunto, Abel Salazar Martínez, Servicio de Pediatría, Médico adjunto. Hospital Central, San Luis Potosí | raquel.castillo.almazan@gmail.com

Introducción: Los Trastornos Gastrointestinales Funcionales (TFG) tienen gran prevalencia, el diagnóstico se realiza con “Los Criterios de Roma IV”. Su frecuencia y evolución en los niños de término pequeños para edad gestacional (PEG), no ha sido publicada. **Objetivo(s):** Conocer la frecuencia y evolución de los TFG en niños de término. Conocer el papel de la lactancia humana en los TFG como objetivo secundario. **Material(es) y Método(s):** Cohorte prospectiva. Se retuvieron las siguientes variables: Peso, talla, perímetro cefálico, edad gestacional por Capurro. Se realizó una llamada telefónica mensual para conocer el tipo de lactancia y, utilizando los criterios de Roma IV la evolución de los TFG. **Resultado(s):** Se reclutaron 164 pacientes. La frecuencia de TFG fue de 56.7%, regurgitación (24.39%), cólico del lactante (12.80%), disquecia del lactante (1.21%), estreñimiento funcional (1.21%). En el primer mes se identificaron 55 casos con TGF (33.5%), en el segundo mes 16 pacientes (9.8%) y en el tercer mes 4 casos (2.4%). No existieron diferencias significativas entre los niños normales y PEG en la frecuencia y aparición de TFG. Los TGF, fueron con alimentación mixta en 67.9% y con lactancia materna exclusiva de 51% (p=0.0451). **Conclusión(es):** Los TFG en este estudio, aplicando los criterios de Roma IV, fueron más frecuentes que lo reportado en la literatura. No existió diferencia en la frecuencia TFG entre los niños PEG y niños normales. La Lactancia Humana exclusiva se asocia a una disminución de TFG.

11. ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA A CENTROS DE ATENCIÓN CARDIOVASCULAR PARA PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS DEL CENTRO DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

Ingrid Paola Bernal Moreno, Cardiología Pediátrica, Médico Pasante del Servicio Social, López García Ariadna, Cardiología Pediátrica, Médico Adscrito, Juárez Martínez Anna Frine, Cardiología Pediátrica, Médico Pasante del Servicio Social, Lara Alvarado Sara María, Cardiología Pediátrica, Médico Pasante del Servicio Social, Quezada Macías Arantza Pamela, Hematología Pediátrica, Médico Pasante del Servicio Social, Cortez Herrera Beatriz, Hematología Pediátrica, Médico adscrito, Espinoza Elizondo Rosa Marta, Hematología Pediátrica, Médico adscrito, Morales Ortiz Daniel, Oncología Pediátrica, Médico adscrito, Gallardo Gallardo Iris Yael, Oncología Pediátrica, Médico adscrito. Hospital General de México CDMX | juarez.frine20@gmail.com

Introducción: De acuerdo con la CONAPO en 2018 la sobrevida en adolescentes supervivientes de cáncer infantil en México fue de 57.5%, globalmente 80% de los niños con cáncer sobreviven a los 30 años, de ellos 50% presentan disfunción cardíaca subclínica. Se estima que los supervivientes tienen un riesgo hasta 5 veces mayor de padecer enfermedades cardiovasculares. Se recomienda que los supervivientes de cáncer infantil reciban evaluación cardiovascular cada 2 a 5 años. Debido a que a lo largo de su vida los pacientes requerirán evaluación cardiovascular periódica, se evaluó la accesibilidad geográfica a centros de atención cardiovascular en niños mexicanos con cáncer de la región centro del país. **Objetivo(s):** Determinar el acceso geográfico a centros de atención cardiovascular en pacientes hemato-oncológicos pediátricos que se atienden en un hospital regional de la zona centro del país. **Material(es) y Método(s):** Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes de 0 a 18 años, atendidos en el HGMEI en los servicios de hemato-oncología y cardiología pediátrica entre mayo de 2021 y marzo de 2024 por diagnósticos oncológicos. Se estimaron las distancias entre los domicilios de los pacientes y los centros de atención cardiovascular del centro del país. **Resultado(s):** Se encontraron 58 expedientes, 43% corresponden a mujeres y 57% a hombres, con una mediana de edad de 13 años. Las medianas de las distancias entre los centros de atención hospitalaria cardiovascular se encontraron entre 36 y 218 Km, siendo el hospital más cercano el Hospital Infantil de México y el más lejano el Hospital Oncología Teletón. **Conclusión(es):** La mediana de distancia entre el centro de atención cardiovascular más próximo se encontró entre 36 y 218 Km, el mayor porcentaje de la población (34.5%) tenía acceso a atención cardiovascular de 20 a 40 Km de su domicilio.

10. GASTROSQUISIS COMPLEJA CON ATRESIA DE COLON TIPO III. REPORTE DE CASO.

Cynthia Gomez Soto, Residente de tercer año de Pediatría del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes | cgs9416@hotmail.com

Introducción: La gastrosquisis compleja, definida como aquella complicada por atresia intestinal, vólvulo, necrosis o perforación, representa el 15% de los casos de gastrosquisis. La atresia de colon tipo III es la más infrecuente de las atresias intestinales, asociada a gastrosquisis no se encontró bibliografía en niños mexicanos. **Descripción del caso:** Se trata de masculino pretérmino de 35.5 SDG con Gastrosquisis compleja con atresia de colon tipo III. Sin antecedentes heredofamiliares. Gesta 2, control prenatal con diagnóstico de gastrosquisis al 4to mes. Nace por cesárea de urgencia, colocándose bolsa estéril para protección de asas intestinales y se envía a tercer nivel donde se observa área de necrosis de saco proximal en ciego. **Tratamiento(s) / Evolución:** Pasa a quirófano donde se reseca área necrótica y se deriva con sonda Foley en cabo proximal, colocando silo preformado introduciendo paulatinamente el intestino. Al sexto día de vida se logran introducir las asas intestinales por lo que pasa a quirófano, cuantificándose 50 cm de intestino delgado y 10 cm de colon total, con atresia de colon tipo III, se deriva la boca proximal en ciego y la boca distal en colon transversal, se introduce intestino y se cierra pared abdominal. Paciente con síndrome de intestino corto, con múltiples hospitalizaciones por diarrea, a los 4 meses se realiza cierre de estomas con anastomosis terminal. Con buena evolución sin presentar nuevas hospitalizaciones. **Conclusión(es):** La atresia de colon tipo III es una entidad muy poco frecuente que asociada a gastrosquisis es extremadamente rara, y no hay protocolos específicos de tratamiento. El manejo de las gastrosquisis complejas debe ser individualizado de acuerdo con las condiciones de cada paciente.

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

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

Introducción: El síndrome nefrótico como manifestación paraneoplásica de Linfoma de Hodgkin es poco frecuente, refiriéndose una incidencia del 0.4% global, pudiendo preceder, coincidir o seguir al diagnóstico de la enfermedad neoplásica, con una media de 12 meses previo al diagnóstico neoplásico. **Descripción del caso:** Femenina de 11 años con diagnóstico de síndrome nefrótico desde los 10 años, evolución tórpida, con tres recaídas, corticorresistente y dependiente. Iniciando padecimiento actual con nuevo evento de recaída caracterizado por edema en extremidades inferiores, oliguria, disnea, datos de urgencia dialítica ameritando hemodiálisis, ingresando a unidad de segundo nivel, referida a nuestra unidad para abordaje de síndrome nefrótico. **Evolución:** -BH: hemoglobina 8.4, plaquetas 371,000, leucocitos 10,000, neutrófilos 7830, linfocitos 1780. -ES: Calcio 7.4, Magnesio 1.3 -QS: Creatinina 0.5, urea 42, BUN 20, colesterol 252, triglicéridos 325, albúmina 2.4. -Depuración de creatinina 97, proteínas 6240(246mgm2hora). -TAC: crecimientos ganglionares mediastinales y retroperitoneales paraaórticos y paracavales de hasta 26mm. -Electroforesis proteínas: Albúmina 53%, alfa 1 20%, alfa 2 12%, beta 12%, gamma 3% -Biopsia ganglio retroperitoneal: inmunohistoquímica con CD15+, CD30+, concluyente de Linfoma de Hodgkin clásico variedad esclerosis nodular. Manejo multidisciplinar, mala respuesta del síndrome nefrótico a esteroides, se solicita biopsia de ganglio retroperitoneal. Diagnóstico definitivo de Linfoma de Hodgkin, iniciando quimioterapia, evolución con remisión de síndrome nefrótico. Paciente se encuentra en vigilancia -Tx: Quimioterapia ABVD + COPP. **Conclusión(es):** Continua en investigación, se habla sobre participación de linfocitos T, presentando hipersensibilidad retardada IgE como mediadora, aumento de citocinas (4 y 13), que afectan de manera directa la barrera de filtración glomerular. El tratamiento del síndrome nefrótico y pronóstico se relacionan con el tratamiento de Linfoma de Hodgkin, siendo de buen pronóstico.

13. INFECCIÓN RECURRENTE POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* EN PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO.

Salma López Vilchis, Médico Pasante del Servicio Social, Universidad Anáhuac Querétaro, Hospital Infantil Teletón de Oncología, Querétaro | Georgina Elizabeth Félix Bermúdez, Subdirección de atención médica, Michel Mata Castañeda, Infectólogo pediatra, Astrid Anaí Hernández Soto, Jefatura de prevención y control de infecciones, Elsa Janeth Martínez Marin, Médico gastroenterólogo, pediatra, Ma. Lourdes Vega Vega, Director general. HITO, Querétaro salmavilchis@hotmail.com

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* (CDI) es una enfermedad con creciente incidencia en niños hospitalizados, cuya tasa se estima entre 20 y 24 %. Los factores predictivos en edad pediátrica no se han esclarecido. El fármaco de primera línea aprobado por la FDA en mayores de 18 años para el tratamiento de recurrencias es Fidaxomicina y como segunda línea Vancomicina presentación oral (ambas sin disponibilidad en México). **Descripción del caso:** Paciente masculino de 6 años de edad, con diagnóstico de Sarcoma de células claras de riñón izquierdo (estadio III). Recibió protocolo de adyuvancia y nefroureterectomía izquierda. Presentó en la semana 14 el primer episodio de CDI, inmunoensayo y PCR toxina A/B CD (+), con tratamiento de MEM, VAN y MTZ, al 39° DEIH es egresado. Una semana después se presenta la primera recurrencia de CDI; egresó al 11° día. Reingresó a UCIP 1 semana después por choque séptico y recurrencia CDI. Con tratamiento MEM y VAN. Egresó al DEIH 55 con esquema de reducción de VAN. Regresó 7 semanas después por recurrencia de CDI, toxina A/B CD (+), GDH (+), con tratamiento de FEP y MTZ, egresó al 10° DEIH. Reingresó 2 días después a UCIP por choque séptico + STD bajo. Con tratamiento de PIP/TZ y Fidaxomicina. Egresó en DEIH 19 con profilaxis VAN. **Evolución:** Estudio histopatológico: Colon transversal con colitis ulcerada con actividad leve, edema de lámina propia. **Conclusión(es):** El presente caso demuestra la complejidad que implica el manejo de un paciente oncológico con CDI recurrente, ya que se sobrelapan diferentes alteraciones de la barrera intestinal, lo cual, crea un reto para el equipo interdisciplinario al intentar manejar al paciente sin antibióticos de amplio espectro.

15. FACTORES ASOCIADOS A VOLUMEN Y LONGITUD RENAL EN LACTANTES NACIDOS EN EL ESTADO DE AGUASCALIENTES.

Gladys Selene Jiménez Dávila, residente, pediatría, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes | Myriam del Carmen Corrales Aguirre, Adscrita al Servicio de Pediatría, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes | Jose Manuel Arreola Guerra, Jefe del Departamento de Investigación, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes | selenejimenez@hotmail.com

Introducción: Actualmente, la prevalencia de enfermedad renal crónica en Aguascalientes se encuentra en uno de los primeros 5 lugares del mundo, alrededor del 53% de los casos tienen etiología desconocida y los jóvenes entre 20 y 40 años son el grupo más afectado. El presente estudio buscó encontrar los factores que se asocian a el correcto crecimiento renal, realizado medición de volumen renal con ultrasonido en infantes nacidos del estado de Aguascalientes. **Objetivo(s):** Describir los factores tradicionales asociados al aumento de volumen renal y determinar la relación entre la exposición a pesticidas y metales pesados en el nacimiento y el primer año de vida con el aumento de dimensiones renales. **Material(es) y Método(s):** Se realizó medición somatométrica, ultrasonido renal con medición de volumen renal ajustado a superficie corporal (VRTSC), se incluyó el antecedente del primer año de vida, se tomó muestra de sangre para determinar creatinina, albúmina, cinética de hierro y citometría hemática. Se realizó estadística descriptiva en base a las variables. Se realizó una comparación entre cuartiles de la diferencia (delta) entre el VRTSC al año menos VRTSC al nacimiento. **Resultado(s):** El análisis final incluyó a 50 lactantes, con una edad promedio de 13.54 meses de edad, la distribución fue 50% masculino. No se encontró asociación significativa entre el VRTSC con la lactancia materna, el estado nutricional o la presencia de anemia. Se encontró una media de VRTSC al nacimiento de 112 (93.4 – 135.7), con una media de VRTSC al año de edad de 112.3 (95.7 – 124.7) y la identificación de pesticidas y metales pesados en los pacientes con el delta en el cuartil superior (mayor incremento de volumen renal). **Conclusión(es):** El tamaño renal y la exposición a pesticidas y fluor al nacimiento se asocian con un mayor incremento del volumen renal al año de vida.

14. RECIÉN NACIDO PREMATURO CON PERFORACIÓN INTESTINAL IN ÚTERO SECUNDARIO A ILEO MECONIAL.

Georgina Lozano Pineda, residente de pediatría | Ovilla Moreno Liliana, médico adscrito | Roman Vega Ana Gabriela, médico adscrito | González Sánchez Mercedes de Jesús, médico adscrito | georginalp94@hotmail.com

Introducción: La perforación intestinal intrauterina es una afección rara. La falta de eliminación de meconio dentro de las primeras 24 -48hrs, asociada a distensión abdominal e intolerancia alimentaria son características distintivas de íleo meconial. Alrededor de la mitad de los casos debutan con complicaciones como vólvulo, gangrena, atresia o perforación. **Descripción del caso:** Recién nacido pretérmino, obtenido por cesárea debido a ruptura prematura de membranas, pasa a UCIN por dificultad respiratoria y distensión abdominal. A la exploración física presenta edema generalizado, abdomen distendido, ausencia de peristalsis, sin expulsión de meconio. **Evolución:** Radiografía en suspensión revela tórax restrictivo, abdomen con cámara gástrica distendida y ascitis. Al nacimiento se decide ventilación mecánica y manejo antibiótico. A las 48hrs de vida se realiza laparotomía exploradora, encontrando peritonitis fibroadhesiva, hernia interna a 25 cm de la válvula ileocecal, colon hipoplásico, adherencias, dos sitios de perforación intestinal a 25 cm de válvula ileocecal. Al egreso de cirugía requirió uso de aminas 24h y ventilación mecánica 72h. Se indicó ayuno 6 días, posteriormente se inició fórmula extensamente hidrolizada con adecuada tolerancia y cursando clínicamente estable. **Conclusión(es):** La obstrucción intestinal no es un diagnóstico de ingreso frecuente en la unidad de cuidados intensivos neonatales del HGZ 1, Tapachula, Chiapas. El cuadro clínico expresado por el paciente es típico de la patología presentada, así como de su etiología (íleo meconial), su abordaje terapéutico temprano fue determinante en el pronóstico del paciente. La expresión clínica del paciente es característica de la patología, la etiología de la perforación intestinal presentada corresponde a una de las principales causas de íleo meconial, la pronta intervención quirúrgica es determinante en la evolución y pronóstico del paciente.

16. UTILIDAD DEL VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO COMPARADO CON HEMOCULTIVO COMO PRUEBA DIAGNÓSTICA EN SEPSIS NEONATAL TARDÍA.

Jonathan Antonio Casillas Moreno, Servicio de Pediatría UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS Guadalajara, Jalisco México | Juan Carlos Barrera de León, División de Salud. Centro Universitario de los Valles. Universidad de Guadalajara, Jalisco. | Bertha Alicia Sandoval Pérez, Josefina Ríos Vargas, Ana Bertha Rodríguez López. Servicio de Pediatría UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS Guadalajara, Jalisco México | jonathan.casillas3081@alumnos.udg.mx

Introducción: La sepsis se caracteriza por signos sistémicos de infección secundarios a bacteriemia. Volumen plaquetario medio (VPM) es el significado geométrico del volumen plaquetario en sistemas de impedancia= activación plaquetaria. Es importante desarrollar pruebas diagnósticas para identificar tempranamente la sepsis y mejorar la sobrevida. **Objetivo(s):** Determinar la utilidad del VPM comparado con hemocultivo como prueba diagnóstica en sepsis neonatal tardía. **Material(es) y Método(s):** Evaluación de prueba diagnóstica en hospital de tercer nivel en 2022. Se incluyeron neonatos con sospecha de sepsis tardía según criterios clínicos. Grupo a: con sepsis (sospecha de sepsis con hemocultivo positivo) y Grupo b: sin sepsis (sospecha de sepsis con hemocultivo negativo). Prueba diagnóstica VPM, estándar de oro Hemocultivo. Se determinó exactitud, sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) negativo (VPN), razón de probabilidad positivo (RPP) negativo (RPS), curvas ROC, área bajo la curva, índice Youden. Estadística no paramétrica. Comparación de proporciones con chi cuadrada, compar medianas con U de Mann Whitney. **Resultado(s):** Se incluyeron 161 neonatos, n=72 (45%) con sepsis y n=89 (55%) sin sepsis. Masculino n=42 (58%) vs n=55 (62%) p=0.655, días edad postnatal mediana 22 (rango 3-114) vs 18 (rango 3-83) p=0.331, semanas edad gestacional mediana 33 (rango 25-40) vs 33.5 (rango 25-40) p=0.930. Peso en gramos al diagnóstico mediana 2340 (rango 1000-4300) vs 1955 (rango 840-4450) p=0.238. Se evaluaron dos puntos de corte: VPM >9.5 fl y >10.4 fl. Valores de prueba diagnóstica: precisión: 52% y 51%. Sensibilidad: 76 y 51%; especificidad: 51% y 32%; VPP: 47% y 46%; VPN: 63% y 56%; RPP 1.13 (0.93-1.37); RPN Área bajo la curva 0.549, índice Youden 0.08 y 0.02. **Conclusión(es):** Punto de corte del VPM con mayor utilidad para diagnóstico >9.5 fl. Prueba poco útil para diagnóstico de sepsis neonatal tardía, área bajo la curva e índice Youden con poco rendimiento y precisión diagnóstica.

17. LESIÓN PULMONAR AGUDA ASOCIADA A TRANSFUSIÓN EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON PROBABLE HEMOFILIA.

Cindy Salazar Rodarte. Pediatría, residente, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, México | cindy_9520@hotmail.com

Introducción: La lesión pulmonar aguda asociada a la transfusión o TRALI (transfusion related acute lung injury) ocurre posterior a la transfusión de hemocomponentes, con una PAO₂/FiO₂ igual o menor a 300 mmHg en ausencia de otro factor de riesgo para lesión pulmonar aguda, presencia de cambios radiográficos infiltrados bilaterales en las primeras 6 horas de iniciada la transfusión pudiendo presentarse hasta 72 horas después. **Descripción del caso:** Paciente ingresa por caída de su plano de sustentación, dolor abdominal intenso, náuseas, vómito, astenia, adinamia con datos de bajo gasto y laboratorios anemia grado IV, sospechando sangrado abdominal. Se inicia transfusión y a las 7 horas posterior al inicio de la transfusión presenta aumento del trabajo respiratorio con saturación de oxígeno 69%, requiriendo ventilación mecánica. **Evolución:** Radiografía de tórax con opacidades difusas e infiltrados bilaterales diseminados. BH: Eritrocitos 1.92 Hemoglobina 5.40 Hematocrito 15.70 VCM: 81.80 HCM 28.10 plaquetas: 142 TP 12.7 seg INR 1.2 testigo: 11.7 seg TTPA: 54.1 seg testigo: 28.5 seg. Transfusiones, ventilación mecánica, amins, diuréticos, antihistamínicos, esteroide, vitamina K, antibióticos, agentes puente. Adecuada evolución clínica y bioquímica, sin secuelas pulmonares **Discusión / Conclusión(es):** Paciente cuenta con la definición de TRALI, por la dificultad respiratoria, la PAO₂/FiO₂ < 300 mmhg, cambios radiológicos, no datos de sobrecarga y el tiempo refiere hasta 6 horas posteriores a la transfusión, en este caso se presenta de forma tardía a las 7 horas; creemos necesaria la ampliación en la definición de TRALI no clasico en pacientes pediátricos. El paciente presenta mejoría clínica sin secuelas pulmonares crónicas siendo egresado sin complicaciones.

19. SÍNDROME DE ENANISMO PRIMORDIAL MICROCEFÁLICO OSTEODISPLÁSICO TIPO II: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Gennys Gutierrez Ramirez, Residente de Pediatría. Universidad del SInú, Cartagena | gemainvestigativa@gmail.com

Introducción: El Síndrome Enanismo Primordial Microcefálico Osteodisplásico tipo II (MOPD II) es una condición genética rara caracterizada por microcefalia pronunciada, retraso en el crecimiento óseo, neurodesarrollo, anomalías faciales y esqueléticas distintivas. Las mutaciones en el gen PCNT están asociadas con esta enfermedad, afectando la proliferación celular y causando problemas de desarrollo desde una edad temprana. Presenta desafíos diagnósticos y complicaciones en varios sistemas orgánicos. **Descripción del caso:** Niña de 2 años y 4 meses, nacida prematuramente debido a restricción del crecimiento intrauterino, con peso, talla y circunferencia occipitofrontal por debajo de lo esperado. Presenta rasgos faciales y esqueléticos distintivos, así como retraso en el desarrollo motor y del lenguaje. A los 2 años y 4 meses, su crecimiento sigue siendo bajo en comparación con la media. Los estudios, como la resonancia magnética cerebral, confirman la presencia de microcefalia sin otras anomalías estructurales. **Evolución:** Resonancia magnética cerebral: microcefalia sin otras anomalías estructurales. Los ecocardiogramas y ecografías transfontanelares no revelaron anomalías y el cariotipo fue normal (44 XX). Sin embargo, el análisis de la mutación del gen PCNT reveló una mutación c2175 del p. (Asp726Thrfs*6), clasificada como probablemente patogénica. La paciente está siendo seguida por un equipo multidisciplinario para abordar su baja estatura y retraso en el neurodesarrollo motor. **Conclusión(es):** El MOPD II es una rara enfermedad genética caracterizada por microcefalia, retraso en el crecimiento y diversas complicaciones. Se asocia con mutaciones en el gen PCNT. Los tratamientos incluyen terapias multidisciplinarias, pero el pronóstico varía. El diagnóstico precoz y el manejo integral son cruciales.

18. LUPUS NEONATAL, UN DIAGNÓSTICO A PARTIR DE LA PIEL, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Alejandra Galeana Aguilar, Servicio de dermatología pediátrica, MPSS, Zyanya Raquel Morales Ocaña, Servicio de dermatología pediátrica, MPSS, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México | alee.galeana@gmail.com

Introducción: El lupus neonatal es una enfermedad autoinmune con una incidencia estimada de 1% en recién nacidos con predominio en el sexo femenino. Se relaciona con el paso transplacentario de autoanticuerpos maternos y se caracteriza por afectar principalmente rostro y tronco, presentando lesiones cutáneas en forma de placas eritematoescamosas discoideas o anulares. Se asocia con problemas cardíacos, alteraciones hematológicas, renales y hepáticas. **Descripción del caso:** Masculino de 6 meses de edad, producto del 1er. embarazo, normoevolutivo, resuelto en cesárea por infección de VPH. Apgar 9-9, peso al nacer 2460 g. Mamá con síndrome de Sjögren, papá aparentemente sano. Presenta dermatosis localizada a cabeza afectando cara constituida por placas conformadas por pápulas eritematosas y descamación fina, de 1 a 2 cm de diámetro, con distribución periocular en antifaz, asintomáticas, presentes desde los 20 días de vida extrauterina, con crecimiento progresivo, ante la sospecha de LN, se solicitan exámenes de laboratorio e interconsulta a cardiología. **Evolución:** El LN tiene una gran relación en hijos con madres con diagnóstico de Síndrome de Sjögren u otras enfermedades autoinmunes, la mayoría de las madres son asintomáticas y solo presentan anticuerpos, el paso transplacentario es fundamental y debemos saber abordar al paciente, así como a la madre. **Conclusión(es):** El lupus neonatal es una enfermedad rara, se debe reportar cada caso por la variabilidad de las presentaciones clínicas, para poder abordar los casos de manera rápida y oportuna, recordando que se debe de hacer un abordaje completo por las asociaciones a otros órganos. El control prenatal en el primer trimestre es indispensable para tener un buen desenlace y comenzar a tiempo con la inmunoterapia.

20. NEFROPATÍA LÚPICA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE UN CASO.

Cirse Guadalupe Cervera Salazar, Residente de 3º | cirsecervera1@gmail.com

Introducción: El Lupus eritematoso sistémica es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica compleja multifactorial, es menos común en niños pero el compromiso renal es más común y severo en estos (presente en el 60-80% de los casos). **Descripción del caso:** Masculino de 10 años, evolución de 6 meses: astenia, adinamia, anorexia, cefalea, dolor poliarticular, fiebre matutina. En exámenes: anemia, trombocitopenia, neutropenia y linfopenia, manejo con prednisona 0.3 mg/kg/día por un mes, mejoría parcial, al finalizar, existe recidiva del cuadro. Persistencia de la pancitopenia, con hiperuricemia, Anti DNA 240, ANCAS positivo, Ac anti péptido cíclico citrulinado positivo, antiestrep-tolisinas 130.43. **Evolución:** Se integra LES. Se inicia prednisona 1mg/kg/dosis; micofenolato de mofetilo 8.2 mg/kg/dosis y vitamina D. Depuración de creatinina 488.7, proteinuria en 24 horas 64.7 gm/24h; hipertrigliceridemia, función renal 102.66. Se integra síndrome nefrótico activo con LES activo. Manejo: ciclofosfamida 4 mg/kg/dosis en bolos. Controles con persistencia de la proteinuria en rango nefrótico, se agrega hidroxycloerquina 30-50 mg/kg/día. Laboratorio: 23/07/23: Leucocitos 2.53 103/uL, neutrófilos 1.49 103/uL, linfocitos 0.81 103/uL hemoglobina 8.13 g/dL, hematocrito 25.33%, plaquetas 110.1 103/uL triglicéridos 297, albumina 2.29 g/dL, ácido úrico 10.5 mg/dl, urea 59.92. BUN 28 mg/dL, creatinina 1 mg/dL. 26/07/23 vol. orina 24 h: 1200, creatinina urinaria 40.73, depuración de creatinina 88.76, proteínas urinarias 215, proteínas en 24 horas 2580. 19/08/21: creatinina urinaria 9.37 mg/kg/24h en 24 horas, depuración de creatinina 79.32 ml/min, albúmina en orina de 24 horas 9115.4/24 horas. Biopsia Renal: Glomerulonefritis lúpica difusa con lesiones esclerosantes globales y segmentarias cicatriciales. Clase IV. **Conclusión(es):** El LES pediátrico es una enfermedad autoinmune, difícil de diagnosticar debido a su compromiso multisistémico. En este caso llama la atención la mala evolución, el sexo, edad y nefritis lúpica, necesitando manejo con esteroide e inmunosupresor, disminuyendo la proteinuria y resolviéndose el daño renal.

21. PANCITOPENIA SECUNDARIA A DENGUE: REPORTE DE CASO.

Angeles Uyoa Velasco, Pediatría, Residente de 2º, Juan Carlos Rivas Rodríguez, Pediatría, Residente de 3º, Ricardo Flores Soriano, Pediatría, Residente de tercer año, Alfredo Raul Morayta Ramírez, Infectología Pediátrica, Jefe del Servicio, María Fernanda Tena Iturralde, Hematología Pediátrica, Médico Adscrito, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, CDMX | angeles.uyoa.ve@gmail.com

Introducción: La infección por el virus del Dengue puede presentar distintos cuadros de gravedad dependiendo de ciertos factores como: el estado de salud previo del hospedero, antecedente de infección previa y el nivel de virulencia del serotipo con el que se infecta. Son pocos los casos reportados de pancitopenias secundarias a dengue por lo que es importante el abordaje para descartar otras etiologías. **Descripción del caso:** Escolar masculino de 7 años originario de una zona endémica de dengue, cursó con infección aguda por el virus, complicación con pancitopenia por 20 días, descartándose otras causas, sin cumplir criterios para síndrome hemofagocítico o aplasia medular, con recuperación completa de la celularidad sin recibir tratamiento hematológico. **Evolución:** Se realizan estudios serológicos para descartar agentes infecciosos, reportándose negativos; se realizan estudios inmunológicos y reumatológicos para descartar procesos autoinmunes, reportándose sin anomalías. Se realiza abordaje para síndrome hemofagocítico y anemia aplásica mediante aspirado y biopsia de médula ósea del cual se obtienen muestras para estudio de traslocaciones, cariotipo y mielocultivo sin cumplir criterios diagnósticos. **Conclusión(es):** Dentro del abordaje de pancitopenia se deben descartar las principales etiologías; infecciones, enfermedades reumatológicas o autoinmunes, aplasia medular y enfermedades hematooncológicas. Si bien el dengue no es de los principales agentes en causar alteraciones hematológicas, está descrito que puede producir una supresión temprana de la producción de todos los tipos de células sanguíneas durante la fase febril, por lo que es importante su reconocimiento y abordaje adecuados para poder dar un manejo integral.

23. EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA DE RECIÉN NACIDOS CON GASTROSKUIS. ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES.

Oscar Manuel Berlanga Bolado, Responsable de la jefatura de división de pediatría del HRAE Adscrito, Patricia Rivera Vazquez, Directora de capacitación y desarrollo de la subsecretaría de enfermería Secretaría de Salud Tamaulipas | Sergio Carlos Rivera Garcia, Cirujano pediatría del HRAE Adscrito a Servicios de Salud, Osmar Antonio Sosa Cores, Servicio de pediatría, R3, HRAE, Servicios de Salud del IMSS-Bienestar, | Eduardo Ulises Garcia Pineda, Medico Pasante de Servicio Social, de Enseñanza e Investigación Adscrito a la jefatura de división de pediatría del HRAE IMSS-Bienestar, Ciudad Victoria Tamaulipas. | berlangabolado@hotmail.com

Introducción: La gastrosquisis se caracteriza por herniación visceral con presencia de cordón umbilical intacto y ausencia de membrana. Su etiología se desconoce. Recientemente se ha observado un aumento en el número de casos a escala mundial, particularmente en México. Su incidencia en 1/4.000 nacimientos. Frecuentemente se asocia a otras anomalías, debiéndose descartarse alteraciones estructurales y cromosómicas. **Objetivo(s):** Conocer el comportamiento clínico y epidemiológico de los recién nacidos con gastrosquisis en el noreste de México a través de un estudio de casos y controles. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico, multicéntrico y retrospectivo de casos y controles de recién nacidos con gastrosquisis. Se recopilaron y compararon las características de los recién nacidos, la predicción de la morbilidad y mortalidad mediante los modelos clínicos multivariados. **Resultado(s):** Se estudiaron n=6913, se confirmaron 46 casos. Realizamos un estudio de casos y controles, casos 46 y controles 46. Factores de riesgo: embarazo múltiple OR 2.07 IC95% 1.67-2.45; para RCP OR 6.11 IC95% 2.17-17.20 p= 0.00; edad materna < 20 OR 6.39 IC95% 2.50-16.35 p=0.00 sig; nuliparidad p=0.00, antibiótico una p=0.00 sig; para catéter umbilical, ECN, NPT y DE > 21 p=0.00. En la RLB para madres de <20 años Exp "B" 5.40, IC95% 1.66-17.58 con un p=0.00 y en la curvas AUC, 93% de precisión para albumina y 83% para VM. **Conclusión(es):** Se identificaron variables clínicas en la gastrosquisis que dan precisión para predecir morbilidad y la mortalidad. Las madres con edades menores a 20 años tienen una predisposición mayor para asociarse con gastrosquisis.

22. MUCOPOLISACARIDOSIS TIPO VI: PSEUDODEFICIENCIA DEL GEN ARSB REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Anabel Guzmán Martínez, Neurólogo pediatra adscrito al Hospital General de Pachuca. | Miriam Hidalgo Ostoia, Genetista médico adscrito al Hospital General de Pachuca | Mariel Sánchez Guevara, Residente de tercer año de Pediatría del Hospital General de Pachuca. | mariel13_coco@outlook.com

Introducción: La Mucopolisacaridosis tipo VI (MPS tipo VI) o Síndrome de Maroteaux-Lamy, es una enfermedad autosómica recesiva causada por variantes patogénicas en el gen de la Arilsulfatasa B (ARSB), que codifica una de las enzimas encargadas de la degradación de los mucopolisacáridos dentro de los lisosomas. La MPS tipo VI genera acumulación de condroitín sulfato (CS) y dermatán sulfato (DS). Se estima una prevalencia entre 1 en 43.261 hasta 1 en 1.505.160 nacidos vivos. **Descripción del caso:** Lactante femenino de 1 año 11 meses, sin antecedentes de importancia. Tamiz auditivo realizado al mes de vida reportado alterado. Retraso del neurodesarrollo, sobre todo del área motor – gruesa. Talla baja, macrocefalia, facies infiltrada, cara larga y ancha; cejas espesas y gruesas; puente nasal bajo, narinas anchas; boca grande con paladar alto y macroglosia, cuello corto y ancho; tórax ancho y corto; abdomen con hernia umbilical; escoliosis y cifosis de columna dorsal; miembros superiores con rizomelia y limitación a la extensión articular en codo y hombro bilateralmente; mano en garra, hipoplasia de las falanges distales bilateral; miembros inferiores con rizomelia y geno valgo, limitación a la extensión en cadera y rodilla. **Evolución:** El estudio genético mostró una variante sin sentido c.1072G>A del exón 5 y otra sin sentido del exón 6 c.1151G>A, referidas como variantes de pseudodeficiencia del gen ARSB. **Conclusión(es):** El estudio genético mostró una variante sin sentido c.1072G>A del exón 5 y otra variante sin sentido del exón 6 c.1151G>A, referidas como variantes de pseudodeficiencia del gen ARSB.

“Las variantes de ARSB confirman el diagnóstico y hacen posible el asesoramiento genético; podría resultar problemático debido a la alta proporción de mutaciones privadas en MPS VI, considerando así la posibilidad de identificar variantes genéticas que aún no están asociadas con un fenotipo clínico”

24. MALFORMACIÓN LINFÁTICA MACROQUÍSTICA COMBINADA. PRESENTACIÓN DE CASO.

Citlali Karina Vargas Nieto, Pediatría, Residente de 3º, ISSSTE, Nuevo León | ckary281@gmail.com

Introducción: Las malformaciones linfáticas, “linfangiomas”, tienen una incidencia de 1 en 2-4,000 nacidos vivos sin predilección de sexo. Se componen de vasos linfáticos dilatados o lesiones quísticas rodeadas de células endoteliales con fenotipo linfático (CD34+). Se manifiestan como un incremento de volumen cutáneo, bien delimitado, de consistencia blanda, sin cambios de coloración en la piel subyacente. La topografía habitual es en cuello y región axilar, pero pueden presentarse en cualquier parte del cuerpo. El ultrasonido Doppler permite confirmar el diagnóstico, se observan cavidades quísticas, septadas o no, con ausencia de flujo. El tratamiento con escleroterapia percutánea, se utilizan agentes esclerosantes como el alcohol absoluto, polidocanol, OK-432 y bleomicina. Con la resección quirúrgica hay una alta tasa de recurrencias. **Descripción del caso:** Se trata de un masculino de 2 años 8 meses de edad, que acude por presentar aumento de volumen en región cervical izquierda de 7 días de evolución. Se realiza prueba terapéutica con antibioticoterapia y AINE sin respuesta. **Evolución:** Ultrasonido de tejidos blandos: Quiste simple en hemicuello de 2.3 x 0.9 cm y quiste complicado de 5.3 x 3.7 x 1.2 cm con 2 nódulos en su interior, hipococicos, bordes regulares bien definidos de 1.2 x 1.0 y 1.1 x 0.9 cm. Tratamiento con bleomicina intralesional con respuesta. **Conclusión(es):** Las malformaciones linfáticas se presentan como un aumento de volumen localizado, bien delimitado, sin cambios locales en la piel. Son más frecuentes en cuello y región axilar. El ultrasonido Doppler confirma el diagnóstico observando las características. Se deben descartar causas infecciosas o hematooncológicas. El tratamiento de elección es la escleroterapia con polidocanol, OK-432 y bleomicina.

25. QUISTE DE EPIPLÓN GIGANTE, ENFERMEDAD POCO FRECUENTE EN LACTANTE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Daniela Sierra Cardona, Pediatría, R3, Alfonso Guerrero Rodríguez, Cirugía Pediátrica Médico Adscrito, Francisco Esteban Hernández Juárez, Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, R3. Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP | danychu90@gmail.com

Introducción: Las lesiones quísticas mesentéricas son raras, siendo el mesenterio el sitio más común en comparación con el epiplón. Representan la variedad menos frecuente de lesiones quísticas abdominales, con una incidencia de aproximadamente 1 en 250,000. Hasta la fecha, se han documentado alrededor de 900 casos en la literatura mundial, con aproximadamente un tercio ocurriendo en pacientes pediátricos, principalmente menores de 10 años. **Descripción del caso:** Se informa el caso de una paciente femenina de 1 año y 4 meses sin historial médico relevante, quien consultó debido a dolores abdominales, vómitos y fiebre. Se inició tratamiento para una posible gastroenteritis, y se solicita estudios de laboratorio e imagen. **Evolución:** Los estudios de imagenología (TAC) revelaron una masa quística intraabdominal compleja con medidas de 98 x 92 x 57 mm y un volumen de 267 cc, con características compatibles con un quiste de epiplón. El tratamiento consistió en la administración de Piperacilina/Tazobactam y la resección quirúrgica del quiste, confirmando una lesión de epiplón de 12 x 12 x 10 cm durante la operación. La paciente evolucionó favorablemente durante la hospitalización y fue dada de alta sin complicaciones, con seguimiento ambulatorio posterior. **Conclusión(es):** Los quistes de epiplón son una causa poco común de masas abdominales, generalmente asintomáticos. Su diagnóstico puede ser desafiante y requiere una alta sospecha clínica. Histológicamente, estas lesiones suelen ser benignas, siendo los linfagomas el tipo más común. El enfoque diagnóstico preferido implica el uso de ultrasonido abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética. La intervención de elección es la resección quirúrgica. En conclusión, el quiste de epiplón es una entidad poco común que puede pasar desapercibida. Su diagnóstico requiere consideración clínica y un enfoque multidisciplinario para un manejo adecuado.

27. ARTERITIS DE TAKAYASU EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE UN CASO.

Felix Javier Dragustinovis Manautou, Servicio de Pediatría, R3 Hospital de Especialidades UMAE 25, Monterrey, Nuevo León. | fdragus@gmail.com

Introducción: La arteritis de Takayasu es una enfermedad poco común pero significativa que afecta los grandes vasos sanguíneos, especialmente la aorta y sus ramificaciones principales. Se caracteriza por una inflamación crónica de las paredes arteriales, lo que puede llevar a la estenosis y obstrucción. Esta condición puede afectar a personas de cualquier edad, pero es más común en mujeres jóvenes, especialmente en aquellas de origen asiático y latinoamericano. **Descripción del caso:** Femenino de 11 años sin antecedentes de relevancia. Inicia con fatiga y palpitations durante esfuerzo físico. Tres meses después presenta persistencia de taquicardia y disnea clase funcional II de NYHA Palidez generalizada. Soplo carotídeo, abdominal, pulsos presentes, disminuidos en extremidades pélvicas a nivel distal, llenado capilar normal. BI 124/89 BD 161/96 PD 133/76 PI 117/80 **Evolución:** PCR 0.7 MG/DL ETT: coartación aórtica post ductal + pbe hipoplasia de aorta descendente + disfunción sistólica global del VI + HAP postcapilar. Angiotomografía: estenosis grave en carótida común izquierda, arteria subclavia izquierda, derecha, tronco celíaco, arteria mesentérica superior y arteria renal izquierda. Ventrículo izquierdo dilatado con hipertrofia concéntrica y disfunción sistólica grave. Se inicia manejo mediante antiinflamatorio esteroideo, además de inmunosupresor, doble antiagregante plaquetario, doble diurético, y antihipertensivo. Actualmente se encuentra con adecuada evolución, persiste con cifras tensionales sobre percentil 90, sin embargo sin datos de descompensación que ameriten manejo quirúrgico. **Conclusión(es):** El manejo exitoso de la arteritis de Takayasu requiere una combinación de diagnóstico preciso, tratamiento multidisciplinario, seguimiento regular y apoyo integral al paciente. Un enfoque integral puede ayudar a optimizar los resultados clínicos y mejorar el bienestar a largo plazo de quienes viven con esta enfermedad.

26. ESTADO NUTRICIO EN NIÑOS CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Elizabeth Hernández Chávez, Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, médico adscrito, Cinthia Aldaz Lucero, Servicio de Pediatría, Rafael Tadeo Loaeza Rodríguez, médico adscrito al Servicio de Infectología. UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO, IMSS | elizabethhernandezchavez@hotmail.com

Introducción: En los niños infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) las alteraciones en el estado de nutrición no sólo comprometen su desarrollo, sino que favorecen el avance de la enfermedad y los vuelve más vulnerables a otras infecciones y enfermedades. **Objetivo(s):** Describir el estado nutricional en pacientes con infección activa por VIH. **Material(es) y Método(s):** Estudio transversal analítico, edad menor de 18 años, se realizó la somatometría completa con toma de peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia media de brazo, se clasificó el estado nutricional según puntaje z de la OMS, clasificación de Gómez y Waterlow, se correlacionó con el recuento de CD4 y carga viral, durante el 2023. Estadística: con frecuencia, porcentaje y correlación de Spearman. El estudio fue aprobado por el comité local de investigación de ética en salud y el comité local de investigación 1302 con el folio R-2023-1302-096 **Resultado(s):** n= 26 pacientes, 15 masculinos y 11 femeninos, de 1 a 14 años de edad, mediana de 9 años. En relación a la clasificación de la desnutrición (DN) 9 pacientes con DN por Gómez, 6 pacientes DN leve, 1 DN moderada y 2 severa (34.6 %), clasificación de Waterlow encontramos 4 pacientes desnutridos, 1 paciente con DN aguda, 3 DN crónica agudizada, (15.3 %). 6 presentaron malnutrición: 4 con obesidad y 2 con sobrepeso (23%). De los pacientes con malnutrición, 1 paciente con sobrepeso presentó inmunosupresión severa y 1 paciente con obesidad presentó inmunosupresión moderada, se correlacionó con el recuento de CD4 y carga viral sin ser significativo. **Conclusión(es):** La literatura internacional reporta un mayor porcentaje de desnutrición y no se reporta de sobrepeso/obesidad, como lo encontramos en nuestro estudio que una cuarta parte de los casos lo presentaron y fueron en quien presentaron algunas grado de inmunosupresión.

28. ENCEFALITIS AUTOINMUNE CONTRA RECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO: SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Magdalena Aboytes Zavala, Reumatología pediátrica, Residente de tercer año de pediatría, Luis Alberto Vera Aparicio, Reumatología pediátrica. Médico adscrito Reumatología pediátrica, Yuliet del Carmen Villalba Arrieta, Médico adscrito Pediatría. Hospital para el niño Poblano Puebla, Puebla. | majo.11.18@hotmail.com

Introducción: La encefalitis autoinmune se caracteriza por inflamación del cerebro en asociación con la producción de autoanticuerpos contra antígenos de membrana, neuro-sinápticos, intraneuronales y onconeuronales. La encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-Metil-D-Aspartato es considerada la más frecuente. **Objetivo(s):** Reportar la presentación clínica de 12 pacientes pediátricos con encefalitis autoinmune por anti-NMDA atendidos en el Hospital para el Niño Poblano. **Material(es) y Método(s):** Estudio retrospectivo, observacional y transversal en un centro pediátrico de tercer nivel. **Resultado(s):** Se reportaron 12 casos, con predominio femenino (58%), entre 2 y 16 años de edad. El 66% de casos inició síntomas prodrómicos: fiebre de bajo grado, en tres de ellos se identificó antecedente de infección de vías respiratorias superiores y una con enfermedad diarreica. El 83% presentó alteraciones cognitivas durante los primeros 15 días, el 66% presentó trastornos psiquiátricos (conductas violentas y alucinaciones auditivas y visuales, el 58% con alteraciones de lenguaje y el 41% disautonomías; solo se registraron 2 con alteraciones de la deglución. **Conclusión(es):** La encefalitis autoinmune es un padecimiento neurológico que se desarrolla como una encefalopatía rápidamente progresiva que ha ido en aumento en la población pediátrica. La encefalitis autoinmune puede manifestarse con distintos síndromes que complican su reconocimiento sin embargo la presentación clásica consiste en cuadro subagudo con disminución progresiva de nivel de conciencia acompañado de alteraciones cognitivas y de conducta, las cuales fueron las más comunes en nuestra población. El reconocimiento de las características clínicas, la disponibilidad de los métodos diagnósticos y el inicio temprano de la inmunoterapia pueden llevar a resultados favorables por ello la importancia en el reconocimiento precoz.

29. NO TODO ES VARICELA: IMPÉTIGO AMPOLLOSO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Fernanda Figueroa Osorio¹, Jorge Israel Hernández Blanquel², Andrea Jaqueline Ramírez Soto¹, Diego Armando Marín Esquivel¹, Ana Carla Esquivel Bahena³, Joel Esquivel Estudillo.³

¹Estudiante de Medicina de Octavo Semestre, Universidad Latinoamericana, ²Encargado de despacho de la dirección de la consulta externa Pediatra Infectólogo/ MSP, Pasante de Servicio social. Hospital del Niño Morelense, Emiliano Zapata, Morelos, México, | fernanda.figueroa@outlook.com

Introducción: El impétigo ampolloso, una dermatosis bacteriana infectocontagiosa común en niños entre 2-5 años, por *Staphylococcus aureus*, mediada por toxina epidermolítica genera lisis entre conexiones de queratinocitos formando ampollas flácidas sobre lesiones vesiculares. Prevalencia global de 162 millones, mayor incidencia en poblaciones de bajos ingresos. **Descripción del caso:** masculino de 1 año 8 meses. Vacunas al corriente (no adicionales). Antecedente de varicela en hermana 2 semanas previas. Inicia con lesiones vesiculares, en 24h evolucionan a ampollas y fiebre (39°C) de 4 días de evolución. Se diagnostica varicela por particular, tratado con aciclovir VO. EF:FR:18 FC:120 T/A:96/57 Temperatura: 36°C.Irritable, cuerpo con lesiones ampollas y vesiculares (Diámetro:3-5 cm, centro hiperémico, bordes irregulares) afectando cara, pabellones auriculares, tórax, abdomen, genitales y extremidades. Tratado en urgencias como varicela, sin mejoría, motivo de IC a Infectología. **Evolución:** BH, ES, QS, PFH normales. Cultivo de base de lesión. Desarrollo de *S. aureus* resistente a clindamicina. TZANCK negativo. Inicio: clindamicina, cefuroxima y mupirocina tópica. Posterior:solo cefuroxima 100 mg/kg día IV y mupirocina tópica. Evolucionan adecuadamente tras primeros dos días del tratamiento. **Conclusión:** El diagnóstico es clínico, se sugiere identificar patógenos por tinción Gram y cultivo del exudado de lesiones cutáneas para dirigir tratamiento antibiótico, para descartar resistencias, como el caso descrito, a clindamicina. El tratamiento es tóxico y/o sistémico: mupirocina al 2%. Dicloxacilina, amoxicilina-clavulanato y cefalexina oral son prescritas comúnmente, duración de 7-10 días.Es importante conocer las características del impétigo ampolloso, una patología comúnmente confundida con el impétigo común en varicela complicada, tratado erróneamente con antiviral, favoreciendo mala evolución y complicaciones mayores.

31. ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Nancy Nayeli Anaya Enriquez¹, Ana Cristina Rodríguez Lozoya¹, Luis Carlos Hinojos Gallardo², Mario Soto Ramos³, Víctor Manuel Carrillo Rodríguez.¹

¹Residente de segundo año de Neumología Pediátrica en Hospital Infantil de Neumología, Servicio de Neumología Pediátrica, ²Médico adscrito, Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua, Chihuahua, nancy.nayeli.9292@gmail.com

Introducción: La tos crónica presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos, requiriendo una evaluación detallada para identificar posibles causas subyacentes como asma, infecciones respiratorias, reflujo gastroesofágico o alergias. Pueden requerir pruebas adicionales como radiografías de tórax, pruebas de función pulmonar o cultivos. **Descripción del caso:** Masculino de 11 años, tratado por asma, inicia súbitamente con tos productiva que se vuelve persistente más de cuatro semanas, con expectoración purulenta y espesa además de fiebre, tratado como neumonía atípica durante 10 días; persiste con fiebre e inicio de dolor torácico por lo que se sospecha de neumonía complicada, se solicitan exámenes de gabinete en la cual se observan áreas de consolidación en lóbulo medio y lóbulo superior izquierdo en segmentos lingular superior e inferior, los exámenes de laboratorio reportan leucocitosis con neutrofilia y eosinofilia periférica, biomarcadores de inflamación elevados, se inicia esquema antibiótico continuando con tos productiva, se realiza panel de neumonías positivo a *Haemophilus influenzae*, rinovirus y enterovirus, radiografías de tórax posteriores con presencia de atelectasia persistente, tomografía de tórax 14 días después, con presencia de bronquiectasias. **Evolución:** Se realiza broncoscopia flexible y lavado broncoalveolar (LBA) reportándose: hipersecreción de moco, obstrucción de bronquio para lóbulo medio y para lóbulo superior izquierdo con moco espeso. BAAR y cultivos de LBA negativos, IgE específica contra *Aspergillus fumigatus* e IgE total elevado. Se indica esquema con itraconazol, corticoide oral. Evolución favorable. **Conclusión(es):** Se diagnostica ABPA, una reacción alérgica exagerada al hongo *Aspergillus fumigatus*, con criterios clínicos, radiológicos, inmunológicos y micológicos. Las pruebas diagnósticas incluyen marcadores de alergia, detección de IgE, pruebas cutáneas, función pulmonar y hallazgos radiológicos. El tratamiento busca reducir la carga fúngica y la respuesta inflamatoria con antifúngicos, corticosteroides orales o inhalados y broncodilatadores.

30. MANIFESTACIONES ORALES EN PACIENTES CON CISTINOSIS NEFROPÁTICA.

Leticia Belmont Martínez, Laboratorio de Errores Innatos del metabolismo, investigador en ciencias médicas, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México | Marcela Vela Amieva, Laboratorio de Errores Innatos del Metabolismo y Tamiz, Instituto Nacional de Pediatría | Eduardo de la Teja Angeles, Servicio de Estomatología del Instituto Nacional de Pediatría | leticia.belmont@gmail.com

Introducción: La cistinosis es una enfermedad rara autosómica recesiva, ocasionada por el acúmulo de cistina intralisosomal en forma de cristales, los cuales pueden dañar progresivamente distintos órganos, principalmente el riñón si no se proporciona tratamiento sistémico. **Objetivo(s):** Describir los hallazgos estomatológicos en pacientes con cistinosis nefropática **Material(es) y Método(s):** A 10 pacientes con diagnóstico confirmado de CN se les realizó una historia clínica, revisión clínica dental, toma de fotografía y radiografía panorámica (ortopantomografía). Todos los pacientes fueron mexicanos y estaban en tratamiento con bitartrato de cistamina **Resultado(s):** Se encontró en 2 pacientes la presencia de amelogenesis imperfecta tipo hipoplásico (20%) y 2 (20%) de tipo hipocalcificado. En lo que corresponde a dentina no se encontraron alteraciones en la estructura. Se observó taurodontismo en un paciente (10%). Se encontró 6 dientes faltantes en un paciente, seguido de 4, 3 y 2 dientes en otros pacientes, lesiones cariosas en 6 pacientes (60%), en dos ellos, retenciones dentarias (20%) de los cuatro terceros molares en uno, y en otro retención de segundos molares inferiores y cuatro terceros molares En tejidos blandos no se encontró ninguna alteración. **Conclusión(es):** los pacientes con cistinosis presentan mayores alteraciones de estructura del esmalte en los inicios tempranos, así como retraso en la erupción dentaria, edad dental retrasada.

32. TUMOR BLANDO DE POTT.

Laura Fernanda De la Cruz Huerta, Médico General, INP, CDMX | laferdch@gmail.com

Introducción: El tumor inflamatorio de Pott es una complicación poco frecuente de una sinusitis frontal, caracterizado por inflamación debido a un absceso subperióstico generado por osteomielitis frontal causado mayormente por *Staphylococcus epidermidis* y las bacterias anaerobias. **Descripción del caso:** Femenino de 12 años y 6 meses con cefalea hemicraneana de característica pulsátil intensidad 3/10, somnolencia, letargia y rinorrea hialina. Inicialmente acude a Hospital de base el cual inicia abordaje como influenza; la sintomatología aumenta de intensidad de la cefalea 10/10 por lo que acude a otra institución y se diagnostica meningitis. Es ingresada a Hospital de base presentando alteración del estado neurológico, se realizó TAC donde se refieren datos de inflamación a nivel de SNC y se decide traslado a tercer nivel. **Evolución:** Es trasladada al Instituto Nacional de Pediatría, se realiza RM de encéfalo contrastado donde se reporta tumoración frontal y efecto de masa que desplaza la línea media, se decide cobertura antibiótica mediante linezolid y cefepime, drenaje quirúrgico, craneotomía bifrontal, debridación, toma de cultivo y resección de área de osteomielitis; posterior a procedimiento la evolución de la paciente se vuelve favorable y se decide manejo antibiótico vía oral para alta hospitalaria. Durante sus citas por parte de Infectología Pediátrica en Consulta Externa se reporta con la infección remitida y buen pronóstico. **Conclusión(es):** La conexión entre la sinusitis y el Tumor Blando de Pott radica en la progresión de la inflamación crónica, que puede extenderse más allá de los senos paranasales y afectar estructuras circundantes, incluyendo el hueso. Un diagnóstico temprano de sinusitis es fundamental para prevenir la evolución hacia el Tumor Blando de Pott.

33. REPORTE DE CASO QUISTE OVARICO NEONATAL.

Daniel Santiago Fernandez Casanova, Valeria Gamboa de la Parra, Hugo Rueda Ochoa, Edgar Juárez Enriquez, Residentes de tercer año de pediatría en el Hospital Materno Infantil de Durango, Durango. | fernandez_daniel1@hotmail.com

Introducción: Las masas abdominales en recién nacido son frecuentes, actualmente su detección por ultrasonido prenatal ha aumentado de manera importante por su uso rutinario, las más frecuentemente diagnosticada es el quiste ovárico con una incidencia aproximada de 1 en 2500. Los quistes ováricos se pueden clasificar en simples y complejos según la clasificación de nussbaum, los simples se caracterizan por ser anecoicos con paredes delgadas mientras los complejos se caracterizan por tener líquido en su interior o septos. **Descripción del caso:** Recién nacido femenino de 36 semanas de edad gestacional, antecedentes de masa abdominal visualizada en último ultrasonido, se traslada a UCIN con intubación orotraqueal. **Evolución:** Gasometría arterial Marcadores tumorales Ultrasonido abdominal TAC RM Resección quirúrgica de masa abdominal Evolución postquirúrgica favorable. **Conclusión(es):** El quiste ovárico es la causa más común detectada en las masas abdominales, en un estudio de 29 pacientes se realizó diagnóstico de sospecha prenatal de quiste ovárico folicular en donde el ultrasonido posnatal reveló: 68.9% quiste ovárico, anomalías de tracto urogenital 13.7%, displasia renal 6.8%, conducto mesentérico 3.4% duplicación intestinal 3.4% y lymphangioma 3.4%. El manejo inicial generalmente es observación sin embargo en ciertos casos se presentan complicaciones que requieren manejo quirúrgico como lo es la torsión ovárica, hemorragia, ruptura necrosis, es importante tener en cuenta que la formación ovárica inicia a partir de la semana 29 de gestación va a estar determinada por el eje hipotalámico-pituitario-gonadal que finalmente es el encargado de la producción de hormonas sexuales; Su diagnóstico prenatal en su mayoría va a ser diagnosticado en el último trimestre de embarazo lo que nos sirve para un abordaje oportuno.

35. TERAPIA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL INFANTIL PRIVADO DE LA CDMX.

Jennifer Alzate Salazar, Medicina Crítica Pediátrica, Residente, Teresa de Jesus Vazquez Loredo, Medicina Crítica Pediátrica, Médico Adscrito, Jose Luis Salinas Selaya, Medicina Crítica Pediátrica, Médico Adscrito, Maribelle Hernandez Hernandez, Medicina Crítica Pediátrica, Médico Adscrito, Hospital Infantil Privado, Ciudad de México | jnfralzate@gmail.com

Introducción: La terapia de ECMO (Oxigenación por Membrana Extracorpórea), es una estrategia para mantener un adecuado intercambio gaseoso cuando hay daño pulmonar y/o cardíaco severo que es refractario al tratamiento convencional. **Objetivo(s):** Describir la experiencia con el uso de ECMO Venovenoso y Venovenoso/arterial en pacientes pediátricos críticamente enfermos. **Material(es) y Método(s):** Estudio retrospectivo, analítico, observacional, longitudinal. Se describen los casos de los pacientes atendidos con terapia ECMO en la terapia intensiva del Hospital Infantil Privado Star Médica CDMX, en un lapso de 5 años (2018-2023). **Resultado(s):** En los últimos 5 años se ha utilizado la terapia ECMO en 12 pacientes, con una distribución equitativa entre hombres y mujeres. La modalidad Venovenoso-Arterial fue la más utilizada, en el 66% (n=8) y el diagnóstico principal fue Miocarditis fulminante. La modalidad Venovenoso se usó en el 33% (n=4) de los pacientes, todos por diagnóstico de SDRA severo. Los pacientes con soporte cardiovascular V-A, presentaron una FEVI menor del 25% al inicio de la terapia, alcanzamos al menos el doble del valor inicial antes de 72 horas de terapia de soporte (p=0.05), logrando disminuir un 60% el score inotrópico y vasopresor. (p < 0.001) Se utilizó Terapia de Reemplazo Renal lenta continua (TRRLC) de manera conjunta, en el 91% (n=11) de los pacientes, usando filtros con adsorción de citocinas proinflamatorias. Se encontró que el 50% (n=6) de los pacientes cursaron con infecciones sobre agregadas. **Conclusión(es):** La terapia con ECMO resulta ser una opción segura para mejorar la función ventricular y disminuir el Score Inotrópico y Vasopresor (VIS), con una sobrevida que se equipara a lo reportado por la ELSO, en pacientes con afectación cardiopulmonar severa, que requieren de tiempo para la recuperación orgánica o necesite un puente para otras opciones terapéuticas como el trasplante de órganos.

34. CARCINOMA CORTICOADRENAL DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN MENOR DE 1 AÑO. PRESENTACIÓN DE CASO.

Yadira Guadalupe Sánchez Moreno¹, Rosalba Flores Escamilla², Mauricio Zapata Rendón³, Manuel Arnaldo Casillas Tapia⁴, Graciela Sánchez Esqueda.³

¹Jefa de servicio de oncología pediátrica, ²Jefa de servicio endocrinología pediátrica, ³R3, 4R2, Servicio de pediatría, R3, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", SLP, SLP. | mr_zlife@hotmail.com

Introducción: El carcinoma suprarrenal en pediatría es infrecuente y altamente agresivo, con predominio en sexo femenino. **Descripción del caso:** Femenino de 10 meses, previamente sana, inicia con vómito postprandial sin mejoría, clínicamente sin alteraciones, se realiza ultrasonido que reporta masa retroperitoneal, se inicia abordaje. **Evolución:** Por edad, localización y frecuencia se sospecha Neuroblastoma, TAC reporta tumor sólido hipervasculoso en retroperitoneo de 79x75x85mm, con calcificaciones y compresión de órganos adyacentes, biopsia reporta carcinoma corticoadrenal izquierdo, sin aparente infiltración, estudio de imagen evidencia tumor retroperitoneal con realce heterogéneo, lavado absoluto 36% y relativo 13%, sugiriendo malignidad. Inmunohistoquímica: carcinoma corticoadrenal de alto grado, sinaptofisina positivo, CKAE1/AE3 negativo, Ki 67%. Inicia estudio de hiperfunción cortico-adrenal con prueba de supresión con dosis baja de dexametasona con supresión menor a 1.8mcg/dl, andrógenos elevados, concentración plasmática de aldosterona normal, integrándose hipercortisolismo endógeno e hiperandrogenemia, se descarta hiperaldosteronismo. Durante su internamiento presenta hipertensión arterial sistémica intermitente, posteriormente presentó deterioro neurológico súbito, TAC de cráneo con tumoración de bordes mal definidos de 10cm, en región parieto-temporal derecha, áreas de sangrado, desviación de la línea media, no candidata a manejo quirúrgico, mal pronóstico, fallece secundario a hipertensión intracraneana. **Conclusión(es):** El carcinoma cortico-adrenal en edad pediátrica es infrecuente y mal pronóstico, sobre todo en menores de 1 año, la presentación habitual es producto de la hiperfunción suprarrenal siendo rara la presentación subclínica, por lo que es necesario un alto índice de sospecha para un diagnóstico oportuno y mejoría de la supervivencia ya que tiene una alta tasa de proliferación celular y riesgo de metástasis, el SNC no es un sitio frecuente de metástasis.

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

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

Introducción: Métodos utilizados para evaluar edad ósea: Greulich-Pyle, Tanner-Whitehouse y métodos automatizados, que eliminan variación interindividual. La Inteligencia Artificial tiene un gran potencial. **Objetivo(s):** Evaluar la edad ósea mediante un algoritmo de inteligencia artificial creado en la unidad médica. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional, transversal, analítico. 271 radiografías cumplieron criterios de inclusión. Se consultó base de datos imagenología, periodo enero 2021-diciembre 2023, para crear algoritmo de inteligencia artificial que aprenda a diagnosticar edad ósea, se comparó resultado con obtenido por método de Greulich y Pyle y por dos especialistas expertos independientes. Se realizó análisis estadístico. **Resultado(s):** Se creó un algoritmo de inteligencia artificial para evaluar la edad ósea con radiografías de nuestra unidad. Se encontró una diferencia significativa en tiempos de las 3 evaluaciones (valor p < 0.0001). Menores 6 años, tiempo 19.9 segundos (RIC 18.8-21.3), 6-10 años mediana 19.7 segundos (RIC19.2-21.1), mayores 10 años mediana 20.6 segundos (RIC19.6-22.1). Concordancia moderada entre observador 1 y 2 (k=0.52) (p valor 0.0003), concordancia aceptable entre observador 2 e inteligencia artificial (k=0.37) (p valor 0.0007). Concordancia mayores a 10 años casi perfecta entre observador 1 y 2 (k=1) (p valor < 0.0001). Concordancia leve entre observador 1 e inteligencia artificial (k=0.03) y entre observador 2 e inteligencia artificial (k=0.03). **Conclusión(es):** Estudio prometedor para estimar edad ósea en niños y adolescentes, ambos sexos, nacionalidad mexicana. La inteligencia artificial permite evaluación precisa, objetiva y eficiente de edad ósea en comparación con la evaluación por expertos con método Greulich-Pyle. El software puede utilizarse en nuestras instituciones. Considerar limitaciones y necesidad de perfeccionamiento para mejorar aplicabilidad clínica.

37. SARCOMA MIELOIDE EXTRA MEDULAR EN PEDIÁTRICOS, UNA PATOLOGÍA POCO COMÚN. REPORTE DE CASO.

Iris Chavez Gonzalez, Irving Alan Martinez Leal, Amellali Garcia Rodriguez, Universidad Veracruzana zsl19005134@estudiantes.uv.mx

Introducción: El sarcoma mielóide, es una afección neoplásica rara caracterizada por una o más masas tumorales, consistentes en células mieloides inmaduras en sitios extramedulares, se trata de una presentación clínica de cualquier subtipo de leucemia mielógena aguda, predomina en el sexo masculino y los órganos más afectados suelen ser la piel, los ganglios linfáticos, genitales, tracto gastrointestinal, huesos y el sistema nervioso. El diagnóstico patológico del sarcoma mielóide puede ser muy complicado, especialmente si ocurre en ausencia de afectación de la médula ósea y para aquellos pacientes que tienen baja sospecha clínica para una malignidad mieloides. En cuanto al pronóstico, no hay mucha información debido a la rareza de la enfermedad y falta de estudios, pero en el caso del tratamiento, se suele llevar con protocolos de leucemia mielógena aguda ya que suelen desarrollarla. **Descripción del caso:** Masculino de 8 años que inicia padecimiento en diciembre 2022 con emesis, y pérdida de peso. Acudió a valoración por presencia de náuseas. Inicialmente se sospechaba de oclusión intestinal. Se realiza LAPE con reporte de patología de linfoma No Hodgkin difuso de células pequeñas. **Evolución:** Paliativa. **Conclusión(es):** La leucemia mielóide aguda comprende aproximadamente el 25% de las leucemias infantiles, que a menudo se desarrollan en la lactancia, sin embargo, la incidencia de la leucemia mielóide aguda aumenta con la edad; es la leucemia aguda más frecuente en los adultos sin embargo nuestro paciente es de edad pediátrica por lo que lamentablemente forma parte del porcentaje mínimo que lo representa.

39. SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paola Berenice Torres Riojas, Omar Daniel Cortés Enriquez, Claudia Vanessa Tapia Fonseca, residentes de pediatría, Julio Cesar Riojas Robles, cirujano pediatra, Laura Patricia Raya Garza, jefe de pediatría, Karla Guadalupe Rodríguez Alvarado, residente cirugía pediátrica - IMSS - Nuevo León | paolabtriojas@gmail.com

Introducción: El Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior (SAMS), es infrecuente, con una incidencia del 0.13 al 0.3% y una predilección por mujeres jóvenes y delgadas. Las causas pérdida de peso, condiciones que reducen el tejido adiposo mesentérico y retroperitoneal, trauma, lordosis y neoplasias, cirugías intestinales. Síntomas dolor epigástrico postprandial, vómito biliar, saciedad temprana y náuseas. La TAC se ha consolidado como el estudio de elección. **Descripción del caso:** Femenino de 11 años Inicio su padecimiento 5 días previos a su ingreso al presentar dolor abdominal de predominio en epigastrio y vómito de contenido alimentario sin otros acompañantes. A su ingreso con distensión abdominal y un IMC de 16.8. Se coloca sonda nasogástrica con drenaje de contenido biliar. Radiografía inicial con presencia de gastromegalia, niveles hidroaéreos y “signo de doble burbuja”. Valorada por Cirugía Pediátrica quienes ante datos de obstrucción intestinal deciden tratamiento quirúrgico. Inicialmente se encontró bandas de Ladd entre el colon transversal y el duodeno, realizándose adherenciólisis. Posteriormente se inicia la dieta a base de líquidos con pobre tolerancia, presentando distensión abdominal y vomito de contenido biliar. Se coloca SNG con abundante gasto biliar. Por el antecedente de bajo peso acompañado de signos de obstrucción duodenal se sospecha de SAMS. **Evolución:** Se solicita TAC contrastada, reportándose un ángulo aortomesentérico de 10° y una distancia aortomesentérica de 6.10 mm. Se reinterviene y se realiza duodenoyeyunostomía. Se inicia nutrición enteral por sonda nasoyeyunal y se complementa con NPT, Se inicia tratamiento procinético, mostrando una evolución favorable. **Conclusión(es):** Se describe una presentación típica de obstrucción intestinal a nivel intestinal, con presencia de vómitos de contenido gástrico que progresa a vomito biliar y dolor abdominal.

38. HEMANGIOMA CONGÉNITO GIGANTE CON SÍNDROME KASABACH-MERRIT.

Pastor Escárcega Fujigaki, Cirugía pediátrica, médico adscrito, Guillermo Hernández Peredo Rezk, Cirugía pediátrica, médico adscrito, Raisa Yamileth Hernández Franco, Pediatría, Residente de tercer año, José Luis Molina Lagunes, Cirugía pediátrica, médico adscrito, Centro de Alta Especialidad del estado de Veracruz Dr. Rafael Lucio. Xalapa, Veracruz. | Juan Carlos Duarte Valencia, Cirugía oncológica pediátrica, jefe de Dpto., Centro Oncológico Pediátrico. Fundación Castro-Limón, Tijuana, Baja California | raihdz.fco@gmail.com

Introducción: Los hemangiomas congénitos son tumores vasculares benignos que se presentan al nacimiento y predominan en el sexo masculino. En 1940 se describió la asociación entre los hemangiomas gigantes y trastornos de la coagulación con trombocitopenia como Síndrome Kasabach-Merritt, entidad poco frecuente, de alta mortalidad, por lo que es necesario considerarla como diagnóstico diferencial cuando coexisten estas alteraciones. **Descripción del caso:** Recién nacido masculino de 1 día de vida referido por presentar tumoración de características vasculares en cara anterior izquierda del cuello. Nacimiento vía vaginal, 41 semanas de gestación, peso 2 kg 690gr, talla 46 cm, APGAR 8-9. Madre de 39 años, aparentemente sana, con antecedente de 2 abortos y 2 hijos sanos. Sin antecedentes de malformaciones vasculares. Niega consanguinidad. **Evolución:** Hemoglobina 12.9, hematocrito 39.40, plaquetopenia 7.00. T_p 71.6, t_p 6.20, TTP en rangos indetectables. Dímero D 2232, fibrinógeno 108. TAC de cuello reporta: hemangioma cervical izquierdo 8X11CM, con irrigación principal proveniente de la arteria subclavia izquierda. Se inicia manejo con propranolol a 3mg/kg/día sin obtener respuesta, por lo que se decide iniciar esteroide a 5mg/kg/día, se realiza transfusión de hemoderivados. Egresado del servicio con tratamiento a base de propranolol y prednisolona, con el cual se logró remisión al 100% de la lesión, con un seguimiento de 5 años. **Conclusión(es):** Los pacientes con hemangiomas congénitos gigantes muestran una adecuada respuesta al manejo terapéutico con propranolol, si estos desarrollan Síndrome de Kasabach-Merritt se debe añadir esteroide al tratamiento, con monitorización continua de niveles de plaquetas y perfil de coagulación para valorar evolución y respuesta al tratamiento. Es importante evitar la transfusión de plaquetas ya que podría empeorar la evolución del paciente.

40. PSOFA PIM3 EN POSTOPERADOS DE CARDIOCIRUGÍA COMO PREDICTORES DEL DESENLACE EN UCIP DE LA UMAE HGP48.

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

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

41. ATRESIA DE VÍA BILIAR, PROCEDIMIENTO DE KASAI PUENTE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Vanessa Rubio Espinoza, Residente de Pediatría Hospital General Regional Número 1 IMSS de Tijuana, Baja California. | Sergio Aguilar Montelongo, Cirujano Pediatra, Hospital General Regional Número 1 IMSS de Tijuana, Baja California | Sara Eloisa Olivera Sandoval, Pediatra, Hospital General Regional Número 1 IMSS de Tijuana, Baja California | vane.070897@gmail.com

Introducción: La atresia de vía biliar, representa un desafío clínico significativo, responsable de una proporción considerable de trasplantes hepáticos pediátricos. La inflamación y destrucción progresiva de los conductos biliares conducen a la aparición de ictericia, coluria y acolia entre la 2da-6ta semana de vida, en la que es necesario realizar un diagnóstico precoz para ofrecer un tratamiento quirúrgico, con el fin de restablecer el flujo biliar y permitir a llegar a edad óptima para trasplante hepático. **Descripción del caso:** Se presenta a lactante femenino de 8 meses, quien inicia padecimiento a los 2 días de vida, con ictericia y hepatomegalia, progresando acolia a los 8 días. **Evolución:** Contando con estudios de laboratorio con hiperbilirrubinemia directa y colestasis (Bilirrubina total 11.7, BI 7.66, BD 4, AST 116, ALT 60.6, GGT 208 FA 286), siendo la atresia de vía biliar la principal sospecha. La confirmación se obtuvo mediante laparotomía exploratoria y biopsia hepática que reveló hallazgos consistentes con atresia de vía biliar. Realizándose procedimiento de Kasai a los 51 días de vida, siendo exitosa mostrando disminución de las bilirrubinas y la presencia de evacuaciones biliares 7 días posteriores. Actualmente en proceso de trasplante hepático. **Conclusión(es):** La atresia de vía biliar es una entidad poco común pero grave, donde la sospecha clínica temprana y el diagnóstico precoz son fundamentales. El procedimiento de Kasai permite una ventana de oportunidad para el trasplante hepático mejorando así la tasa supervivencia y calidad de vida del paciente. En resumen, este caso ilustra la importancia de la intervención temprana y coordinada en el manejo de la atresia de vía biliar, utilizando el procedimiento de Kasai como parte integral de un enfoque terapéutico multimodal.

43. SÍNDROME DE HUESO HAMBRIENTO ASOCIADO AL HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO EN LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

Alondra Orozco Zavala, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Paula María Picazo Lechuga, Pediatría, Residente de tercer año de pediatría, Silvia Angelica Oviedo Hernandez, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, María Jose Ramirez Mora, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Victor Hugo Herrera Aboytes, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Andrea Vidal Romero, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría. Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | alondra_ogz@hotmail.com

Introducción: El síndrome de hueso hambriento se caracteriza por un aumento de la captación ósea de calcio, fósforo y magnesio luego del descenso brusco de la hormona paratiroidea postparatiroidectomía. **Descripción del caso:** Masculino de 14 años con enfermedad renal crónica en terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal diagnosticada en 2020. Inició con detección de hiperparatiroidismo terciario el 03.2023 por niveles persistentemente altos hasta 2400 pg/ml a pesar de dosis máximas de calcitriol. Gamagrama paratiroideo con MIBI con tejido hiperfuncionante, se realizó paratiroidectomía total. Reporte de patología: glándulas paratiroides derechas e izquierdas con hiperplasia difusa de células principales. Desde entonces ha presentado hipocalcemia e hipofosfatemia severa, sin lograr retirar aporte intravenoso y con aporte de calcio oral. PTH postquirúrgica 4 pg/ml. Ameritó incremento del aporte de calcio tanto intravenoso como vía oral, ameritando incremento gradual en infusión enteral, aporte máximo de infusión de 90 mg/kg/día, en bolos de 60 mg/kg/día y por vía oral hasta 1203 mg/kg/día con tabletas de carbonato de calcio de 1 gramo, infusión enteral, llegando a un aporte máximo de infusión de 90 mg/kg/día, en bolos de 60 mg/kg/día y por vía oral hasta 1203 mg/kg/día con tabletas de carbonato de calcio de 1 gramo. Sin embargo, presentó posteriormente nuevo descenso de niveles de calcio, por lo que se reiniciaron bolos de gluconato de calcio. A su egreso paciente con aporte total de calcio elemental de 1246 mg/kg/día, clínicamente asintomático, con niveles de fósforo y magnesio dentro de parámetros normales. **Conclusión(es):** El síndrome del hueso hambriento está clásicamente descrito en pacientes hiperparatiroides con importante afección ósea, en los que después de una cirugía de paratiroides se produce un descenso brusco de los niveles de parathormona, lo que lleva a una hipocalcemia mantenida con hipofosforemia.

42. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN PEDIATRÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO.

Claudia Vanessa Tapia Fonseca, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. | Omar Daniel Cortés Enríquez, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. | Laura Patricia Raya Garza, Jefe del Servicio de Pediatría, Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Nicolas de los | tapiafonsec@gmail.com

Introducción: El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) es una entidad clínico- radiológica que incluye diferentes signos neurológicos acompañados de hallazgos típicos en la neuroimagen. En niños, se ha relacionado con patologías neoplásicas, renales y el uso de medicamentos inmunosupresores. **Descripción del caso:** Se presenta el caso de una paciente escolar que inicio su padecimiento con cefalea, náusea y vómito, a la que se agrega ceguera progresiva bilateral. A su ingreso con estatus epiléptico y emergencia hipertensiva. **Evolución:** La neuroimagen reporta áreas de hipodensidad en la sustancia blanca de la región occipital. Se inicio tratamiento anticomicial y antihipertensivo e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos pediátricos. Después de descartar otras etiologías se realiza el diagnóstico de PRES. **Conclusión(es):** El PRES representa una causa infrecuente de deterioro neurológico asociado a diferentes patologías. Es importante diferenciarlo de otras patologías infecciosas, autoinmunes y neoplásicas, pues el tratamiento y pronóstico es significativamente diferente.

44. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 SOBRE LA SALUD MENTAL DE LOS NIÑOS DE NUEVO LEÓN.

Sandra De La Rosa Tamez, Pediatra en Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González, Laura Villarreal Martínez, Hematóloga Pediatra en Departamento de Hematología Pediátrica, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González, José Antonio López Rangel, Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia en Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González, Andrea Judith Bautista Gómez, Residente de dermatología en Departamento de Dermatología, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González, Juan Pablo Ruiz Padilla, Estudiante de medicina en Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León | Karen Alejandra Campos González, Estudiante de medicina en Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, Raúl Sergio Rodríguez Salazar, Residente de pediatría en Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González, Diana Garza Villarreal, Residente de pediatría en Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Jose Eleuterio González, Nuevo León | sandraadrlt@gmail.com

Introducción: En México, la pandemia por COVID-19 resultó en la implementación de amplias medidas de prevención, como el confinamiento, lo cual tuvo un efecto significativo en la salud mental de los niños y adolescentes. **Objetivo(s):** El objetivo de este estudio fue conocer el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de niños entre 6 y 15 años durante el confinamiento en Nuevo León. **Material(es) y Método(s):** Un estudio transversal, observacional y descriptivo se llevo a cabo en Monterrey, México, entre septiembre y diciembre de 2021. Fueron encuestados 389 niños (de 6 a 15 años) que experimentaron confinamiento domiciliario durante la pandemia de COVID-19. Se utilizó un cuestionario electrónico para evaluar síntomas psiquiátricos. **Resultado(s):** De la muestra total, el 52,2% tenía entre 6 y 10 años, el 51,4% eran hombres, el 54,8% estaba en la escuela primaria y el 68,9% se clasificaba como de ingreso medio-alto. Los resultados mostraron los síntomas prevalentes: inquietud (35,1%), irritabilidad (31,1%), estrés (28,8%), dificultad para concentrarse (27,3%) y enojo (27,1%). Surgieron diferencias por edad; los niños más pequeños reportaron más inquietud y los mayores reportaron más pérdida de interés, pérdida de peso y mayor sueño. Las participantes femeninas informaron mayor tristeza y pérdida de interés. **Conclusión(es):** Este estudio subraya el importante impacto de la COVID-19 en la salud mental de niños y adolescentes, y revela los síntomas prevalentes influenciados por la edad, el sexo, la educación y los ingresos.

45. LESIÓN RENAL AGUDA NEONATAL SECUNDARIA A USO PRENATAL DE ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ANGIOTENSINA II.

Ana Lidia Beltrán López, Residente Pediatría, | Keila Yadira Mendoza Martínez, Residente Pediatría, | Blanca Patricia Gerez Martínez, Profesor en departamento de Pediatría, Adriana Nieto Sanjuanero, Profesor en departamento de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Eleuterio Gonzalez, Monterrey, Nuevo León | ana.beltran926@gmail.com

Introducción: Los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) son utilizados para manejo de hipertensión arterial. Estos ocasionan disminución en perfusión placentaria por efecto hipotensor, su uso se ha asociado con afectación y toxicidad en el feto llegando a ocasionar disminución de la filtración glomerular, oligohidramnios e insuficiencia renal. **Descripción del caso:** Mujer de 37 años con diagnóstico de preeclampsia en tercer trimestre, manejo en primer nivel de atención médica con olmesartán 15 días previos al nacimiento a dosis y frecuencia desconocido. Se detecta oligohidramnios. Se interrumpe embarazo a las 35 SDG por cifras hipertensivas. Se obtiene femenino de 2.480 kg, 48 cm talla, perímetro cefálico 32 cm, Apgar 8/9 y SA de 2 puntos, se colocan puntas nasales en las primeras 24 horas. Se ingresa a la UCIN, se detecta anuria, elevación de creatinina 5 mg/dl y edema generalizado. **Evolución:** Presenta hipotensión requiriendo apoyo aminérgico con vasopresina y norepinefrina durante 72 horas, los cuales se retiran sin eventualidades. Se realiza restricción hídrica y furosemida a 1 mg/kg/dosis. Se integra diagnóstico de lesión renal aguda AKIN 3 asociado a uso de ARA II, con una tasa de filtrado glomerular de 10 ml/m²sc/min hiponatremia y creatinina 5.0 mg/dl. Presenta mejoría hemodinámica, disminución de creatinina (1.4 mg/dl). Al presentar adecuada evolución clínica, se decide su egreso. **Conclusión(es):** El uso de IECAs y ARA II durante el embarazo puede ocasionar desenlace fatal en el feto. La lesión renal aguda es de las principales afectaciones descritas en el neonato asociado a el uso de estos fármacos. A pesar de que el uso de estos medicamentos no se ha asociado a incremento de riesgo tóxico durante el primer trimestre se debe descontinuar su uso a las 10 semanas de gestación.

47. VARICELA ZÓSTER DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. REPORTE DE CASO.

Paula Maria Picazo Lechuga, Pediatría, Residente de tercer año de pediatría, Víctor Hugo Herrera Aboytes, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Andrea Vidal Romero, Pediatría, Residente de tercer año de pediatría, Silvia Angélica Oviedo Hernández, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Alondra Orozco Zavala, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, María Jose Ramirez Mora, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría. Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | paulapicazo688@gmail.com

Introducción: La varicela en el inmunodeprimido adquiere una forma clínica de mayor gravedad, conocida como varicela progresiva. **Descripción del caso:** Masculino de 13 años con antecedente de leucemia linfoblástica aguda diagnosticada hace 2 años, en tratamiento con protocolo total XV en mantenimiento, última semana aplicada 55. Inició el 17.05.2023 con 9 lesiones umbilicadas con base eritematosa localizadas en cara y cuello sin síntomas acompañantes, una semana después las lesiones se diseminan de manera generalizada, que evolucionan a vesículas, pápulas, maculas violáceas y costras; acompañadas de lesiones ulcerativas en paladar duro y edema facial. Ingresó con datos de choque séptico, se reanima con líquidos y se inició soporte inotrópico, ingresó a UTIP para manejo crítico. Hemodinámico: desde el ingreso con datos de choque y respuesta al tratamiento, en FOCUs con datos de bajo gasto cardíaco, sospecha de miocarditis viral, requiriendo dosis máximas de noradrenalina, adrenalina, vasopresina y levosimendan, sin mejoría. Ventilatorio con puntas nasales de bajo flujo, posteriormente cánulas nasales de alto flujo y por refractariedad manejo avanzado de la vía aérea. Neurológico: con anisocoria en Ojo Derecho 2mm, Ojo Izquierdo 4mm persistente, posteriormente alucinaciones visuales, dislálico y somnoliento. Infectológico: cobertura antimicrobiana con cefepime y amikacina, antiviral con Aciclovir por presencia de varicela en fase exantemática y clínica de encefalitis, ante el deterioro se indicó imipenem. Por choque refractario se indicó dosis de estrés de hidrocortisona. Metabólico/renal: deterioro de la función renal, elevación de azoados, AKIN III. El 04.06.2023 presentó mayor deterioro hemodinámico, sin recuperación pese a reanimación avanzada, se determina defunción el día 04 de junio del 2023 a las 07:00. **Conclusión(es):** La varicela no es siempre una enfermedad benigna y puede presentar complicaciones graves que ponen en peligro la vida del paciente, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos.

46. NEUROBRUCELOSIS AGUDA EN PACIENTE PEDIATRICO CON MALFORMACIONES CEREBRALES. REPORTE DE UN CASO.

Andrea Carolina Rodríguez Saldaña, Residente de pediatría de tercer año. | Brenda Becerra Trejo, Servicio de Urgencias Pediátricas. Médico Adscrito. | Jimena Daniela Del Villar Vilchis, Servicio de Urgencias Pediátricas. Médico Adscrito. Mayra Daniela Villeda Banda, Residente de pediatría de tercer año. | Luz Moran Romero, Servicio de Urgencias Pediátricas. Médico Adscrito. Laura Panduro Valdez, Servicio de Urgencias Pediátricas. Médico Adscrito. | Ana Cecilia Morales Lara, Residente de pediatría de tercer año. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente. | andy_rguez22@hotmail.com

Introducción: La Brucella es capaz de reproducirse en las células del sistema mononuclearfagocítico, lo que resulta en elevada frecuencia de infecciones crónicas y recidivas. La especie responsable humana es la B. melitensis. La Brucella daña las estructuras neurológicas por una reacción inmunológica que genera desmielinización cerebral y vasculitis. En ocasiones puede ser asintomática. El diagnóstico de certeza se establece aislando al microorganismo a partir de cultivos de sangre, médula ósea, etc. Los métodos serológicos sólo aportan un diagnóstico presuntivo. Los estudios de biología molecular pueden ser útiles en el diagnóstico. **Descripción del caso:** Femenino de 8 años de edad, procedente de La Piedad Michoacán, antecedente de retraso psicomotor secundario a trastorno de la Migración Neuronal y displasias del cuerpo calloso. Inicia padecimiento con tos, rinorrea, cefalea, y fiebre de 39°C; tratada con amoxicilina. Persiste la fiebre intermitente por 3 semanas, mejoraba con antipiréticos, presenta crisis de inicio focal con alteración de la conciencia de tipo mioclónica de hemicuerpo izquierdo lo que motiva su Hospitalización. Exploración física: microcefalia (PC 45 cm); hemiparesia desproporcionada de predominio braquial derecho 4/5; ROT +++/+++; respuesta extensora derecha normal, no rigidez de nuca. **Evolución:** Rifampicina por 21 días, Inmunoglobulina Humana IV, Levetiracetam. Recuperación total a la fecha, libre de crisis convulsivas. **Conclusión(es):** La Neurobrucelosis aguda en niño es una entidad poco frecuente, y en pacientes con afección neurológica previa, la citología de punción lumbar se reporta normal, podría descartar el diagnóstico, sin embargo por la fiebre persistente, se sospechó brucelosis reportándose serología positiva y el cultivo de LCR aisló Brucella lo que corroboró el diagnóstico.

48. RESULTADOS DE EMBARAZO POSTERIOR A EXPOSICIÓN INVOLUNTARIA A TAK-003, VACUNA TETRAVALENTE CONTRA DENGUE DE VIRUS VIVOS ATENUADOS.

Martina Rauscher, Takeda Pharmaceuticals International AG, Zürich, Switzerland | Zeb Youard, Takeda Pharmaceuticals International AG, Zürich, Switzerland | Alice Faccin, Takeda Pharmaceuticals International AG, Zürich, Switzerland | Sanjay S. Patel, Takeda Pharmaceuticals International AG, Zürich, Switzerland | Hang Pang, Takeda Pharmaceuticals International Inc., Cambridge, MA, USA | Olaf Zent, Takeda Pharmaceuticals International AG, Zürich, Switzerland | juan.asbun@takeda.com

Introducción: Durante el desarrollo de la vacuna tetravalente de virus vivos atenuados contra el dengue (TAK-003; Qdenga®), las participantes confirmadas como embarazadas antes de la vacunación se excluyeron de todos los estudios clínicos, a pesar de las medidas tomadas para evitar el embarazo en los estudios clínicos, algunas participantes quedaron embarazadas. **Objetivo(s):** Reportamos los resultados de embarazo y eventos adversos neonatales seguidos a una exposición de TAK-003 durante el embarazo. **Material(es) y Método(s):** Este análisis post-hoc incluyó datos integrados (corte: 08-18-2023) de los estudios clínicos de fase 2 y 3 de TAK-003. Se consideró que las participantes estaban “expuestas” si la fecha de su último ciclo menstrual (UCM) se encontraba dentro de las 6 semanas previas a la vacunación hasta el final del embarazo. Se excluyeron los embarazos de UCM desconocido. Los resultados se resumieron por vacuna administrada (TAK-003/placebo) y estado de exposición. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes. **Resultado(s):** Un total de 375 y 182 embarazos fueron notificados por 344 receptoras de TAK-003 y 159 receptoras de placebo, respectivamente; 52 participantes tuvieron >1 embarazo. La mayoría de los embarazos se produjeron en el periodo de seguimiento a largo plazo (hasta 54 meses) tras la vacunación en el estudio DEN-301 y se consideraron no expuestos. De los 28 y 10 embarazos expuestos en las receptoras de TAK-003 y placebo, respectivamente, 23 (82.1%) y 5 (50.0%) fueron nacidos vivos, 2 (7.1%) y 2 (20.0%) fueron interrupciones electivas, 3 (10.7%) y 2 (20.0%) fueron abortos espontáneos (no relacionados con la exposición a TAK-003) y 1 (10.0%, placebo) fue un resultado desconocido. Ningún evento adverso neonatal fue atribuible a la exposición a TAK-003. **Conclusión(es):** El análisis post-hoc no reveló ninguna evidencia de aumento de resultados adversos durante el embarazo o neonatales tras la exposición a TAK-003. Financiado por Takeda.

49. PRESENTACIÓN INUSUAL DE MIASTENIA GRAVIS JUVENIL, REPORTE DE UN CASO.

Fernanda Michelle Balderas Martín del Campo¹, Vanessa Yareli Solís Ponce¹, Sofía Guadalupe Ocón García.²

¹Médico Pasante de Servicio Social, Universidad Autónoma de Aguascalientes. ²Médico Pediatra en Instituto Mexicano del Seguro Social, Aguascalientes, Aguascalientes | fmbm24@hotmail.com

Introducción: La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune con afectación neuromuscular. Se presenta el caso con una forma inusual de esta enfermedad. **Descripción del caso:** Femenina de 11 años con dolor, disminución de sensibilidad y debilidad de miembros pélvicos. **Evolución:** Laboratorios normales, resonancia magnética lumbosacra normal, biopsia de muslo izquierdo con linfocitos en placa neuromuscular. Electromiografía y velocidades de conducción nerviosa mostraron criterios AANEM para enfermedad de placa neuromuscular; reporte positivo de anticuerpos anti-receptor de acetilcolina (AChR). Se inició tratamiento con anticolinesterásicos y corticoterapia mostrando evolución favorable con recuperación gradual de función. **Discusión:** Revisión de Literatura La búsqueda de referencias en sitios electrónicos, se datos utilizaron: PUBMED, Google scholar, frontiers, Scielo y Elsevier. El algoritmo de búsqueda incluyó: “Myasthenia gravis AND juvenile”, “Myasthenia gravis AND diagnosis”, “Myasthenia gravis AND management”, “Myasthenia and pathophysiology” “Myasthenia gravis AND generalized”, “Myasthenia AND myasthenic crisis”. La MGJ se presenta clásicamente con inicio facial, principalmente párpados y cuello, una presentación con afectación de miembros pélvicos es inusual. Se confirmó diagnóstico por biopsia y electromiografía, mostrando afectación de la placa neuromuscular; y con anticuerpos positivos contra AChR. Siendo anti-AChR el anticuerpo más común en pacientes jóvenes con MGJ generalizada. Se inició terapia con piridostigmina y prednisona evolucionando favorablemente. Los anticolinesterásicos son la primera línea de tratamiento junto con corticosteroides. **Conclusiones:** 1. La miastenia gravis juvenil es poco frecuente. 2. Es más común la presentación ocular. 3. El diagnóstico es inicialmente clínico, se confirma mediante electromiografía y serología. 4. El pilar del tratamiento son anticolinesterásicos y corticosteroides. 5. La meta del tratamiento es la remisión y la disminución del riesgo de crisis miasténicas.

51. CONCORDANCIA ENTRE CISTATINA C Y CREATININA SÉRICA EN TFG EN PACIENTES PEDIÁTRICOS 1-15 AÑOS EUTRÓFICOS Y DESNUTRIDOS.

Xochitl Betzabe Ojeda García, Pediatría, Residente, Hospital General de Occidente, Jalisco | Hector Hernando OrtizQ Lopez, Nefrologo Pediatra, Adscrito, Hospital General de Occidente, Jalisco | Rocío Alejandra Peña Juárez, Cardiologa Pediatra, Adscrita, Hospital General de Occidente, Jalisco | xochitl.ojeda@hotmail.com

Introducción: La estimación de la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) es crucial en patologías pediátricas, donde la creatinina sérica (fórmula Schwartz) es comúnmente usada pero afectada por factores como la masa muscular y edad. La TFG es considerada la mejor aproximación a la función renal global y podría representar el porcentaje funcional de las nefronas que están en actividad. Se estima con marcadores endógenos y exógenos. La creatinina sérica, aunque ampliamente utilizada, muestra variabilidad en pacientes pediátricos especialmente en desnutridos. La cistatina C es una alternativa precisa y relevante en pacientes pediátricos con desnutrición. **Objetivo(s):** El objetivo primario es evaluar la concordancia entre la TFG estimada por la fórmula Schwartz (creatinina sérica) y la fórmula Filler (cistatina C) en pacientes desnutridos y eutróficos de 1-15 años. Los objetivos secundarios incluyen observar la relación entre la TFG por ambas fórmulas y el grado de desnutrición. **Material(es) y Método(s):** El estudio, descriptivo, casos y controles, transversal y prospectivo, se realizó en pacientes pediátricos atendidos en el Hospital General de Occidente. Se analizó una población de 40 pacientes, divididos entre desnutridos y eutróficos. **Resultado(s):** Se analizó en la población general en base a la estimación de la TFG por Schwartz y Filler, ambas muestran una correlación significativa alta ($R_2=0.63$ y $R_2=0.81$) respectivamente. Sin embargo, cuando tamizamos a la población en pacientes eutróficos y desnutridos, la correlación de la cistatina C fue muy alta ($R_2=0.83$ y $R_2=0.89$) respectivamente y menor con la creatinina sérica y su TFG ($R_2=0.7$ y $R_2=0.25$) es decir, todavía aceptable alta para los eutróficos y baja para los desnutridos. **Conclusión(es):** En la población pediátrica, la fórmula Filler con cistatina C es más precisa que la fórmula Schwartz para estimar la tasa de filtración glomerular, especialmente en casos de desnutrición.

50. INFECCIONES RELACIONADOS A LA ASISTENCIA SANITARIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS EN MÉXICO.

Ana María Chávez Vázquez¹, Bruno Moreno Medina¹, Tania Alejandra Cruz Chávez¹, Juan Carlos Lona Reyes², Fernando Alatorre Rendón³, Liliana Camarena Vielma⁴, Jesús González Carmona.⁴

¹Residente de Pediatría de tercer año, ²Adscrito a la Unidad de Infectología Pediátrica. División de Pediatría, ³Adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. División de Pediatría, ⁴Adscrito a la Unidad de Infectología Pediátrica. División de Pediatría. Hospital Civil de Guadalajara, “Dr. Juan I. Menchaca, Jalisco. anmachvz@gmail.com

Introducción: Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) incrementan estancia, costos, morbilidad y mortalidad de los pacientes. **Material(es) y Método(s):** Estudio de cohorte prolectivo, se incluyeron pacientes entre 1 mes y 18 años. Las IRAS se clasificaron como bacteriemia asociada a catéter central (BACVC), neumonía asociada a ventilación (NAV) e infección del tracto urinario-sonda vesical (ITU-SV). La identificación microbiana y antibiograma se realizó con el sistema Vitek® 2. Se consideraron contaminantes aislamientos de *Corynebacterium spp*, *Bacillus spp*, *Propionibacterium spp*, *Staphylococcus coagulasa-negativa*, *Aerococcus spp* y *Micrococcus spp* en frasco único de hemocultivo. Aprobación por Comité de Ética e Investigación (Registro EP/015/2019). **Resultado(s):** De las 486 admisiones, la mediana de edad fue 4,0 años (RIQ 9,2), 55,9% masculinos y 14,8% de ingresos. La mediana de estancia fue 4 días (RIQ 6,0). El 36,9% presentaron IRAS. Se reportaron 116 eventos de BACVC, 78 de NAV y 38 ITU-SV. Las tasas de infección fueron: BACVC 18,1 eventos/1000 días catéter (IC 95% 14,9 – 21,6), NAV 22,8 eventos/1000 días ventilador (IC 95% 18,2 – 28,3) e ITU-SV 12,9 eventos/1000 días sonda vesical (IC 95% 9,2 – 17,5). La tasa global de IRAS fue 14,8 eventos/1000 días paciente (IC 95% 13,01 – 16,9). Las especies prevalentes fueron *Acinetobacter spp* (n. 32), *Pseudomonas spp*. (n. 32), *Klebsiella pneumoniae* (n. 25) y *Enterobacter cloacae* (n. 23). La tasa de mortalidad fue del 23% (IC 95% 19,19 – 27,18), el 47,9% atribuidas a IRAS. **Conclusión(es):** Las acciones para la prevención y vigilancia de IRAS son prioritarias para su control.

52. SÍNDROME DE FALLA HEPÁTICA INFANTIL TIPO 1, CAUSA INUSUAL DE ANEMIA HEMOLÍTICA Y ENCEFALOPATÍA INDUCIDAS POR INFECCIÓN.

Zaira Itzel García Murillo, médico residente de pediatría, Jaime Asael Lopez Valdez, médico genetista, Nadine Frank Marquez, médico gastroenterologa, Minerva Hernandez Ramirez, médico gastroenterologa, Centenario Hospital Miguel Hidalgo | zaira.it@hotmail.com

Introducción: El síndrome de insuficiencia hepática infantil, tipo 1 (ILFS1), un trastorno autosómico recesivo raro recientemente reconocido debido a variantes en LARS que codifica para la leucina-ARNt sintetasa citosólica se caracteriza por iniciar entre los 5-24 meses de edad con retraso en crecimiento y desarrollo, encefalopatía, anemia microcítica y disfunción hepática crónica con exacerbaciones recurrentes debido a infecciones. **Descripción del caso:** Masculino de 3 años, antecedente de retraso global del neurodesarrollo, síndrome anémico hemolítico desde el nacimiento, crisis convulsivas, dismorfias faciales, hipotonía, hepatomegalia, desnutrición crónica y cuadros de diarrea aguda. **Evolución:** Presentó transaminasemia, hipoalbuminemia, coagulopatía y datos de encefalopatía aguda asociadas a procesos infecciosos. Estudio de exoma detectó variante la variante heterocigota no descrita c.1880C>T en el gen LARS, confirmando síndrome de Falla Hepática Infantil Tipo 1. **Discusión:** A nivel mundial se han reportado casos de ILFS1 irlandeses, judío ashkenazi, caucásicos no europeos y un chino, siendo el rasgo fenotípico definitorio e inicial la insuficiencia hepática infantil. Nuestro paciente debutó con anemia hemolítica, diarrea secretoria crónica y encefalopatía aguda, desencadenadas por infecciones, con signos de mejoría intermitente, lo cual ameritó un abordaje multidisciplinario. **Conclusión:** Se describe al primer paciente latinoamericano con ILFS1 con una variante no reportada en el gen LARS. Se debe incluir la sospecha de esta entidad en todo paciente con falla hepática de causa desconocida, además que curse con otros síntomas como diarrea y anemia hemolítica. El estudio de exoma debe de ser parte de los estudios en pacientes pediátricos con cuadros complejos o inespecíficos, para poder integrar un diagnóstico y podre ofrecer un manejo integral y multidisciplinario.

53. CONOCIMIENTO, PERCEPCIONES Y MANEJO DE LA FIEBRE EN LOS NIÑOS: ENCUESTA EN MÉDICOS PASANTES EN SERVICIO SOCIAL.

Mariana Peraza López, Médico pasante en servicio social. Departamento de Medicina basada en la Evidencia, Andrea Figueroa Rodríguez, Médico pasante en servicio social. Departamento de Medicina basada en la Evidencia, Ana Sofía Gaxiola Gutiérrez, Médico general. Departamento de Medicina basada en la Evidencia, Giordano Pérez Gaxiola, Pediatra. Departamento de Medicina basada en la Evidencia. Hospital Pediátrico de Sinaloa "Dr. Rigoberto Aguilar Pico". Culiacán, Sinaloa. | ana.gaxiola@udem.edu

Introducción: La fiebre en la población pediátrica es un motivo frecuente de consulta en la atención primaria. Los médicos pasantes en el servicio social constituyen un elemento de suma importancia para este primer nivel de contacto con los pacientes. Por esta razón, es importante que cuenten con el conocimiento adecuado para manejar los cuadros febriles y que sean capaces de identificar las características clínicas indicativas de severidad, con el fin de asegurar una atención óptima e inmediata. **Objetivo(s):** El objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos y comportamientos adoptados sobre el manejo de la fiebre entre los médicos pasantes en el servicio social. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional transversal. Se envió una encuesta pre piloteada a 250 médicos pasantes en el servicio social en el Estado de Sinaloa, durante enero-febrero de 2024. Se describieron los datos con estadísticas descriptivas. **Resultado(s):** Se obtuvo respuesta de 186 invitados (74% de respuesta). El 62% considera la fiebre como respuesta inmune benéfica; 74% considera siempre necesario el tratamiento antipirético; el 84% receta paracetamol como fármaco de primera elección; el 93% considera que los antipiréticos reducen el desarrollo de convulsiones. **Conclusión(es):** Los resultados reflejan falta de conocimiento del objetivo de tratar la fiebre y los beneficios que pueden obtenerse. Podría realizarse una intervención educativa y mejorar la gestión del manejo de la fiebre en pacientes pediátricos.

55. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON COVID-19 DURANTE LA PANDEMIA EN HOSPITAL GENERAL DE BAJA CALIFORNIA SUR.

Omar Ulisses Jair Mejía Pedroza, Residente de Pediatría. Hospital General con Especialidades Juan María de Salvatierra, La Paz, B.C.S. | mejiaulisses@gmail.com

Introducción: El SARS-CoV-2 es un Coronavirus causante de la última pandemia comprendida del 11 de marzo de 2020 hasta el 5 de mayo de 2023. Durante este periodo emergieron dos nuevas enfermedades: COVID-19 y PIMS, siendo esta última de aparición tardía y caracterizada por fiebre persistente más disfunción multiorgánica. **Objetivo(s):** Describir las características clínicas y paraclínicas de los pacientes pediátricos hospitalizados por SARS-CoV-2 en el BHGEJMS durante la pandemia durante las primeras 24 horas de su ingreso, su tratamiento inicial y su desenlace. **Material(es) y Método(s):** Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo, realizado con variables obtenidas del expediente clínico de los pacientes menores de 18 años hospitalizados durante la pandemia en el BHGEJMS de La Paz, B.C.S. Se revisaron los expedientes de aquellos pacientes con prueba confirmatoria. Únicamente se consideraron los reportes de laboratorio, gabinete y tratamiento realizado en las primeras 24 horas del ingreso. **Resultado(s):** 1. Durante la pandemia fueron hospitalizados 62 pacientes menores de 18 años: 81% COVID-19 (N=50) y 19% PIMS (N=12). 2. Se reportaron 9 defunciones para ambos grupos (15%): 5 por COVID-19 (8%) vs 4 por PIMS (42%). 88.8% se presentaron en Enfermedad Crítica y 11.2% en Enfermedad Grave. 3. El 71.6% de los sobrevivientes fueron egresados por mejoría antes del día 14 de estancia. 17% se egresó antes del mes y 11.4% posteriormente. **Conclusión(es):** Durante 2022 se hospitalizaron a la mayoría de los pacientes del estudio (42%), no obstante, se presentaron pacientes con cuadros clínicos más graves en los 2 primeros años de la pandemia. El incorporar de forma segura a la vacuna contra el SARS-CoV-2 es relevante ante la posible circulación endémica del virus con el objetivo de brindar protección contra los cuadros neumónico y febril con afección multisistémica surgidos durante la pandemia.

54. ABSCESO RENAL COMO MANIFESTACIÓN PRINCIPAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE HIPERINMUNOGLOBULINEMIA E.

Paula María Picazo Lechuga¹, Eduardo Francisco Ruiz Perez², Víctor Hugo Herrera Aboytes³, Andrea Vidal Romero¹, María José Ramírez Mora³, Alondra Orozco Zavala³, Silvia Angélica Oviedo Hernández.³
¹Residente de tercer año de pediatría, ²Intensivista Pediatra, adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos, ³Residente de segundo año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | paulapicazo688@gmail.com

Introducción: Los abscesos renales y perirrenales son poco frecuentes en pediatría, no tienen manifestaciones clínicas específicas, deben sospecharse en los pacientes con infección urinaria que no respondan a terapia antimicrobiana adecuada. **Descripción del caso:** Femenina de 11 años, con antecedente de abscesos subcutáneos desde los 2 años, intermitentes, con resolución espontánea, indoloros. Inició con dolor abdominal diseminado y fiebre, se diagnosticó gastroenteritis aguda, recibió tratamiento con amoxicilina por 7 días, persistió con los síntomas. Acudió a urgencias pediátricas, se realizó ultrasonido abdominal reportándose lesión compleja, sólida, quística, con dependencia de polo renal superior izquierdo, con extensión hacia espacio pararenal. En la tomografía se observó tumoración dependiente de riñón derecho multilobulada, con imágenes quísticas y solidas de medidas 10x7x15.7 cm. Presentó evolución tórpida, con choque séptico descompensado y acidosis metabólica con hiperlactatemia. Ingresó a UTIP, ameritó apoyo vasoactivo, ventilación no invasiva, tratamiento con cefepime y clindamicina, reposición de bicarbonato. Cursó con neumonía asociada a cuidados de la salud, derrame pleural derecho y congestión pulmonar. Se realizó cirugía por sospecha de tumoración renal se observó absceso. Tratamiento con cefotaxima durante 8 días. De acuerdo con el puntaje de Grombacher de 41, niveles de IgE >1000, se confirma Síndrome de Jobs o Síndrome de Hiperinmunoglobulinemia E. Presentó insuficiencia tricuspídea leve, insuficiencia mitral leve y adecuada función biventricular. Evolución clínica favorable, egresó a su domicilio con profilaxis con trimetopím con sulfametoxazol. **Conclusión(es):** Por no disponer del estudio genético, el diagnóstico se basó en la clínica de acuerdo con los criterios de Grombacher, el caso presentado sumó 41 puntos en este sistema.

56. PAQUIPLEURITIS SECUNDARIA A TUBERCULOSIS EN UN PACIENTE ADOLESCENTE CON TOS CRÓNICA EN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA.

María de Jesús Ávila Olivas, Neumología pediátrica, Residente de tercer año de pediatría, Hospital General Regional No. 1, Tijuana Baja California. Olivia Alejandra Flores Montes, Neumología pediátrica, Médico adscrito al Hospital General Regional No.1 Tijuana Baja California. avila.maria@uabc.edu.mx

Introducción: La Tuberculosis es una causa común de derrame pleural en jóvenes en zonas endémicas. Dentro de las formas extrapulmonares en personas que cursan con inmunodeficiencias, la localización más frecuente es la pleural. La forma de presentación aguda es la presentación clínica más frecuente. De inicio la radiografía de tórax suele mostrar un derrame pleural unilateral y se aborda de forma inicial mediante la búsqueda del bacilo, en caso de duda diagnóstica se deberá recurrir a la obtención de biopsia. **Objetivo(s):** Describir de forma general el abordaje del paciente que acude con sintomatología compatible de tuberculosis en una zona endémica del país. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 17 años de edad originario y residente de Tijuana, Baja California, previamente sano. Inicia padecimiento seis meses previos a su llegada a nuestra unidad con hipertermia no cuantificada de predominio nocturno, cefalea frontal 10/10 tipo punzante, artralgias y mialgias, tos seca sin predominio de horario, esporádica, en accesos de 3 a 4 veces, no emetizante y no cianozante, vómitos diarios de 1 a 2 veces de contenido gastroalimenticio, diaforesis nocturna, hiporexia, astenia, adinamia y dolor torácico en hemitórax izquierdo con intensidad 9/10. Presenta además pérdida de peso de 6 kilos en 2 meses. **Evolución:** La tomografía simple de tórax evidencia paquipleuritis por lo que se realiza toracoscopia, se toma biopsia de pleura y se confirma diagnóstico de tuberculosis pleural; se inicia manejo antifímico por parte de infectología pediátrica. **Conclusión(es):** El caso de nuestro paciente se trata de un cuadro clínico típico para hacernos sospechar de Tuberculosis al encontrarnos en una zona endémica de nuestro país lo que nos obliga a conocer el abordaje integral que se debe dar en estos casos.

57. LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA FAMILIAR, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Vanessa Medrano Alvarez, Pediatría, Residente, Miguel Angel Rodriguez Ruiz, Hematología Pediátrica, Medico Adscrito, Martin Eduardo Flores Munguia, Inmunología Pediátrica, Medico Adscrito. Hospital Centenario Miguel Hidalgo, Aguascalientes | vanessamedrano7@gmail.com

Introducción: La linfocitosis hemofagocítica (LHL) familiar es una enfermedad rara y potencialmente mortal, con una incidencia de 1-2 por cada millón de niños. Se caracteriza por una activación excesiva del sistema inmunológico, inflamación y producción descontrolada de citocinas. Se manifiesta con síntomas como fiebre persistente, esplenomegalia, erupciones cutáneas y problemas neurológicos. El tratamiento incluye terapias inmunosupresoras y quimioterapia, y en casos graves, trasplante de médula ósea. **Descripción del caso:** Se trata de una niña de 2 meses de edad, previa sana. Inicia con distensión abdominal, fiebre y vómito, acudiendo a centro de salud y se indica manejo sintomático. Persiste febril, por lo que escala a hospital de segundo nivel, ingresando con datos de choque séptico, sospecha foco abdominal. Se realiza US abdominal, con hepatoesplenomegalia. Laboratorio: citopenias requiriendo transfusión de hemoderivados. Persisten datos de respuesta inflamatoria sistémica pese a manejo antibiótico. **Evolución:** Aspirado de médula ósea, con histiocitos con actividad fagocítica. Asociado a hipertrigliceridemia y ferritinemia, se plantea una LHL. Se descartan causas secundarias, y se inicia abordaje por genética. Panel NGS, se detecta en gen STXBP2 variante patogénica c.284del y una incierta c.560C>T, asociados a LHL autosómica recesiva familiar tipo 5. Se inicia protocolo HLH-2004. A los 4 meses se hospitaliza por crisis convulsivas, se realiza punción lumbar con presencia de pleocitosis. Resonancia Magnética con reforzamiento en meninges, aumento de la intensidad lóbulo occipital y parietal derecho, compatible con infiltración a SNC, se indica quimioterapia intratecal. **Conclusión(es):** La LHL es una enfermedad grave, pero con diagnóstico precoz y manejo multidisciplinario se puede mejorar la supervivencia y calidad de vida. Destaca la importancia del análisis genético y el asesoramiento familiar para un tratamiento integral y mejores resultados clínicos en pacientes pediátricos.

59. PRESENCIA DE CAVITACIONES EN PACIENTE DE 3 MESES CON TUBERCULOSIS PULMONAR GRAVE: REPORTE DE CASO.

Ana Victoria Ramirez Diaz, pediatría, residente, María Fernanda Quiroz Mora, pediatría, residente, Hospital Materno Infantil ISSEMYM, Toluca, Estado de México. victoria_11@hotmail.com

Introducción: En 2022 la tuberculosis se convirtió en la segunda enfermedad infecciosa que más muertes causó en todo el mundo después de COVID-19. A nivel mundial se estimó que 10.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis, de los cuales 1.3 millones fueron niños. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 3 meses de edad, el tercero de tres hermanos, recién nacido de término sin patología perinatal, con un crecimiento y desarrollo dentro de límites normales; con diagnósticos de neumonía adquirida en la comunidad y Síndrome Coqueluchoide, de 30 días de evolución. **Evolución:** 05.01.2024 baciloscopia con 32 Baar/ 100 Campos. 05.01.24 Genexpert de aspirado bronquial con Tuberculosis Pulmonar primaria asociada a *M. Bovis*. 19.01.2024 tomografía de tórax evidencia múltiples lesiones cavitarias en ambos campos pulmonares, predominantes en lado derecho. Rifampicina 75 mg, isoniazida 50 mg, pirazinamida 150 mg, etambutol en fase de inicio, así como azitromicina 10 mg como inmunomodulador cada tercer día con fecha de inicio el día 29.01.2024 sulfametoxazol 5 mg/kg/día, aciclovir 20 mg/kg/día, fluconazol 6 mg/kg/día. **Conclusión(es):** En muchos niños con cultivos negativos, el diagnóstico se realiza clínica o radiológicamente, incluida la mejoría con el tratamiento para tuberculosis. La edad de nuestro paciente contribuyó para que desarrollara una forma grave de la enfermedad en un periodo de tiempo corto, menor a 3 meses. La inmadurez de su sistema inmunológico comprometió la rápida progresión de la bacteria con la secundaria formación de cavitaciones pulmonares.

58. DIFICULTAD RESPIRATORIA NEONATAL ANTES DE COVID-19 Y DURANTE COVID-19 EN HOSPITAL PRIVADO DEL OCCIDENTE DE MÉXICO.

José Alfonso Gutierrez Padilla, División de disciplina clínicas, Depto. Reproducción humana, crecimiento y desarrollo infantil Santiago Maytorena López, Médico SS, Universidad Autónoma de Guadalajara/ Hospital San Javier santimayto10@gmail.com

Introducción: La dificultad respiratoria en recién nacidos es un problema clínico de gran importancia en la atención neonatal, que puede variar en su severidad y causas subyacentes. Afecta a neonatos en sus primeras horas o días de vida, se caracteriza por la presencia de dificultades en la respiración, puede manifestarse a través de síntomas como taquipnea, tiraje intercostal y cianosis. **Objetivo(s):** Comparar la incidencia y características de la dificultad respiratoria neonatal antes y durante la pandemia de COVID-19 en un hospital privado en el occidente de México. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional retrospectivo para comparar la incidencia de dificultad respiratoria neonatal en dos periodos de tiempo: 2018-2019 y 2020-2022. La población de estudio consistió en un total de 2440 recién nacidos que fueron atendidos en un hospital privado del occidente de México durante los años de interés. Para evaluar la dificultad respiratoria en los recién nacidos, se utilizó la escala de Silverman. Los datos clínicos recopilados incluyeron la puntuación Silverman, que varía de 0 a 5. Se compararon las tasas de incidencia de dificultad respiratoria. Se utilizaron pruebas estadísticas apropiadas para evaluar la significancia de las diferencias. **Resultado(s):** Durante el periodo precovid (2018-2019), se observó una incidencia más baja de dificultad respiratoria, en recién nacidos con puntuaciones Silverman de 0 o 1. Durante la pandemia de Covid-19 (2020-2022), hubo un aumento en la incidencia de dificultad respiratoria, lo que sugiere una tendencia a la alta en este problema en el hospital estudiado. **Conclusión(es):** A pesar de las limitaciones de este estudio, como su naturaleza retrospectiva y la falta de análisis detallados de las variables, los hallazgos proporcionan una base sólida para futuras investigaciones y la implementación de estrategias preventivas para abordar la dificultad respiratoria neonatal.

60. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DEL NIÑO CON DIAGNÓSTICO DE COVID-19 EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZACATECAS.

Erick Moreno Gomez, médico pediatra, José Antonio Esparza Hernández, infectólogo pediatra, Carla Mariana Tapia Solano, médico pediatra, Emmanuel Gonzalez Huertado, médico residente de tercer año de pediatría, Miriam Guadalupe Morales Hernández, médico residente de segundo año de pediatría, SSA, Zacatecas | dresparza72@hotmail.com

Introducción: En la pandemia de COVID-19, 60% de los niños experimentaron síntomas leves, 40% presentó formas más severas, los menores de cinco años fueron los más afectados, con 35% de los casos. Tasa de hospitalización del 15%, elevada en condiciones como asma y obesidad. Mortalidad del 2%. **Objetivo(s):** Determinar características clínicas y epidemiológicas de COVID-19 en el HGZ. **Material(es) y Método(s):** Estudio descriptivo, retrospectivo y analítico, el COVID-19 en niños en nuestra unidad incluye pacientes COVID-19 confirmado y sospechado, datos hasta abril de 2022 para observar tendencias estacionales. Revisando registros médicos, recopilando información demográfica y clínica, con análisis de laboratorio y diagnósticos. La estadística describió y comparó las características de pacientes, utilizando análisis apropiados para variables continuas y categóricas. **Resultado(s):** 57 pacientes COVID-19, 65% tuvo prueba virológica positiva, incidencia de 5 por cada 100 pacientes hospitalizados de 1 mes a 14 años de edad, predominio en el grupo de lactantes (33%) y distribución casi equitativa entre los géneros, 51% no presentó comorbilidades, 81% requirió fase I de ventilación, 18% necesitó ventilación mecánica invasiva. La trombocitopenia como hallazgo más común (20%) y alteraciones intersticiales frecuentes en radiografías de tórax (56%). El 84% de los pacientes se recuperó sin necesidad de oxígeno suplementario al alta. **Conclusión(es):** COVID-19 afecta a niños de todas las edades, siendo los menores de 10 años, especialmente con factores de riesgo propensos a desarrollar formas graves de la enfermedad. Estos niños requieren atención médica y estrategias para mejorar su nutrición, evitar el contacto con enfermos. La vigilancia estrecha es crucial para estos pacientes de alto riesgo, es necesario seguir con la vigilancia y análisis para mejorar el cuidado.

61. ASOCIACIÓN DE VACTERL Y ANEMIA DE FANCONI REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Anai Quezada Herrera, Servicio de Pediatría, Médico Adscrito, Yulissa Alejandra García Mayorga, Servicio de Pediatría, Residente de primer año. Hospital General Regional No1, IMSS. Cuernavaca, Morelos | anaqueza2014@gmail.com

Introducción: La asociación de VACTERL, acrónimo correspondiente a las malformaciones congénitas: malformaciones vertebrales, atresia anal, malformaciones cardíacas, atresia/ fistula traqueoesofágica, malformaciones renales y displasia de extremidades. Su diagnóstico requiere al menos tres de los siete criterios. El diagnóstico diferencial incluye la asociación de VACTERL- H (Síndrome de Briard-Evans) que es una asociación de VACTERL con hidrocefalia, tiene un peor pronóstico y se ha asociado con cuadros graves de anemia de Fanconi. **Descripción del caso:** Masculino de 6 años de edad, con conexión anómala total de venas pulmonares e hipertensión arterial pulmonar severa. Se realizó redirección de flujo de venas pulmonares con esternotomía media al mes de vida. Nefrología: riñón en herradura de localización pélvica con función renal disminuida. Hematología: a los tres años de edad se realiza aspirado de médula ósea por cursar con anemia y trombocitopenia recurrentes en el cual se evidencia celularidad disminuida diagnosticándose médula ósea hipocelular. Genética: diagnóstico de asociación de VACTERL al año de edad, al presentar displasia radial bilateral, riñón en herradura y cardiopatía asociada. Por ultrasonido transfontanelar se descarta síndrome de Briard-Evans. Se brinda asesoramiento genético a la mamá por modelo de herencia autosómico recesivo para la anemia de Fanconi. **Evolución:** Estudio de inducción de rupturas cromosómicas mostró hipersensibilidad al mutágeno DEB característico de la anemia de Fanconi. Ha requerido de múltiples ingresos hospitalarios para transfusión sanguínea por anemia, con tratamiento médico con sulfato ferroso y ácido fólico. **Conclusión(es):** La anemia de Fanconi y asociación de VACTERL son diagnósticos diferenciales por excelencia, ya que comparten la presencia de malformaciones renales y radiales. Es por esto que hasta el 5% de los pacientes con anemia de Fanconi pueden ser clasificados como asociación de VACTERL.

63. ESPECTRO FACIO-AURÍCULO-VERTEBRAL, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Jorge Ovidio Robledo Montes, Residente de neonatología | ovidior1@outlook.es

Introducción: En 1960 la microsomía hemifacial se definió como una condición que afecta al desarrollo auricular, oral y mandibular; la severidad de la alteración era variable y habitualmente se presentaba en forma unilateral. **Descripción del caso:** Paciente recién nacido pélvico femenino, sin tono ni esfuerzo respiratorio. Pasa a cuna de calor radiante, se brindan pasos iniciales con adecuada respuesta, FC 120 lpm, con aspiración de secreciones. Presenta saturación 63% por lo que se inicia reclutamiento con CPAP pieza en T con FiO_2 máxima hasta 60% por lo que se decide administración de surfactante a 130 mg/kg por técnica MIST al primer intento, con disminución progresiva hasta 30%. A la exploración física destacaba parálisis facial periférica y anotia derecha. **Evolución:** Durante su evolución en la UCIN cursó con enterocolitis necrosante y sepsis tardía, requirió intubación orotraqueal, ventilación mecánica asistida y manejo aminérgico con dobutamina, así como esquema antibiótico con piperacilina/tazobactam, con buena evolución clínica. La evaluación cardiológica reportó CIV. Se realizó broncoscopia por el servicio de neumología pediátrica debido a episodios de desaturación que se exacerbaron a la succión, deglución, la cual reportó estenosis subglótica con laringomalacia moderada e epiglotis redundante, en omega; se realizó dilatación de la estenosis con el broncoscopio sin complicaciones. El servicio de genética pediátrica ante hallazgos clínicos anotia derecha y parálisis facial sospecha de espectro facio-aurícula-vertebral. No se documentaron alteraciones neurológicas, renales ni esqueléticas. **Conclusión(es):** Dada la presentación heterogénea, es necesario un enfoque individualizado y multidisciplinario, con abordaje de las deficiencias funcionales, como la obstrucción de las vías respiratorias y la disfagia. La sospecha clínica y el manejo por un equipo interdisciplinario mejorará la sobrevida y calidad de vida de los pacientes.

62. CANDIDIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA Y ROSÁCEA DESDE LA INFANCIA EN UN PACIENTE CON GANANCIA DE FUNCIÓN EN STAT1.

Uriel Francisco Pérez Blanco¹, Lizbeth Blancas Galicia¹, Guillermo Velázquez Sámano², Valeria Valerio Gómez³, Andrea Aida Velasco Medina², Antonio Albarrán Godínez², Itzel Yoselin Sánchez Pérez², Laura Berrón Ruiz¹, Sara Espinosa Padilla.¹

¹Laboratorio de Inmunodeficiencias, Instituto Nacional de Pediatría. ²Servicio de Alergia e Inmunología. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México uryfrank00@gmail.com

Introducción: STAT1 (transductor de señal y activador de transcripción 1) es un factor de transcripción citoplasmático, cuya función es la regulación del crecimiento, diferenciación, proliferación y metabolismo celular. Las mutaciones en STAT1 pueden producir una pérdida o ganancia de función. El incremento de función resulta por falta de desfosforilación nuclear de STAT1 que condiciona la amplificación de genes estimulados por interferón (IFN). La manifestación más común es la candidiasis mucocutánea crónica (CMC). Presentamos la evolución pediátrica de un paciente con mayor actividad en STAT1 con CMC, tuberculosis pulmonar, herpes zoster y rosácea como manifestación novedosa. **Descripción del caso:** Masculino sin antecedentes de consanguinidad o endogamia. Se aplicó la vacuna BCG al nacimiento. A los dos meses presentó BCGitis derecha. Desde los 9 meses inició con CMC refractaria a múltiples tratamientos. A los 7 años presentó tiña del cuero cabelludo. Desde los 10 años manifestó rosácea oculo-facial. Desde los 15 años, se agregó onicomiosis persistente. Se descartó infección por VIH. A los 26 años cursó con tuberculosis pulmonar, candidemia y absceso profundo de glúteo. Por historial previo se sospechó de un error innato de la inmunidad, se realizó panel de genes que evidenció una variante patogénica en STAT1 asociada a ganancia de función. **Conclusión(es):** Hasta donde es de nuestro conocimiento se han reportado en la literatura 12 casos con ganancia de función en STAT1 en México. La variante patogénica detectada en STAT1 ya fue descrita previamente por Toubiana et al. En aquellos pacientes con infecciones crónicas y recurrentes se debe descartar un defecto primario de la inmunidad. Los pacientes con ganancia de función en STAT1 inician con rosácea de cara y ojos desde la infancia, sin embargo, son infradiagnosticados.

64. SÍNDROME DE KLINEFELTER Y TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO EN PEDIATRÍA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Juan Eduardo Morales Ramírez¹, David Eduardo Cervantes Barragán², María de Jesús Gaytán García³, Marisela Hernández Hernández⁴, Sinhué Díaz Cuéllar⁵

¹Residente 3 año de Pediatría, ²Jefe del Servicio de Genética, ³Responsable del laboratorio de genética, ⁴Médico Adscrito de Neurología pediátrica, ⁵Genética. Médico adscrito del Servicio de Genética. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. | edumoram111@gmail.com

Introducción: El síndrome de Klinefelter, aneuploidía de cromosomas sexuales más común, prevalencia 1 en 600 recién nacidos varones, resultado de 2 o más cromosomas X en un individuo fenotípicamente masculino. Clínicamente se caracteriza por trastornos del neurodesarrollo, habitus eunucoide e hipogonadismo hipergonadotrópico. **Descripción del caso:** Paciente1: Masculino 4 años, padres endogámicos, madre 38 años al embarazo; infertilidad secundaria, restricción crecimiento intrauterino y preeclampsia. Nace de 32 semanas de gestación, vía abdominal, peso 1870g, talla 43cm. Retardo generalizado del desarrollo, movimientos repetitivos, conductas estereotipadas, alteraciones neurosensoriales y en la sociabilización. Tomografía axial computarizada cráneo, electroencefalograma y potenciales evocados auditivos del tronco cerebral sin alteraciones. Por retardo global en el neurodesarrollo, trastorno espectro autista e hipogonadismo, se realiza cariotipo. Paciente2: Masculino de 5 años, madre edad riesgo (40 años al embarazo). Gesta 4, cesárea, 32 semanas, oligohidramnios, peso y talla normal. Retraso leve en hitos del desarrollo y alteraciones de conducta. Dismorfias faciales: occipital plano, frente estrecha, ptosis palpebral. Electroencefalograma normal. Ante retardo global en neurodesarrollo, dismorfias: se realiza cariotipo. **Evolución:** El análisis citogenético con bandas G, mostró en ambos casos un cariotipo masculino aneuploide 47,XXY con un cromosoma X extra. Paciente 1: Tratamiento desde los 2 años, con risperidona, piracetam y atomoxetina. Paciente 2: Tratamiento con metilfenidato. **Conclusión(es):** Es importante considerar esta condición dentro del abordaje diagnóstico de los pacientes pediátricos con trastornos del neurodesarrollo, especialmente donde existe una mayor conciencia sobre este grupo de enfermedades, así como un número creciente de embarazos con edad materna de riesgo.

65. ATENCIÓN INTEGRAL EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: CASO CLÍNICO DE ÉXITO EN MANEJO TRANSNACIONAL CON ENFOQUE HUMANITARIO.

Gabriel Pérez Esparza, Ana Laura Juárez Carrera, Amellali García Rodríguez, Miguel Varela Cardoso, Universidad Veracruzana Facultad de Medicina Ciudad Mendoza | zS18003552@estudiantes.uv.mx

Introducción: Se utiliza el enfoque de Donabedian para evaluar la atención en pacientes oncológicos, requiriendo un análisis detallado de datos para comparar Estados Unidos y México. Este enfoque, junto con las contribuciones de Aguirre Gas, ofrece una perspectiva integral para mejorar la atención médica. La complejidad de la oncología pediátrica y la vulnerabilidad de los pacientes plantean desafíos en la entrega de atención de calidad. Se destaca la importancia de una atención integral, interdisciplinaria y centrada en el paciente para abordar estos desafíos. **Descripción del caso:** Escolar de 6 años, con infoma no Hodgkin etapa IV en un hospital de Veracruz, México. Tratado con quimioterapia convencional, desarrolla complicaciones graves. Viaja a EE. UU, hospitalizado en California debido a una posible leucemia linfoblástica aguda. Recibe terapia nutricional y apoyo emocional, en contraste con la atención en México. Responde favorablemente y logra remisión completa después de 30 meses de tratamiento mixto ambulatorio y hospitalario. **Evolución:** Diagnosticado con Linfoma no Hodgkin etapa IV, tratado con una combinación convencional de metotrexato, daunorubicina, mercaptopurina, vincristina, L-asparaginasa, citarabina, ciclofosfamida, hidroxiurea y prednisona. Desarrolla complicaciones graves como sepsis, colitis neutropénica y mucositis severa. Es hospitalizado en California. Recibe tratamiento con ajuste de dosis y enfoque multidisciplinario, contrastando con el tratamiento anterior. **Conclusión:** La literatura sugiere un vínculo histológico entre leucemias linfoblásticas agudas y linfomas. En México, se usó un régimen de linfoma y las dosis así como el manejo no integral pudieron haber causado complicaciones. En EE. UU., el enfoque transdisciplinario integral puede haber mejorado la eficiencia y eficacia del tratamiento, destacando la importancia de la calidad de la atención oncológica.

67. CASO CLÍNICO: GLIOMA DE TALLO EN FEMENINO 13 AÑOS DEBUTANTE CON SÍNDROME DE MOTONEURONA SUPERIOR Y CEREBELOSO.

Nelly Guadalupe Ramírez Martínez, Residente de Tercer año de Pediatría | Clara Luz Ramírez González, Servicio de Neurología Pediátrica, Residente de segundo año, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Antonio Bravo Oro, Jefe del servicio de Neurología Pediátrica, Profesor titular de la especialidad de Pediatría, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, Yadira Guadalupe Sanchez Moreno, Servicio de Oncología Pediátrica, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí. | nellie.rmz@gmail.com

Introducción: Los tumores del SNC son los tumores sólidos infantiles más frecuentes; en pacientes de 0 a 14 años son la segunda causa de cáncer infantil y la tercera en adolescentes de 15 a 19 años. En pacientes pediátricos los gliomas de alto grado tienen una incidencia de 0,8 por cada 100.000 niños/año. Se desarrollan en cualquier parte del SNC, afectan mayormente la protuberancia y el tálamo que los vuelve de difícil acceso resultando en un pronóstico desalentador. Incidencia máxima entre los 4 y 7 años al momento del diagnóstico. La terapia estándar en estos tumores sigue siendo la radioterapia focal y la quimioterapia adyuvante. **Descripción del caso:** Adolescente que ingresa por hemiparesia izquierda de un año de evolución y parálisis facial. Exploración Física: Glasgow 15 puntos, cara asimétrica con descenso de la comisura labial izquierda, desviación de úvula a la derecha, atrofia lingual izquierda leve, prueba de Barré positiva izquierda. En hemicuerpo izquierdo: hipotrofia, tono Ashworth 1, reflejos ++++/++++, Babinski positivo, Oppenheimer positivo, disdiadococinesia, dismetría, marcha hemiparética izquierda con postura distónica leve, extremidad inferior izquierda con disminución de la temperatura, coloración marmórea. **Evolución:** RM cráneo contrastada: lesión heterogénea a nivel del tallo cerebral de 43.2/ 34.8/30.9 mm elevación de pico de colina, lactato y lípido, que compromete el puente y mesencéfalo e hidrocefalia. **Conclusión(es):** Esta paciente sale del rango de edad reportada para esta clase de tumores, evidenciamos lo florido de la presentación clínica que atiende a la localización haciéndonos sospechar de una entidad oncológica de SNC. Las nuevas consideraciones para la clasificación de los tumores cerebrales basadas en marcadores moleculares abre un panorama a terapias dirigidas clave para alcanzar el control tumoral a largo plazo en pacientes pediátricos.

66. FUSARIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA (LLA) EN RECAÍDA.

Marely Elizabeth Guemes Hernández¹, Anelena González Reynoso², Pablo González Montalvo³, Adolfo Gonzalo Palma Chan⁴, Carlos Atoche Diéguez⁵

¹Departamento de Pediatría, R3, ²Infectóloga Pediátrica, ³Departamento de Oncología Pediatría, Médico Adscrito, ⁴Departamento de Pediatría, Profesor Titular, Hospital General Agustín Ohorán, ⁵Médico Adscrito, Centro Dermatológico de Yucatán-Mérida, Yucatán. marelyguemes23@gmail.com

Introducción: El género *Fusarium* es un grupo de hongos filamentosos distribuidos en el medio; infectan plantas, animales y humanos principalmente inmunocomprometidos, se asocia en un 87% a neoplasias hematológicas, con alta mortalidad. **Descripción del caso:** Masculino de 7 años originario de Belice, diagnóstico de LLA en noviembre 2020; completó esquema de quimioterapia. En enero 2024 inició astenia, adinamia y dolor óseo; se confirmó recaída hematológica. Inició quimioterapia de reinducción evolucionando con neutropenia febril, persistiendo a pesar de antimicrobiano. Cursó con tos, dificultad respiratoria y lesiones eritematosas, redondeadas, diseminadas. Cuarto espacio interdigital doloroso, aspecto macerado con tejido necrosado. **Evolución:** Radiografía con proceso neumónico atípico; TAC de toracoabdominal con patrón micronodular, crecimientos ganglionares e imagen en vidrio deslustrado; hepatoesplenomegalia con imágenes hipodensas. Galactomanano sérico negativo. Sin respuesta a equinocandina ni azol, se progresó a polieno. Biopsia de pie para estudio micológico: crecimiento de colonia algodonosa de coloración blanquecina; al estudio directo filamentosos hialinos tabicados; macroconidios semilunares. Dx de fusariosis diseminada. Mejoría respiratoria, persiste febril, se repiten hemocultivos y se documentó infección de torrente sanguíneo por *K. pneumoniae*, asociada a catéter venoso central. El paciente continúa hospitalizado con mejoría clínica y hematología. **Discusión / Conclusión:** En los pacientes con neoplasia hematológica, se debe sospechar infección fúngica invasiva cuando con tratamiento antimicrobiano amplio, persista la neutropenia febril. La toma de hemocultivos y biopsia de lesiones son herramientas imprescindibles para un diagnóstico certero. Las infecciones por el género *Fusarium* resultan difíciles de tratar y confieren alta mortalidad; siendo esencial para el pronóstico uso temprano de antifúngicos y recuperación hematológica.

68. EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y CALORÍAS EN LOS REFRIGERIOS EN LA ESCUELA PRIMARIA EN SAN SEBASTIÁNITO.

Katherine Sarai Jimenez Gomez, Estudiante, Mariangelica Gomez Penilla, Estudiante, | Atziri Juana Maria Orozco Sánchez, Estudiante, Karina Ortiz León, Estudiante, Johanna Lizbeth Tepepa Muñoz, Estudiante, Universidad de Guadalajara, Jalisco | katherinejimenez527r@alumnos.udg.mx

Introducción: Esta investigación busca analizar el contenido calórico de los refrigerios escolares de casa y los consumidos en la escuela para evaluar la calidad de los alimentos y su impacto en la salud de los niños. **Objetivo(s):** Relacionar el análisis del IMC con relación al refrigerio escolar de los niños de 3er grado, turno vespertino de la escuela Héroes de la Patria ubicada en San Sebastianito en el mes de febrero del 2024 **Material(es) y Método(s):** Los sujetos de estudio se concentran en 30 infantes de 8 a 9 años. Se realizó una intervención, en donde se solicitó por medio de un consentimiento informado, así como un asentimiento informado para los posibles participantes en la evaluación antropométrica en donde se aplicaron pliegues cutáneos bicipital y tripital así como peso, talla, también para la obtención del índice cintura cadera (ICC) y el índice cintura talla (ICT). **Resultado(s):** Se encontró que existe una mayor prevalencia de desnutrición en el sexo femenino independientemente de donde haya sido adquirido el refrigerio, el sobrepeso fue característico de ambos sexos para los que llevaron refrigerio desde casa, los resultados del IMC de los cuales el 43.3 % son población con normopeso el 23.3 % presentan sobrepeso, el 13.3 % de la población presenta obesidad y el 20 % presenta desnutrición. **Conclusión(es):** La composición corporal de los niños en relación al refrigerio escolar consta de la elección de alimentos para ser consumidos y la relación que existe en la salud de los menores de acuerdo a los porcentajes evaluados podemos concluir que el IMC de los niños con relación al refrigerio escolar nos da resultados de un normopeso en el 43.3% de la población, 23.3% con sobrepeso, 20% desnutrición y 13.3% con obesidad.

69. EVALUACIÓN DE RIESGO NUTRICIONAL POR STAMP EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE ACUERDO A TIPO DE CARDIOPATÍA CONGÉNITA.

Juan Carlos Barrera de León, División de Salud, Centro Universitario de los Valles, Universidad de Guadalajara, Jalisco. | Lisset del Carmen López Segovia, UMAE Hospital de Pediatría CMO IMSS Guadalajara, Jalisco | José de Jesús Vargas Lares, UMAE Hospital de Pediatría CMO IMSS Guadalajara, Jalisco | jcbarrer@hotmail.com

Introducción: Los pacientes con cardiopatías congénitas son considerados de alto riesgo nutricional por alteración en metabolismo de patología de base y factores extracardíacos, STAMP es la única herramienta validada en nuestro país en población pediátrica para tamizaje nutricional. **Objetivo(s):** Evaluar riesgo nutricional por tamizaje STAMP en pacientes pediátricos de acuerdo al tipo de cardiopatía congénita. **Material(es) y Método(s):** Estudio transversal analítico en 2023 en hospital pediátrico de referencia. Estado nutricional determinado por puntuaciones Z basadas en estándares de crecimiento infantil de la OMS 2006/CDC 2000. Se realizó cuestionario STAMP (Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics) para establecer riesgo nutricional. Estadística inferencial con Chi cuadrada y U de Mann Whitney. Coeficiente de correlación de Spearman. Paquete estadístico SPSS V25[®]. Registro de R-2023-1302-093 **Resultado(s):** Se incluyeron 113 pacientes, masculinos n=57 (50.4%) y femeninos n=56 (49.6%). Grupo etario más frecuente los lactantes n=47 (45%). Afectación del estado nutricional aguda o crónica n=50 (44.3%). Las cardiopatías congénitas cianógenas tuvieron mayor afectación en peso, talla, circunferencia media de brazo e índices talla/edad, CMB/edad. Se establecieron dos grupos de riesgo nutricional por STAMP: intermedio n=74 (65.5%) y elevado n=39 (34.5%). La mayor afectación en los parámetros antropométricos se asoció con riesgo elevado por STAMP p=0.000. El tipo de cardiopatía congénita no estuvo asociado con mayor incremento de riesgo nutricional por STAMP (p=0.76). No hubo correlación de puntaje STAMP con parámetros bioquímicos. **Conclusión(es):** Los pacientes con afectaciones cardíacas congénitas tendrán per se un riesgo intermedio por STAMP. El tipo de cardiopatía congénita no está relacionado con un mayor incremento de riesgo nutricional por STAMP.

71. FÍSTULA PLEUROPERITONEAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA. REPORTE DE UN CASO.

María Fernanda Oviedo Chávez, Servicio de Pediatría, R3, Hospital de Especialidades UMAE 25, Monterrey, México. | Cristina Fernanda Mora Turrubiate, Servicio de Pediatría, R3, Hospital de Especialidades UMAE 25, Monterrey, México. | Luis Adolfo Montalvo Verber, Servicio de Nefrología, R3, Hospital de Especialidades UMAE 25, Monterrey, Nuevo León | María Dolores Camargo Muñiz, Servicio de Nefrología Pediátrica, Médico adscrito, Hospital de Especialidades UMAE 25, Monterrey, México | fersi.ov8@gmail.com

Introducción: La fístula pleuroperitoneal es una complicación poco frecuente en pacientes con diálisis peritoneal (DP). Con incidencia del 1.6-10% de los pacientes en DP y el 3% en pacientes pediátricos¹, debidas a la comunicación directa entre pleura y peritoneo por rotura de la barrera diafragmática. En los defectos adquiridos, el paso de líquido es unidireccional y en los congénitos, es bidireccional. **Descripción del caso:** Masculino de 12 años con antecedente de síndrome nefrótico a los 11 meses y enfermedad renal crónica G5 en terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal automatizada (DPA) a los 11 años. Inicia con sangrado a nivel de catéter de DP con hospitalización para manejo de peritonitis, agregándose tos productiva con estrías de sangre y dolor torácico durante diálisis peritoneal por edema pulmonar. A su ingreso asintomático y a la exploración física presentaba a la auscultación disminución de murmullo vesicular en hemitórax derecho. Se ajustó terapia de DPA, sin embargo, en controles radiográficos se evidenció derrame pleural crónico, por lo que se sospechó de fístula pleuroperitoneal. **Evolución:** Citoquímico de líquido peritoneal con reporte de glucosa de 1040 mg/dl. Gammagrama con Tc-DTPA (99mTc) observándose en imagen de 24 horas aumento difuso de la captación en hemitórax derecho. Retiro catéter tenckhoff y colocación de catéter temporal para inicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. Actualmente con terapia de reemplazo renal con hemodiálisis en protocolo de trasplante renal. **Conclusión(es):** Al ser una complicación poco frecuente debe sospecharse aún sin sintomatología, ya que el diagnóstico precisa de pruebas de imagen y análisis bioquímico del líquido pleural. La fístula pleuroperitoneal se confirma mediante gammagrafía por paso del isótopo radiactivo desde cavidad abdominal hacia cavidad pleural y su tratamiento se basa en el «descanso peritoneal», optando por pleurodesis o cirugía, sin obtener buenos resultados pasando a hemodiálisis definitiva.

70. REZAGO EN LA CONSEJERÍA Y DIAGNÓSTICO GENÉTICO EN MÉXICO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ALPORT.

Mayra Daniela Banda Villeda, Residente de Pediatría, HP CMNO, Jalisco | Soledad Zarate Ramirez, Yuridia Lissette Plascencia Gamboa, | Brenda Guadalupe Becerra Trejo, | Daisy Carolina González Hermsillo, | Odette Esmeralda Rodríguez Gómez, | Andrea Carolina Rodríguez Saldaña, | Ana Cecilia Morales Lara, | José Efrén Ortiz González, | Araceli Gabriela López Valencia, | mayrbanda95@gmail.com

Introducción: El síndrome de Alport (SA) es un trastorno genético cuyo patrón de herencia puede ser ligado al cromosoma X (siendo éste el más frecuente), autosómico dominante o autosómico recesivo. Se caracteriza por afectar las membranas basales por alteración en las proteínas estructurales del colágeno tipo IV. Los genes involucrados son COL4A3, COL4A4 y COL4A5. Las manifestaciones clínicas son variables y heterogeneas; el rango de alteración a nivel renal va desde microhematuria hasta proteinuria significativa que evoluciona a enfermedad renal crónica. **Objetivo(s):** Determinar el impacto de la consejería genética en las enfermedades hereditarias. **Descripción del caso:** Masculino de 17 años. Antecedentes: abuela y 3 tías maternas finadas por complicaciones de enfermedad renal crónica a una edad media de 59 años; varones de línea materna con diagnóstico de enfermedad renal crónica, uno de ellos con sospecha de Síndrome de Alport por la presencia de alteraciones audiovisuales. Madre cuenta con diagnóstico reciente de síndrome nefrítico, se concluye es la portadora de la enfermedad en cuestión. **Evolución:** El paciente fue diagnosticado en 2009 con síndrome nefrítico corticorresistente, se realizaron múltiples biopsias renales: en 2011 se reportó glomerulopatía de cambios mínimos, en 2013 se encontró esclerosis focal y segmentaria; en 2018 se observó adelgazamiento de la membrana basal glomerular sin depósitos de complemento. Mediante estudio genético se diagnosticó Síndrome de Alport ligado al X gen COL4A5 en 2018. Inició con terapia de sustitución renal mediante diálisis peritoneal. Fue receptor de trasplante renal de donador cadavérico en el 2023, mismo año en que presenta hipoacusia sensorial bilateral. **Conclusión(es):** Es primordial la detección temprana de enfermedad renal crónica en pacientes pediátricos incorporando la consejería genética y pruebas de laboratorio específicas para diagnosticar enfermedades de transmisión hereditaria y encaminar la terapia a mejorar la calidad de vida del paciente.

72. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MORTALIDAD DE RN CON PESO AL NACER ≤ 1500G. LÍMITES DE VIABILIDAD.

Mauricio Zapata Rendón, Servicio de pediatría, R3, Ma. Cristina González Amaro, Servicio de pediatría, director clínico, médico adscrito, Ma. Del Pilar Fonseca Leal, Director metodológico, maestría en ciencias en investigación clínica, Manuel Arnoldo Casillas Tapia, Servicio de pediatría, R2, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", SLP, SLP. | mr_zliffe@hotmail.com

Introducción: Se ha establecido la muerte de menores de 5 años por complicaciones del parto pretérmino. El conocimiento de los factores disminuiría su mortalidad. **Objetivo(s):** Evaluar factores maternos y neonatales asociados a la mortalidad en neonatos con peso ≤ 1500 g en un Hospital de tercer nivel. Conocer el límite de viabilidad en la población estudiada. **Material(es) y Método(s):** Estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron 223 expedientes de neonatos con peso ≤ 1500 g nacidos en Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, del 01 Marzo 2019 al 01 Marzo 2022. Excluyendo expedientes incompletos y neonatos con algún tipo de malformación o sospecha de enfermedad genética. **Resultado(s):** Se seleccionaron 158 expedientes que cumplieron los criterios de inclusión. 121 egresaron vivos con RIQ 450-1500gr; 37 egresados muertos con RIQ 490-1480g. OR 1.0 [1,1.01] (p 0.001). La puntuación Apgar al minuto de los reportados vivos y los muertos tuvieron en promedio 7 y 6 puntos respectivamente, OR 1.5 [1.19,1.81] (p < 0.001). Requiritieron aminas 20 de los 37 fallecidos (54%) y 20 de los 121 (16%) de los vivos, OR 0.173 [0.07, 0.38] (p < 0.001). En promedio la edad gestacional en semanas fue de 29.8 +/- 2.4 con SD de 3.8 y RIQ 25-38.4, OR 1.52 [1.25, 1.84] (p0.001). La vía de resolución del embarazo, administración de esteroides prenatales, comorbilidades maternas y maniobras avanzadas de reanimación fueron no significativas en la muestra estudiada. La viabilidad la encontramos a las 27 semanas de gestación, sobrevida del 75%. **Conclusión(es):** El peso al nacer es un factor asociado a la mortalidad. La capacitación y equipo adecuado en la reanimación disminuiría los riesgos. La estabilidad hemodinámica varía según la gravedad del neonato por ende inmodificable. El límite de viabilidad en nuestro hospital es igual desde 2018, pero se modificó el área gris que ahora abarca desde 25-26 semanas de gestación.

73. COMPLEJO ESCLEROSIS TUBEROSA CON PRESENTACIÓN NEUROLÓGICA. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Cesar Augusto Flamenco Antonio, Servicio de Pediatría. R3. Residente de Medicina familiar, Leslye Alejandra Zárate Fuentes, Servicio de Pediatría. R2. Residente de Medicina familiar, Dulce Marisol Mises Geronim, Pediatría, Médico de base, Adriana Salas Herrera, Pediatría, Médico de base, Ernesto Cortes Ramos, Pediatría, Médico de base, Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. sezarublack@gmail.com

Introducción: El complejo de esclerosis tuberosa es una patología autosómica dominante, los genes causantes TSC1 (9q34.13) y TSC2 (16p13.3) codifican a las proteínas hamartina y tuberina. La identificación de una variante patogénica en TSC1 o TSC2 de acuerdo con las guías de diagnóstico actuales, es un criterio diagnóstico absoluto, además de que el genotipo puede orientar al pronóstico clínico del paciente, dado que la mayoría de las veces los individuos con alteraciones en TSC2 muestran un compromiso neurológico más grave y de presentación más temprana, en comparación con los que poseen variantes patogénicas en TSC1. Las crisis epilépticas son manifestaciones comunes y constituyen el principal problema terapéutico. **Descripción del caso:** Masculino de 11 años de edad, tiene antecedente de madre y hermana con diagnóstico de complejo esclerosis tuberosa. Cursa con epilepsia generalizada desde los 9 años de edad, en tratamiento con lamotrigina. A la exploración física se observan 7 angiofibromas faciales, 4 manchas hipomelanóticas, placa Shagreen en región axilar izquierda, manchas cutáneas tipo confeti. **Evolución:** Electroencefalograma: anormal con presencia de paroxismos de ondas agudas generalizadas Tomografía de cráneo: Se observan nódulos subependimarios de 3x3mm y desviación septal izquierda no contactante (Imagen 3 y 4). Tratamientos (Médico/Quirúrgico): Neurología quien ajustó manejo antiepiléptico con: Levetiracetam tab 500 mg cada 12 horas, lamotrigina 100mg cada 12 horas. **Conclusión(es):** Los pacientes con diagnóstico de complejo esclerosis frecuentemente presentan clínica de crisis convulsivas y aunque las convulsiones no forman parte de los criterios diagnósticos, las características fenotípicas hace sospechar el diagnóstico de esclerosis tuberosa. Es importante hacer el diagnóstico oportuno para el adecuado control de las crisis convulsivas, el cual favorece el desarrollo neurocognitivo y la calidad de vida.

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

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

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

74. EVOLUCIÓN DE UN GLIOBLASTOMA MULTIFORME EN MÉDULA ESPINAL CON INFILTRACIÓN A SNC EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Emily Gabriela Aguirre Hererra¹, Carla Renata Bruni Guerrero¹, Ekaterina Sánchez Romero¹, Mariana Plascencia Garza², Elsa Ivette Garza Hinojosa.³

¹Residente de tercer año, ²Estudiante de 10 semestre, Universidad de Monterrey, ³Pediatría, Neonatología. Hospital Regional ISSSTE Monterrey, Monterrey, Nuevo León | dra.natabruni@gmail.com

Introducción: Los tumores del SNC constituyen la segunda causa de neoplasias en la edad pediátrica, con alta mortalidad. En niños del 0.5 a 2%, de ellos 14.6% son del tipo GM, considerada como una neoplasia agresiva con pronóstico malo para la vida. Los tumores de la médula espinal son infrecuentes, menores al 1% de los tumores del SNC. En niños representan un 35%, siendo gliomas de bajo grado los más comunes y 1-3% de alto grado. **Descripción del caso:** Masculino de 7 años, acude por masa dolorosa en región lumbar. Debuta con paraparesia en miembros inferiores, incapacidad en la marcha hasta paraplejía, lumbalgia y pérdida de control de esfínteres. Diagnóstico histopatológico de GM. A la exploración hipostesia en dermatoma T12, ROTS abolidos. **Evolución:** Inmunofenotipo compatible de GM de índice proliferativo alto, inmunohistoquímica P53, EMA, Ki67 positiva RM con masa de 8.3 cm, extensión T8- L2. Quimioterapia con vincristina, carboplatino y etopósido por 2 ciclos y RT 10 ciclos, datos de hipertensión intracraneal asociado a compresión medular; amaurosis bilateral al tercer mes, hasta defunción. **Conclusión:** El GM su diseminación se relaciona a edad, Ki-67 aumentado, grado histológico, anaplasia celular e inmunosupresión. La diseminación intracraneal puede producirse en el espacio subaracnoideo de la médula espinal a través del LCR, como en este caso. La resección quirúrgica seguida de radioterapia y quimioterapia adyuvante concomitante es el tratamiento de elección. En este caso el manejo quirúrgico tendría complicaciones por el tamaño y la gran infiltración que presentaba, limitándose a biopsia o resección subtotal en este caso. El GM es una neoplasia infrecuente en pediatría con evolución desfavorable, la resección completa no ha demostrado que modifique evolución con riesgo de secuelas neurológicas permanentes a pesar terapia multimodal.

76. HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS ¿UNA ENTIDAD RARA CON SÍNTOMAS COMUNES?

Martina Nava Maldonado, residente de pediatría del IMSS HGR#1 Vicente Guerrero | martinanava97@gmail.com

Introducción: La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es un tipo de neoplasia hematológica de origen mielóide, que puede afectar a diferentes órganos o tejidos, con gran variabilidad en la presentación. **Descripción del caso:** Femenina de 14 meses, originaria de Guerrero, padres jóvenes, sanos. Niegan enfermedades hemato-oncológicas en familiares de primera y segunda línea. Inmunizaciones completas. Inició en marzo 2023 con anemia, fiebre, infecciones urinarias. Se diagnóstica anemia hemolítica no autoinmune recibió tratamiento con esteroide, inmunoglobulina y transfusión de concentrado eritrocitario. **Evolución:** Durante su evolución presenta hepatoesplenomegalia, se descarta leucemia en AMO, serie ósea metastásica con lesiones osteolíticas en cráneo. Se diagnóstica inicialmente posible anemia desieritropoyética congénita tipo II. Un mes después de su ingreso, se realiza serie ósea metastásica encontrando compromiso lítico a nivel de columna. USG doppler con incremento de hepatoesplenomegalia y ahora, con trombosis portal y mesentérica superior. Gammagrama hepatoesplénico con hipersplenismo. TAC reporta conglomerados ganglionares en cuello, tórax y abdomen. Biopsia de ganglio cervical derecho en septiembre 2023 con diagnóstico histopatológico de histiocitosis de células de Langerhans. Finalmente se diagnóstica con HCL grupo de riesgo L1, con afectación a órganos de riesgo. En tratamiento con protocolo LCH (Langerhans Cell Histiocytosis) III de la Sociedad Internacional de Histiocitosis. **Conclusión(es):** La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco común, cuyo pronóstico y resultado están determinados por el diagnóstico temprano y el consecuente tratamiento oportuno. Hacemos énfasis en la importancia de realizar un enfoque completo en todo paciente con HCL, se recomienda realizar diversas pruebas clínicas, analíticas y de imagen, para determinar la extensión de la afectación, puede ser única o multisistémica, y la presencia o no de disfunción en órganos de riesgo. El diagnóstico se debe confirmar mediante biopsia y estudio histológico.

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

Ian Marco Luciano Martínez Mosqueda¹, Janette Arévalo Vazquez², Jorge Alberto Suarez Carrasco², Denisse Lopez Torres³, Ana Laura Angel Armenta³, Uriel Enrique Ramirez Camacho.³

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

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

79. QUISTE FOLICULAR EN UN RECIÉN NACIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jhon Jairo Guerrero Figueroa, UCIN, Médico, Clínica Medical Duarte, Richard Daniel Claro Ceballos, UCIN, Neonatologo, Clínica Medical Duarte, Angie Gabriela Mendoza, | richardclaroc@gmail.com

Introducción: Las masas quísticas ováricas en recién nacidos hacen parte de un espectro de tumores que pueden estar a nivel intra abdominal, con manifestación pélvica o no, diagnosticadas pre o postnatalmente, a través de un ultrasonograma. Gran parte son benignas y tienen excelente pronóstico. La ecografía prenatal y postnatal es el estudio con mayor sensibilidad para la expresión de las características que pueden hacer dilucidar la etiología. Los quistes de ovario se presentan en 1/500-1.000 nacido vivos, representando el 75% de las lesiones quísticas abdominales. En este caso presentamos una lesión quística de 7x8cm, requiriendo exeresis quirúrgica total. **Descripción del caso:** Recién nacido femenino, 2 días de vida, producto de madre de 21 años, primigestante, obtenido a término, 37 semanas, cesárea, diagnóstico ecográfico prenatal de tumor quístico intra abdominal, buen peso y talla encontrándose asintomática. **Evolución:** se realiza laparotomía infraumbilical transversa, hallazgo: masa quística dependiente de ovario izquierdo de 9x10cm, adherencias a trompa y pedículo vascular propio. Se realiza exeresis completa de tumor ovárico izquierdo más ooforectomía ipsilateral. **Conclusión(es):** Bulfamonte reportó el primer caso de quiste ovarico tratados con éxito durante el período neonatal. La etiología de un quiste ovárico fetal no ha sido totalmente aclarada. Recién nacido con masa abdominal, detectada prenatal o postnatal, debemos pensar en diferentes diagnósticos; la ultrasonografía se convierte en la mejor herramienta diagnóstica. Por ser operador dependiente, y por tanto parámetros claros como el tamaño de la lesión, punto clave en el manejo para muchos autores, no puede ser una frontera del manejo conservador y quirúrgico. La clínica y alta sospecha de posibles complicaciones son de mayor ayuda para la toma de decisión quirúrgica.

78. SÍNDROME DE DELECIÓN TERMINAL DEL BRAZO LARGO DEL CROMOSOMA 18: REPORTE DE CASO.

Álvaro Raziel González Alvarado, Alexis Elias Jimenez Alaniz, Miguel Varela Miguel, Facultad de Medicina, Catedrático, Universidad Veracruzana, Camerino Z. Mendoza, Veracruz. | dr.alvaro.ga@gmail.com

Introducción: El síndrome de delección 18q o de Grouchy, descrito por primera vez por el genetista francés Jean de Grouchy en 1964 como una aberración cromosómica de fenotipo diverso que causa deleciones en la región terminal del cromosoma con puntos de ruptura entre 18q11 y 18q23. En México se ha reportado solo un caso por Gaviño et al. en Quintana Roo. **Descripción del caso:** Femenina de 11 años, nacida por cesárea sin complicaciones. Peso al nacer entre percentil 3-10 y talla debajo del percentil 3, IMC:14. Hipotonía muscular y displasia congénita de cadera al nacimiento. Síndrome de Grouchy diagnosticado al año de vida por sospecha clínica de cromosopatía y confirmación por hallazgo en cariotipo. Dificultad del habla y aprendizaje, retraso en el desarrollo, atresia auricular congénita izquierda. Menarca, telarca y pubarca a los 11 años. Alteración anatómica en labios menores (aumentados de tamaño), sin riesgo patológico. **Evolución:** Tamiz metabólico ampliado normal, audiometría con hipoacusia media izquierda y cariotipo con hallazgo de del (18)(q21.3) Tratada con 8 aplicaciones de GH 10mg/dl/día cada tercer día y 10 aplicaciones de 5mg/dl/6 días por semana a partir de los 11 años. **Conclusión(es):** Fenotipo variable con penetrancia de los genes diferente en cada región. Fenotipo abarca retraso en el desarrollo y paladar hendido, relacionados con la delección 18q22.2q23. Pronóstico relativamente bueno, aunque se sigue estudiando las relaciones precisas entre el fenotipo y los genes en el sitio de delección. La detección temprana de los síntomas y su manejo adecuado, independientemente de la penetrancia, mejora la calidad de vida de la paciente, sobre todo en las manifestaciones neurológicas como retraso del desarrollo y dificultad en el aprendizaje.

80. MALFORMACIONES CONGÉNITAS ASOCIADAS A USO DE MISOPROSTOL DURANTE PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO.

Adriana Elizabeth Robles del Muro, Pediatría, médico residente, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México | adriana.liz1697@gmail.com

Introducción: Las malformaciones congénitas secundarias al uso de misoprostol en el embarazo es un problema de salud pública ya que se ha visto relación en el aumento de la morbilidad materna y el riesgo de malformaciones congénitas que son mortales para el producto. Se observan desde alteraciones en el sistema nervioso central, defectos cardíacos, secuencia de Moebius, defectos de pared abdominal y defectos en extremidades. **Descripción del caso:** Femenino de término de 37 semanas de gestación. Nacimiento vía cesárea secundario a polihidramnios severo, paciente cianótico, sin tono, sin esfuerzo respiratorio, con frecuencia cardíaca de 60 latidos por minuto. Inician maniobras de reanimación sin mejoría de frecuencia cardíaca, inicia presión positiva inspiratoria con mascarilla sin conseguir mejoría de frecuencia cardíaca y esfuerzo respiratorio, por lo que se decide manejo avanzado de la vía aérea e ingreso a unidad de cuidados intensivos neonatales. Se encuentra paciente con múltiples malformaciones, cráneo normocéfalo con fontanela anterior y posterior amplia, así como, diástasis de suturas, micrognatia, implantación baja de pabellones auriculares, paladar ojival, cuello corto y alado, diplejía facial, facie inexpressiva, abdomen con escasa peristalsis, extremidad superior izquierda y ambas extremidades inferiores con focomelia, resto sin alteraciones aparentes. Paciente fallece a los 6 días de vida secundario a complicaciones a nivel respiratorio. **Evolución:** Paciente fallece a los 6 días de vida secundario a complicaciones a nivel respiratorio. **Conclusión(es):** La incidencia en México de malformaciones congénitas secundarias al uso de misoprostol en el primer trimestre del embarazo es baja ya que no existe un adecuado registro de casos. Los casos reportados se han descrito como mortales si el embarazo llega a término y también afecta a la madre en su entorno físico y emocional.

81. ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS Y DE ANEXOS MÁS FRECUENTES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN, HOSPITAL PARA EL NIÑO IMIEM.

Lorena González Hernández, Residente de neonatología, Hospital de Ginecología y Obstetricia, IMIEM, México | Lautaro Plaza Benhumea, IIdr. en Ciencias, médico adscrito al departamento de Genética Hospital para el Niño, IMIEM, Toluca, México | Liliana Maribel Zúñiga Rojas, IIEspecialista en oftalmología pediátrica, médico adscrito al departamento de Oftalmología Hospital para el Niño, IMIEM, Toluca, México | loreghdez@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Down es la alteración cromosómica más frecuente en todo el mundo. En México se estima una prevalencia de 1 en 650 recién nacidos vivos. El fenotipo clásico incluye anomalías oculares en el 60%. Este estudio describe alteraciones oftalmológicas y de anexos más frecuentes, en pacientes con síndrome de Down, en una cohorte pediátrica de un hospital de tercer nivel. **Objetivo(s):** Identificar cuáles son las alteraciones oftalmológicas y de anexos más frecuentes en pacientes con Síndrome de Down. **Material(es) y Método(s):** Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se revisaron expedientes de pacientes con síndrome de Down con al menos 1 valoración por oftalmología pediátrica del 2015 al 2022. Se analizaron variables demográficas, errores y grados de refracción, trastornos de alineación ocular, dacriostenosis, dacriocistitis, catarata, queratocono, ectropión y alteraciones en retina. **Resultado(s):** Se analizaron 138 pacientes, siendo 60 mujeres (43.5%) y 78 hombres, (56.5%). El grupo etario con mayor frecuencia fueron los lactantes (62.3%). Errores de refracción: la combinación más frecuente fue miopía con astigmatismo (27.5%) y la hipermetropía leve (43.47%). El trastorno de alineación ocular más común fue el estrabismo (50.75%). Las 3 patologías con mayor prevalencia fueron: errores de refracción (23.4%), dacriostenosis (13.4%) y nistagmo (7.3%). El tipo de catarata más observada fue la congénita (36.36%). La alteración en retina más reportada fue la maculopatía miópica (1%). **Conclusión(es):** Los resultados en esta población son similares a lo reportado en la literatura. Se requieren estrategias para mejorar la valoración oftalmológica de primera vez y de seguimiento, con la finalidad de optimizar desarrollo visual, que conlleva a un mejor desarrollo neurológico, permitiendo una mejor interacción con su entorno, mejorando su calidad de vida y aprendizaje.

83. CEREBELITIS AGUDA EN EDAD PEDIÁTRICA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Maria Fernanda Brito Jimenez, Pediatría, residente 3er año, Itzhel Fernanda Leon Flores, Pediatría, residente 3er año, Denise Paulina Luzuriaga Sandoval, Pediatría, Médico Adscrito a UCIP y profesor adjunto de residentes de Pediatría, Luz María Hernandez Aguilar, Pediatría, Médico Adscrito y Profesor Titular de Residentes de Pediatría. Hospital Regional ISSSTE, Puebla. fer.brit.105@gmail.com

Introducción: La cerebelitis aguda es un síndrome inflamatorio que da lugar a una disfunción cerebelosa aguda. Ocurre como trastorno infeccioso, post infeccioso o post vacunación. La RM cerebral es la prueba diagnóstica de elección. Su incidencia es desconocida. Son escasas las publicaciones que hablan de la patogenia de esta entidad, pero los datos disponibles indican un proceso edematoso, de mecanismo autoinmune, con infiltración linfocítica y eosinofílica. Los corticoides son la primera línea de tratamiento. **Descripción del caso:** Masculino de 14 años con antecedente de meduloblastoma de fosa posterior en diciembre 2022, realizando resección de masa y colocación de VDVP en el mismo año, recibiendo radioterapia y quimioterapia. Inicia su padecimiento con fiebre de inicio súbito, cuantificada en 38 GC, cefalea holocraneana pulsátil moderada, disartria, bradilalia, afasia y vomito en 2 ocasiones de contenido gastroalimentario. **Evolución:** Se solicita TAC simple de cráneo reportando pseudomeningocele occipital + quiste mucoso izquierdo; se inicia tratamiento con doble esquema antibiótico. A las 24 horas presenta datos de hipertensión intracraneal, se decide manejo avanzado de la vía aérea y medidas de protección neurológica, sin presentar mejoría a pesar de tratamiento y con progresión de deterioro neurológico, se toman 3 cultivos de LCR con reporte negativo. Se realiza RM de cráneo simple y contrastada reportando áreas de encefalomalacia, edema a nivel de puente, ambos hemisferios cerebelosos y pedículos. Se inicia tratamiento con metilprednisolona. Se solicita electroencefalograma con patrón isoelectrico persistente y arreactivo, sin actividad electrográfica, compatible con muerte encefálica. **Conclusión(es):** La CA es una patología infradiagnosticada, clínicamente no presenta signos y síntomas específicos, retrasando su sospecha y tratamiento. Existen pocos estudios acerca de incidencia, etiología y fisiopatología, por eso su importancia de dar a conocer más de estos casos.

82. INFECCIONES RECURRENTES: COMPORTAMIENTO DE UNA NEUTROPENIA CÍCLICA. REPORTE DE CASO.

David Rico Rojas, residente, Gloria Castillo Narváez, Leticia Hernández Nieto, Jaime Mellado Abrego, especialista, César Daniel Alonso Bello, especialista, Élica Berenice Ríos Núñez, residente, Ariadna Palafox Olvera, residente, Edgardo Adrián Puerto Díaz, residente, Carol Vivian Moncayo Coello, especialista. Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica, Hospital Juárez de México, SSA, Ciudad de México, México. | dr.drico91@gmail.com

Introducción: La neutropenia cíclica es una condición hematológica poco frecuente caracterizada por fluctuaciones en el conteo total de neutrófilos, conduciendo a estados de depleción que ameritan monitorización cada 21 días para concluir su diagnóstico. Aunque sus causas son diversas, la principal se debe a alteraciones en el locus 19q13, de herencia autosómica recesiva, induciendo manifestaciones infecciosas de localizaciones diversas, que, dependiendo de los niveles de neutrófilos, varían su gravedad. **Descripción del caso:** Femenino de 9 años, con dos hospitalizaciones a los 4 años por bicitopenia, síndrome febril y constitutivo en estudio, descartándose proceso oncológico; en marzo de 2019 internamiento, por neumonía adquirida en la comunidad; egresó en todas las ocasiones con neutropenia en protocolo de estudio. Ingresó en septiembre de 2023 a urgencias pediátricas por cuadro febril, émesis y deshidratación moderada, el cual se resolvió con uso de líquidos ajustados a peso y sulfamidas. **Evolución:** se realiza abordaje paraclínico con los siguientes resultados: leucocitos totales, neutrófilos, monocitos, eosinófilos: 12.07.2023: 4380 1310, 180, 70. 28.07.2023: 4750, 1670, 210, 60. 01.08.2023: 4190, 1390, 160, 60. 04.08.2023: 3970, 970, 200, 70. 08.08.2023: 7390, 4600, 310, 60. 15.08.2023: 4580, 1000, 190, 40. Anticuerpos ANA positivos (1:320), células HEP20 con patrón nuclear homogéneo y citoplásmico reticular, ANCA negativos, complemento negativo, plaquetas 250 mil, IgA 157, IgG 1380, IgE 121, IgM 118. Tratamiento con inmunoterapia por diagnóstico de rinitis alérgica. **Conclusión(es):** El caso clínico de una niña de 9 años, con seguimiento por hospitalizaciones frecuentes secundarias a procesos febriles e infecciosos constantes secundarios al diagnóstico de neutropenia cíclica, representa un desafío para el médico, al ser un padecimiento crónico, puede producir complicaciones y secuelas que afecten la calidad de vida del paciente.

84. PSEUCOARTACIÓN DE LA AORTA Y ANEURISMA DE CARÓTIDA INTERNA: REPORTE DE CASO.

Andrea Elena Díaz Moreno, Pediatría, Residente 2do año, Hospital general San Juan del Río, Querétaro | Paulina Ordaz Cáliz, Pediatría, Residente 3er año, Hospital general San Juan del Río, Querétaro | diaz-moreno5@hotmail.com

Introducción: Se presenta caso de paciente masculino de 14 años con dos anomalías vasculares poco frecuentes, sin antecedentes previos; la prevalencia de aneurismas intracraneales en población pediátrica corresponde del 1 al 2% de todos los casos de aneurismas, y la localización más frecuente es la bifurcación de la arteria carótida interna. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 14 años, previo sano presentando cefalea intensa, fiebre y náuseas, sin deterioro neurológico, a la exploración se encuentra soplo holosistólico grado IV. **Evolución:** Se solicita TAC de cráneo observando: masa a nivel de la silla turca, Angioresonancia de encéfalo contrastada: aneurisma sacular en segmento comunicante de arteria carótida interna derecha, con datos de vasoespasmo. Hemorragia subaracnoidea Fischer III. Ecocardiograma: pseudo-coartación aórtica con gradiente máximo de 30 mmHg, insuficiencia aórtica moderada, secundaria a obstrucción de aorta descendente, FEVI 69%, función miocárdica y presión pulmonar normal. Angiotomografía de tórax: pseudo-coartación aórtica del cayado, acodamiento inmediato a la salida de la subclavia izquierda y dilatación distal a la estenosis. Tratamiento: clipado de aneurisma y posteriormente colocación de Stent en pseudoaneurisma. **Conclusión(es):** La pseudo-coartación de aorta es una anomalía congénita, manifestando una elongación tortuosa del segmento distal del cayado aórtico y proximal de la aorta descendente. No suele manifestarse clínicamente y los pacientes se encuentran normotensos con pulsos periféricos conservados. La asociación con otras anomalías cardiovasculares es frecuente, pero no es esperado que coexistan con aneurismas en otra parte del cuerpo. En última instancia, este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano, el manejo multidisciplinario y el seguimiento continuo en el cuidado de pacientes con condiciones médicas complejas y potencialmente graves.

85. REPORTE DE UN CASO: SARCOMA DE EWING PRIMARIO EN MAXILAR INFERIOR CON RECONSTRUCCIÓN FACIAL.

Jessica Estefanie Piste Pool, Residente de tercer año de pediatría | Natalia Negroe Ocampo, Médico Adscrito de Oncología Pediátrica en el Hospital Agustín O'Horan | Karen Fabiola Gonzalez Arjona, Residente de 1er año de Pediatría | jessi_piste@hotmail.com

Introducción: El sarcoma de Ewing es un tumor neuroectodérmico primitivo que pertenece a los tumores catalogados como de células pequeñas, redondas y azules. Estos tumores tienen un pico de incidencia entre los 10-19 años; con sitio primario principal en huesos largos. **Descripción del caso:** Se trata de paciente de 10 años que era previamente sano, quien inicia con aumento de volumen progresivo, a su llegada con presencia de masa que abarca desde parpado inferior hasta maxilar inferior derecha de 15cm x 15cm, dura y modifica facie. **Evolución:** Durante su abordaje se realizó tomografía donde se reportó una gran masa hipodensa relacionada con tejido blando que afecta el espacio para faríngeo con extensión intracraneal, así como espículas óseas lineales; se realizó toma de biopsia con reporte de tumor de células redondas azules se completó diagnóstico con inmunohistoquímica el cual dio CD99+/FLI1+. Se inicia quimioterapia con neoadyuvancia hasta completar 9 cursos con disminución del tumor de un 50% siendo valorado por cirugía maxilofacial y reconstructiva, quienes realizan una reconstrucción facial con resección tumoral con resección de maxilar derecho completo tipo Weber Ferguson con márgenes quirúrgicos del tejido de orbita, hueso y tejido blando sin tumor, con márgenes radiales de tejidos blandos con tumor, posteriormente completando tratamiento con radioterapia en sitio primario y quimioterapia. **Conclusión(es):** Los sarcomas de Ewing son tumores poco frecuentes a nivel de los maxilares y con características clínicas similares con respecto otros sarcomas, de detectarse y realizar un diagnóstico pronto el pronóstico es bueno, en el caso de nuestro paciente tuvo la oportunidad de una reconstrucción facial.

87. ENCEFALITIS AUTOINMUNE, DE LAS MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS A LOS ANTICUERPOS. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS EN PEDIATRÍA.

Esmeralda Rubi Rocha García, Pediatría, residente de segundo año, Hospital General Regional No 6 Cd. Madero, Tamaulipas | Anamaría Gutiérrez Mateos, Neurología Pediátrica, Médico adscrito al departamento de Neurología Pediátrica turno vespertino, Hospital General Regional No 6 Cd. Madero, Tamaulipas | hebeatzressiglos@gmail.com

Introducción: La encefalitis es un proceso inflamatorio del sistema nervioso central, su etiología puede ser infecciosa, metabólica o secundaria a la creación de anticuerpos contra receptores de neurotransmisores o proteínas de la superficie neuronal. La encefalitis autoinmune se manifiesta por compromiso de conciencia, trastornos psiquiátricos, movimientos anormales, trastornos autonómicos o crisis epilépticas. En México no contamos con datos disponibles respecto a este padecimiento en específico. La presentación varía de acuerdo a los anticuerpos identificados. El anticuerpo mayormente identificado es NMDA, principalmente afecta a mujeres jóvenes, progresa a una encefalitis global con disminución de la conciencia, movimientos estereotipados y disfunción vegetativa. En el presente trabajo se describen tres casos de encefalitis autoinmune, describiendo el curso clínico y pronóstico en relación con los anticuerpos identificados por inmunohistoquímica. **Objetivo(s):** Describir las manifestaciones clínicas de pacientes pediátricos con criterios diagnósticos de Encefalitis autoinmune, comparar la evolución de los pacientes con el pronóstico ligado a anticuerpos. **Descripción del caso:** Se describen las manifestaciones neuropsiquiátricas, tratamiento y evolución de tres pacientes del sexo femenino de 13 años con Ac NMDA, 7 años Ac GAD65/67, 13 años Ac GABAb/GAD65/67. **Evolución:** Se realizaron estudios electroencefalograma, resonancia magnética de encéfalo, punción lumbar y muestra de plasma para anticuerpos mediante inmunohistoquímica. En el tratamiento se utilizaron fármacos antidepressivos, estabilizadores del ánimo y antiepilépticos, esteroide sistémico y un anticuerpo monoclonal acorde a los requerimientos de los pacientes. Su evolución clínica varía en función de los anticuerpos identificados. **Conclusión(es):** La encefalitis autoinmune es una entidad infradiagnosticada, el abordaje precoz es fundamental, ya que la inmunoterapia puede ser ineficaz, cuando se realiza en una etapa tardía de la enfermedad. El pronóstico y las manifestaciones clínicas varían de acuerdo al anticuerpo detectado.

86. DIABETES INSÍPIDA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE GERMINOMA, REPORTE DE UN CASO EN EL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO.

Elvia Jeanett Aguado Barrera, Profesor titular del posgrado de pediatría, Alejandra Vanessa Macias Rivera, Médico residente de pediatría. Patty Becerra Zuñiga, Médico residente de pediatría. Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. alejandra.mariv@hotmail.com

Introducción: La diabetes insípida (DI) es un trastorno endocrino con incapacidad para regular el equilibrio de líquidos por deficiencia en la producción o acción de hormona antidiurética (ADH), considerar un germinoma intracraneal como etiología. **Descripción del caso:** Femenino de 9 años, previamente sana. Inicia hace 4 años con polidipsia y vómito postprandial de un año de evolución con manejo sintomático sin mejoría. Un mes previo a su ingreso, refiere disminución de la vía oral. El 31/12/23 comienza con hiporexia, adinamia, pérdida de fuerza y desviación de la mirada a polo cefálico, acudiendo a nuestra unidad. Se toman laboratoriales con (Na 166), iniciándose corrección de agua libre, con progresiva reducción sérica. Valorada por nefrología, sugiriendo probable diabetes insípida. TAC craneal y RM cerebral, densidades urinarias durante su estancia de 1.005, sodio elevado, tratada con un disparo de desmopresina cada 24 horas, presentando episodios de hipernatremia, incrementando a dos disparos cada 24 horas, ocasionando descenso rápido y crisis convulsivas, ameritando manejo en terapia intensiva. Se reduce nuevamente vasopresina a 1 disparo intranasal cada 48 y posterior cada 24 horas, logrando estabilizar valores séricos. Se realiza punción lumbar buscando marcadores con citología positiva, diagnosticando germinoma metastásico por alteración en glándula pineal, iniciando manejo quimioterapéutico. **Evolución:** Levetiracetam (26 mg/kg/día), desmopresina (una aplicación cada 24h), etopósido (100 mgm2/día), Ifosfamida (1.8 grm2/día). Inmunohistoquímico de líquido cefalorraquídeo: CD 117(CKIT)++/+++ , PLAP(SP15) ++/+++ . Actualmente con sodio elevado, sin repercusión, con desmopresina e hidratación vía oral. Seguimiento por oncología con terapia citorréductora, neurología con manejo anticonvulsivo, nefrología, endocrinología y psicología. **Conclusión:** Es fundamental la detección temprana y el tratamiento adecuado de estos tumores cerebrales, que pueden conducir a mejores resultados clínicos y calidad de vida para los pacientes.

88. TROMBOCITOPENIA CON APLASIA DE RADIO EN UN PACIENTE DE 1 DÍA. REPORTE DE UN CASO.

Paloma Monzerrat Salazar Nájera, Pediatría, Residente, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Miguel Ángel Rodríguez Ruiz, Hematología Pediátrica, Médico Adscrito, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Elvia Jeanett Aguado Barrera, Pediatría, Médico Adscrito, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Cristian Irela Aranda Sánchez, Genética, Médico Adscrito, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Kevin Alejandro Uc Ortega, Pediatría, Residente, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | monzerrat_salazar@hotmail.com

Introducción: La trombocitopenia con aplasia de radio (TAR) es un trastorno congénito con un patrón de herencia autosómico recesivo y que afecta a menos de 1 caso por cada 100.000 nacidos vivos sin diferencia entre sexos. Se caracteriza por ausencia de radio bilateral, presencia de pulgares y trombocitopenia. Puede estar asociado a diversas anomalías craneo-faciales y en extremidades inferiores, al igual que a patologías cardíacas, urogenitales y gastrointestinales. **Descripción del caso:** Recién nacido femenino de 1 día de edad. Sin antecedentes de importancia. Producto de la gesta 3, con embarazo normo-evolutivo. Nace vía abdominal por cesárea iterativa, a las 38 SDG, APGAR 8/9, 3.150 kg y 50 cm (PAEG). A la EF con malformación de extremidades; superiores con acortamiento mesomélico, desviación radial, clinodactilia de 5° dedos y uñas hiperconvexas. Inferiores con braquidactilia de 5° orfejos y talo valgo. Múltiples lesiones petequiales en tórax anterior/posterior, abdomen y extremidades. **Evolución:** -Radiografía de extremidades superiores: agenesia radial bilateral. -US renal: normal -Ecocardiograma transtorácico: con un FOP amplio sin repercusión hemodinámica. -US musculoesquelético: Sin datos de luxación Biometría hemática: hemoglobina 12.8 hematocrito 40.6 plaquetas 10,000 leucocitos 18,800 neutrófilos 10,900 linfocitos 3,400. Tratamiento: Transfusión de plaquetas y metilprednisolona. Transfusión de plaquetas a requerimiento por evidencia clínica de trastorno en la homeostasia primaria, se inicia esteroide sistémico. Seguimiento por Hematología con transfusión de concentrados plaquetarios acorde a la evolución clínica. **Conclusión(es):** Es necesario el abordaje completo en estos niños, para un tratamiento oportuno, así como una vigilancia estrecha para mejorar la calidad de vida.

89. MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA CERVICAL EN UN PREESCOLAR. REPORTE DE CASO.

Amairani Lisseth Hernández Rosado, Pediatría, residente de segundo año, Hospital General San Juan del Río, Querétaro | amairani_hdezr18@outlook.com

Introducción: Las malformaciones arteriovenosas espinales (sMAV) son patologías vasculares infrecuentes, aun con historia natural de la enfermedad no concluyente, sobre todo con reporte de pocos casos en pacientes pediátricos. Para el abordaje diagnóstico se requiere de estudios especializados de imagen como angiografía por tomografía computarizada y angiografía por resonancia magnética ante datos clínicos sugestivos de esta patología. En la actualidad el tratamiento de elección es el quirúrgico, lamentablemente son pocos los Hospitales donde se puede realizar dicho procedimiento. **Descripción del caso:** Masculino de 3 años, sin antecedentes de relevancia clínica, inicio su padecimiento con dolor óseo generalizado, con mayor intensidad en región cervical, a las 24hr y de manera súbita presenta cuadriparesia, sin datos clínicos de proceso infeccioso activo. Durante la exploración física inicial: funciones mentales superiores conservadas, integridad de funciones de nervios craneales, Sistema motor con cuadriparesia, Sistema sensitivo: sensibilidad superficial y profunda alterada en dermatoma C4-6 con disestesia, sin parestesias, preservando propiocepción. Signos meníngeos negativos. Sus laboratorios solo con anemia, sin otros relevantes. Resonancia magnética de cuello reporta malformación arteriovenosa cervical, que condiciona importante compresión medular. Refiriéndose a tercer nivel para tratamiento quirúrgico. **Evolución:** Sus laboratorios solo con anemia, sin otros relevantes. Resonancia magnética de cuello reporta malformación arteriovenosa cervical, que condiciona importante compresión medular. Refiriéndose a tercer nivel para tratamiento quirúrgico. **Conclusión(es):** Las sMVA son complejas, con rara incidencia en la edad pediátrica, lo que resulta en una difícil sospecha diagnóstica, sin embargo, se deben considerar en los Diagnósticos diferenciales, ante datos clínicos de deterioro neurológico súbito, no asociado a procesos infecciosos y protocolizar de inmediato, puesto que originan compromiso y deterioro a largo plazo y secuelas no reversibles, a pesar de manejo quirúrgico adecuado.

91. MANEJO DE LA INTOXICACIÓN POR VERAPAMILLO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. CASO CLÍNICO.

Andrea Carolina Rodríguez Saldaña, Residente de pediatría de tercer año. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente. Jimena Daniela del Villar Vilchis, Servicio de Urgencias Pediátricas. Médico de base. Hospital General Regional No. 46. Brenda Guadalupe Becerra Trejo, Servicio de Urgencias Pediátricas. Médico de base. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional de Occidente. Mayra Daniela Banda Villeda, Residente de pediatría de tercer año. Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente. Araceli Gabriela López Valencia, Médico pasante del servicio social. Unidad Médica de Alta Especialidad. Hospital de Pediatría de Centro Médico Nacional de Occidente. andy_riguez22@hotmail.com

Introducción: Las intoxicaciones constituyen el 0.3% de las consultas en los Servicios de Urgencias Pediátricas, secundarias a intentos de suicidio o por mal uso de los mismos. El consumo de medicamentos cardiovasculares y su sobredosificación presenta carencia en su definición y asociación de manifestaciones clínicas, que retrasa el inicio del tratamiento oportuno, con mortalidad del 65%. En el consumo de verapamilo no existe un rango de dosis tóxica pediátrica, en adultos se determina ingesta >5mg/kg. **Descripción del caso:** Femenino de 15 años. Antecedente de ansiedad y depresión en tratamiento homeopático. Arritmia no especificada en 2023 tratada con verapamilo (1mes). Madre refiere ingesta de 30 pastillas de 80mg (dosis ponderal 48mg/kg) dos horas previas por intento de autólisis posterior a riña. Acude a urgencias por pérdida del estado de alerta, fosfenos, mareo y vómito en 3 ocasiones, ingresa inestable, TA 56/24mmHg, FC 30lpm, electrocardiograma con bloqueo de 3er grado, se estabiliza y protege vía aérea, atropina e infusión de adrenalina sin mejoría. Presenta crisis convulsiva, pupilas de 8 mm sin reflejo fotomotor y postura de decorticación que no cede a infusión de benzodiacepinas. Se coloca marcapasos externo (FC 80/140mAm). TAC de cráneo sin edema. Se inicia cloruro de potasio e infusión de gluconato de calcio 50 mg/kg/hr. **Evolución:** En su estancia de 4 días en terapia intensiva, presentó adecuada evolución, hemodinámicamente estable sin aminas, oximetrías normales, Glasgow de 15, pupilas de 2 mm, sin convulsiones. **Conclusión(es):** Faltan consensos que determinen las manifestaciones clínicas que integren un toxíndrome en edades pediátricas, para optimizar y unificar las intervenciones terapéuticas, debido a la falta de medición de niveles para fármacos cardiovasculares (verapamil), permitiendo disminuir la morbi-mortalidad.

90. LUPUS ERITEMATOSO NEONATAL. REPORTE DE UN CASO.

Patricia Guadalupe Duarte Garibay, Neonatología, Residente, IMSS CMNO HGO, Jalisco | Cintia Livier Luna Flores, Neonatología, Adscrito, IMSS CMNO HGO, Jalisco | Alejandra Morales Martinez, Pediatra Reumatologa, Adscrito, IMSS | Mona Said Khalaf Partida, Neonatología, Adscrito, IMSS, Jalisco | paty_etrud_@hotmail.com

Introducción: El lupus eritematoso neonatal (LEN), es una entidad asociada al paso transplacentario de autoanticuerpos IgG maternos a la circulación fetal, en la mayoría de los casos anti-Ro (SS-A) y con menor frecuencia anti-La (SS-B) y anti-U1-RNP. La incidencia de LEN, es aproximadamente del 2%, con una tasa de recurrencia alrededor del 20%, en embarazos posteriores. La presentación clínica incluye: lesiones cutáneas, disfunción hepática o anomalías hematológicas, principalmente trombocitopenia, las cuales pueden remitir espontáneamente, puede impactar el miocardio y el endocardio, pero más común es la lesión del tejido de conducción cardiaca, manifestación grave e irreversible, puede ser letal. **Descripción del caso:** Recién nacido masculino de 35 semanas de edad gestacional, antecedente materno de lupus eritematoso sistémico, presenta en sus primeras horas de vida inestabilidad hemodinámica con alteraciones hematológicas, presencia de anticuerpos Anti Ro positivo, compatibles con lupus eritematoso neonatal. **Evolución:** 12.02.2024 dímero D 8502, Ac Anti Ro 31 positivo, anticuerpos antinucleares positivo 1:160. Tratamiento con inmunoglobulina y metilprednisolona, sin respuesta. Bajo ventilación invasiva, soporte aminérgico y alteraciones hematológicas, eventos trombóticos, presenta desaturación sostenida, falla a ventilación convencional y posteriormente paro cardiorrespiratorio. **Conclusión(es):** El LEN se presenta por el paso transplacentario de autoanticuerpos maternos, de hijos de madres con Síndrome de Sjögren, en otras enfermedades autoinmunes como LES, estos autoanticuerpos, anti Ro/SSA, anti-La/SSB o anti U1-RNP, causan daño en diferentes órganos y tejidos, especialmente manifestaciones cutáneas, de forma más grave, cardíacas. En el caso del paciente presentó manifestaciones cutáneas, alteraciones hematológicas y falla cardíaca. Se estableció el diagnóstico de LEN, con falla al tratamiento. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha ya que puede confundirse con sus diagnósticos diferenciales como sepsis neonatal, alteraciones hematológicas y de la coagulación.

92. DERMATOMIOSITIS JUVENIL, TRES CASOS.

Nadia Yaremi Flores García, Reumatología Pediátrica, Médico Adscrito, Hospital de Gineco-Pediatría No. 2 Los Mochis, Sinaloa | Brenda Susana Hernández Rosales, Servicio de Pediatría, R3 del Hospital de Gineco-Pediatría No. 2 Los Mochis, Sinaloa | susyhdez16@gmail.com

Introducción: Dermatomiositis juvenil enfermedad caracterizada por debilidad muscular proximal e infiltrado inflamatorio. Es la miopatía idiopática inflamatoria más frecuente en Pediatría, incidencia de 3-4 casos por millón al año. Lesiones cutáneas como eritema en heliotropo o pápulas de Gottron, son patognomónicas de la enfermedad. **Descripción del caso:** Caso 1. Femenino 12 años, presentó eritema en heliotropo, malar y en brazos. Pápulas de Grotton en manos. Evolucionó con debilidad muscular proximal de 4 extremidades, caídas y disfagia a sólidos. Caso 2. Femenino 8 años, con eritema en heliotropo, malar, y en extremidades superiores, pápulas de Grotton en manos y rodillas. Fuerza muscular proximal disminuida a nivel de cintura pélvica, afección de marcha; disfagia a sólidos. Caso 3. Femenino de 10 años, eritema en heliotropo y malar, signo de Grotton en codos, falanges y rodillas. Se agregó debilidad de miembros pélvicos, incapacidad para subir escaleras y bajarse del carro. **Evolución:** Caso 1. Enzimas musculares y hepáticas elevadas, ANA positivo. EMG con inestabilidad de membrana. Biopsia de piel con necrosis e infiltrado. Tratamiento con pulsos de metilprednisolona, prednisona, metrotexate y alendronato de sodio. Actual remisión clínica. Caso 2. Enzimas musculares y reactantes de fase aguda elevados. EMG de miembros inferiores patrón miopático. Tratamiento con pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulina, micofenolato de mofetilo. Continua con prednisona a dosis bajas, actual descamación de piel cabelluda. Caso 3. Elevación de enzimas musculares y hepáticas. EMG patrón miopático. RMN muslos y pelvis con proceso inflamatorio. Tratamiento con pulsos de metilprednisolona, prednisona, hidroxilcloroquina y alendronato de sodio. Actual remisión clínica. **Conclusión(es):** La enfermedad se manifiesta por lesiones cutáneas características, asociadas a debilidad muscular. Los objetivos del tratamiento son controlar la miositis inflamatoria y prevenir las complicaciones de la enfermedad.

93. LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA VOLVULADA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO.

Christian Israel Tinoco De Lucio, Residente de pediatría, Hospital del niño Morelense, Morelos | Karla Sarahí Cano Hernández, Médica adscrita de pediatría, Hospital del niño Morelense, Morelos | christian.tnko@icloud.com

Introducción: La linfangiectasia intestinal primaria (LIP) es una disfunción linfática congénita rara que suele presentarse en la niñez temprana, condiciona la pérdida de linfa hacia la luz intestinal, ocasionando una enteropatía perdedora de proteínas que suele generar edema, hipoproteinemia e hipogammaglobulinemia. **Descripción del caso:** Lactante de 1 mes, antecedente de evacuaciones semilíquidas y frecuentes desde el nacimiento, en tratamiento para la intolerancia a la lactosa sin mejoría. Ingres a urgencias por un cuadro de perforación intestinal, con hallazgo quirúrgico macroscópico de LIP volvulada con zonas de perforación y necrosis, con evolución tórpida por dehiscencias de anastomosis y peritonitis generalizada, secundario a malnutrición ameritando reintervenciones quirúrgicas para resección intestinal con síndrome de intestino corto al egreso en manejo con loperamida y racecadotril. Reingresa en múltiples ocasiones por alto gasto de ileostomía y complicaciones hidroelectrolíticas, se reajusta manejo nutricional mixto. **Evolución:** Reporte histopatológico de Linfangioma cavernoso y hemolinfangiectasias transmursales. Laboratorios iniciales: hemoglobina 7.9, linfocitos 4579. Albúmina serica: 2.3, Colesterol 60, triglicéridos 55. Laboratorios después del tratamiento: Hemoglobina 12.5, linfocitos 4067. Albúmina serica 4.5 g/dl, Colesterol 62, triglicéridos 72, Inmunoglobulinas en rangos normales. Actualmente, se mantiene con peso y talla adecuados para su edad, evacuaciones Bristol 6 menos frecuentes y sin edema. **Conclusión(es):** El espectro clínico de LIP es variado, la diarrea crónica es frecuente y puede existir falla del crecimiento asociado a la desnutrición, concordando con la condición clínica de nuestro paciente. El manejo descrito es nutricional, el cual fue difícil de establecer derivado del síndrome de intestino corto que presentaba, requiriendo complementación con nutrición parenteral total. Se concluye que un plan nutricional individualizado al contexto clínico del paciente con LIP, es la base del éxito en el tratamiento y así evitar complicaciones.

95. HEMORRAGIA INTRAVENTRICULAR Y EL NEURODESARROLLO EN EL RECIÉN NACIDO PREMATURO.

Nadia Magdalena Hernández Mata, Residente de neonatología, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí | nadiahernandezmata19@gmail.com

Introducción: La hemorragia intraventricular es una causa de morbilidad y mortalidad en recién nacidos prematuros (RNP). Ocurre principalmente en recién nacidos prematuros, a pesar de la evolución de los cuidados neonatales que permiten una mayor y mejor supervivencia, sigue siendo causa de morbimortalidad en todas las unidades de cuidados intensivos. **Descripción del caso:** RN, masculino, GIV, madre de 38 años, con diagnóstico de preeclampsia con datos de severidad, recibió esquema de maduración pulmonar con dexametasona, con pinzamiento de cordón de 30 segundos. Presenta datos de dificultad respiratoria, se intuba, se administra 1 dosis de surfactante. APGAR 7-8, PN 1080 gramos, Ballard de 28 sdg. Se ingresa a UCIN, se realiza UTF donde se observa HIV grado IV izquierda con infarto hemorrágico, presenta estatus epileptico requiriendo manejo con levetiracetam, fenobarbital, fenitoína e infusión de midazolam. Es valorado por el servicio de estimulación temprana, clínicamente íntegro, con actividad motora espontánea, sin movimientos anormales, activo, reactivo, sin movimientos anormales, ligera hipertonicidad, reflejos normales. Se egresa tratamiento con fenobarbital y levetiracetam. En consulta de seguimiento se realiza prueba EDI, en el grupo de edad 2 detectándose riesgo de retraso en el desarrollo. **Evolución:** Se inicia programa de intervención múltiple temprana, se logró interacción entre los padres y el niño con contacto visual y se inició neurohabilitación además se realiza prueba de pronación como indicador del desarrollo motor grueso y evaluación de los movimientos generales, con adecuada evolución. **Conclusión(es):** El adecuado seguimiento e intervención temprana en el neurodesarrollo de pacientes con riesgo neurológico egresados de UCIN por hemorragia intraventricular grado IV disminuye el riesgo de secuelas neurológicas.

94. ARTRITIS FÚNGICA POR FUSARIUM OXYSPORUM EN PACIENTE PEDIÁTRICO INMUNOCOMPROMETIDO.

Daniel Contreras Zamorano, pediatría, residente, Alfredo Raul Rodolfo Morayta Ramírez Corona, Pediatría, Jefe de Servicio Infectología Pediátrica, Alejandra Ivonne Arancibia Córdoba, pediatría, residente, Arianne Cisneros Cornejo, pediatría, residente, Secretaria de Salud Lilia Ximena Becerra Sondon, pediatría, residente, Mary Jose Huitron García, pediatría, residente, Aketzalli Piedragil Segura, pediatría, residente. CMN 20 de Noviembre, CDMX. contreraszd01@gmail.com

Introducción: La Fusariosis, es una enfermedad causada por *Fusarium spp.*, que es uno de los hongos filamentosos patógenos más ubicuos en el mundo. **Descripción del caso:** Masculino 17 años, originario de Zacatecas, diagnóstico LLA estirpe B, alto riesgo por edad, recaída en julio 2023. Actualmente terapia protocolo total XV (metotrexato y 6 mercaptopurina). Última QT 14 días previos a fiebre. Fiebre de 38°C asociada a neutropenia (40 NT por 9 días), se inició manejo con cefepime. Persistió febril 72 hrs, aparición de lesiones en extremidades superiores tipo mácula, redondeadas, de 1 a 3 cm, color violáceo con centro necrótico, borde eritematoso, progresión a tronco y extremidades inferiores tipo ectima gangrenoso, inició manejo con meropenem y vancomicina por persistencia de neutropenia (20 NT) y febril (38-38.5°C). Se agrega dolor en rodilla derecha con aumento de volumen, posterior biopsia de lesiones: hifas macrosifonadas septadas hialinas, sugestivas de hialohifomicosis, se agregó Anfotericina B liposomal y voriconazol con involución de lesiones y remisión de fiebre a los 7 días. Reporte de biopsia y cultivo articular: *Fusarium oxysporum*. Se descartó infección fúngica diseminada por estudios de extensión. **Evolución:** Estudios de extensión: Ecocardiograma transesofágico, tomografía toraco-abdominal, cráneo y senos paranasales. **Conclusión(es):** Los factores de riesgo para neutropenia grave es por neoplasias hematológicas, micosis o medicamentos. Las lesiones cutáneas, son fundamentalmente máculas y pápulas diseminadas con tendencia a la ulceración y necrosis central, que adoptan una morfología en diana. El abordaje biopsia, hemocultivos y estudios de extensión. Es esencial también descartar invasión vascular, lo que ensombrecería el pronóstico debido a la biopelícula que forma *Fusarium spp.*, en los dispositivos vasculares. El tratamiento es anfotericina B y voriconazol, con pronóstico desalentador.

96. REPORTE DE CASO TRATADO CON TERAPIA GÉNICA PARA ATROFIA MUSCULAR ESPINAL EN HOSPITAL PRIVADO EN MÉXICO.

Anna Gabriela Sepúlveda Salinas, Residente de Pediatría del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, Secretaria de Salud de Nuevo León. | Poleth Miroslava Soto Chávez, Residente de Pediatría del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas, Secretaria de Salud de Nuevo León. | José Antonio Infante Cantú, Profesor del Servicio de Neurología Pediátrica, Instituto de Neurología, Hospital Zambrano Hellion, Nuevo León. | Juan Manuel Gallaga Flores, Profesor del Servicio de Pediatría, Instituto de Pediatría, Hospital Zambrano Hellion, Nuevo León. | annagaby96@gmail.com

Introducción: La Atrofia Muscular Espinal (AME) cursa con degeneración de las neuronas motoras, presenta herencia autosómica recesiva por deleciones o mutaciones en el gen SMN1. Es la causa hereditaria más común de mortalidad infantil. **Descripción del caso:** Paciente de 4 meses de edad, previamente sana. Dos meses de evolución con bajo tono muscular presentando poco movimiento de extremidades superiores e incapacidad para la movilización de las inferiores, dificultad para la deglución y del esfuerzo respiratorio. Presenta buena interacción con el medio ambiente, sin sostén cefálico, con fasciculaciones linguales y respiración paradójica. Posición con flexión y abducción máxima de la cadera y flexión de las rodillas, movimientos espontáneos de las extremidades superiores, ausentes en las inferiores y no vencen gravedad o resistencia, reflejos osteotendinosos disminuidos. Puntaje de 12 en la escala de CHOP-Intend. **Evolución:** Biometría hemática: Sin alteraciones. Electrodiagnóstico: Polineuropatía motora severa de tipo axonal. MLPA para AME: Deleción en el gen SMN1; 0 copias Gen SMN1 y 2 copias Gen SMN2. Título de Anticuerpos - AAV9: Negativo (<1:12.5). Tratamiento con risdiplam dosis diaria vía oral diaria sin efectos adversos. Posteriormente se administra terapia génica con Onasemnogene vía intravenosa dosis única. Presenta mejoría del tono muscular, con capacidad de agarre de objetos con ambas manos, mejoría parcial de tono muscular en extremidades inferiores. CHOP Intend de 18 puntos, además mejoría del sostén cefálico. **Conclusión(es):** El principal avance sobre la AME es la introducción de tres tratamientos modificadores de la enfermedad. Reportamos el primer caso de aplicación de terapia génica en hospital privado en México abriendo oportunidades para tener accesibilidad a este tipo de tratamiento y mejorar la esperanza de vida de los pacientes.

97. SÍNDROME DE RITTER Y SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO ESTAFILOCOCCICO EN LACTANTE DEL HOSPITAL DE LA NIÑEZ OAXAQUEÑA.

Gabriela Cruz Perez, Medico Residente Pediatría, Hospital de la Niñez Oaxaqueña, Oaxaca | gabycp@gmail.com

Introducción: El síndrome de Ritter y de shock tóxico estafilocócico son mediados por toxinas. **Descripción del caso:** Masculino, 3 meses, hospitalizado por taquipnea transitoria, sepsis neonatal. Alimentado al seno materno, Inmunizaciones: BCG. Inicio 16.1.24 fiebre, rinorrea, estornudos, tos, médico indica sintomáticos, hiporexia, odinofagia, náusea, vómito, diarrea, ingresa pálido, deshidratado con dificultad respiratoria y Hb 6, antígenos SARS COV2-Influenza-VSR negativas, recibió concentrados eritrocitarios, presentó exantema eritematoso, enantema, hiperemia conjuntival, dificultad respiratoria que derivó a soporte ventilatorio. 31.1.24: eritema, tumefacción, esfacelación generalizada, tratado con cefalosporina, glicopéptido, fluconazol; 6.2.24 choque distributivo, soporte aminérgico, intubado, fasciculaciones linguales, eritema, tumefacción, esfacelación, Nikolsky positivo, estertores alveolares, hepatoesplenomegalia, ascitis, hidrocele, pulsos disminuidos, llenado capilar 4. **Evolución:** Anemia Hb 9.6, trombocitopenia 17000, bandemia 15%, TP 39, TTP 89.6, INR 3.99, Cr 1.91, hipertrigliceridemia 375, hipalbuminemia 1.1, hiperbilirrubinemia colestásica, hiponatremia e hipocalemia, procalcitonina >10, PCR >24, ferritina 2181, acidosis metabólica, hiperlactatemia 4.8. Clínicamente Síndrome de Shock Tóxico, ingresó a UTIP. Hemocultivos: *S.aureus*, TAC con ascitis, atelectasia izquierda. 12 horas de estancia: hemorragia intracraneal, muerte encefálica. **Conclusión(es):** *S.aureus*, cocos Gram positivos en racimos, catalasa, coagulasa positivas, gran espectro clínico, desde infecciones cutáneas a enfermedad invasiva. Causante de síndrome de piel escaldada, síndrome de choque tóxico. El STT se caracteriza por fiebre, eritrodermia, descamación, hipotensión, afección multiorgánica, el tratamiento consiste en reanimación hídrica, prevención de falla orgánica múltiple, antibióticos betalactámicos contra betalactamasa + inhibidor de síntesis proteica para evitar formación de toxina, el uso de gammaglobulina aun es debatible. El retraso en el diagnóstico y tratamiento condiciona letalidad.

99. ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS NMDA EN ADOLESCENTE DE 16 AÑOS DE DIFÍCIL CONTROL. REPORTE DE CASO.

Andrea Vidal Romero, Pediatría, Residente de tercer año de pediatría, Paula Maria Picazo Lechuga, Servicio de Pediatría, R3, María José Ramírez Mora, Servicio de Pediatría, R2, Alondra Orozco Zavala, Servicio de Pediatría, R2, Victor Hugo Herrera Aboytes, Servicio de Pediatría, R2, Hospital General Regional 2 "El Marqués", Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro. | a.vidal.r2@gmail.com

Introducción: La encefalitis autoinmune es un grupo de desórdenes neurológicos que incluyen síntomas conductuales, psiquiátricos, disautonomías, movimientos anormales y crisis epilépticas, en asociación con la producción de auto anticuerpos. **Descripción del caso:** Femenina de 16 años con el antecedente de crisis epilépticas desde los 4 años; a partir de los 9 años incrementaron llegando a más de 50 por día. Inició con dolor abdominal tipo cólico, generalizado y difuso, intensidad 6/10, sin irradiaciones, acompañado de astenia, adinamia e hiporexia. Evacuaciones líquidas y vómitos. Se mantuvo en vigilancia, posteriormente tuvo convulsiones tónico clónicas con duración menor a un minuto en hemicuerpo derecho. Se administró valproato de magnesio, horas después tuvo 5 episodios de más. Ajuste con valproato de magnesio, levetiracetam y topiramato. Por hiporreactividad y somnolencia se solicitaron niveles séricos de amonio, se indicaron medidas antiamonion. Se suspende ácido valproico, con incremento en levetiracetam, dieta sin proteína animal. Continuó con levetiracetam y topiramato, fluoxetina para trastorno depresivo. Se administra esteroide e Inmunogammaglobulina. Se confirmó encefalitis autoinmune por anticuerpos anti-NMDR. Ameritó manejo inmunomodulador, con aplicaciones de ciclofosfamida. **Evolución:** Leucocitos 3.0 mil linfocitos 1.6 mil, neutrófilos 1 mil, plaquetas 202 mil, Proteína C reactiva de 0.45, Ac Anti DNA doble cadena: 1.82 (<0.9), Ac Anti fosfolípido IGM: Positivo, Anticuerpos antinucleares IFI: 1:80 nuclear granular fino. Líquido cefalorraquídeo: autoanticuerpos IgG para NMDAR1, reacción intensa para NMDA sin diluir y media 1:10, título de auto anticuerpos de 1:320, electroencefalograma, muestra leve a moderada disfunción cerebral bioeléctrica en vigilia, compatible con encefalopatía moderada, generalizada, crónica y agudizada. **Conclusión:** La encefalitis anti NMDA representa un diagnóstico importante al ser una condición reversible y tratable con un abordaje oportuno.

98. ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL DESARROLLO DEL LENGUAJE EN PREESCOLARES.

Daniela Gallardo Lezama, Estudiante, licenciatura médico cirujano, Universidad Veracruzana, Veracruz. | zS21004894@estudiantes.uv.mx

Introducción: El desarrollo del lenguaje en la infancia es crucial para la comunicación, socialización y cognición, adquirido a través de interacciones y estímulos. Los diversos estilos parentales, incluyendo el autoritativo, autoritario y permisivo, tienen una influencia significativa en este proceso, configurando aspectos sociales, emocionales y cognitivos del niño, siendo el autoritativo el más beneficioso según estudios recientes. **Objetivo(s):** Determinar la asociación que existe entre los estilos de crianza parentales y el desarrollo del lenguaje oral en niños de 3 a 5 años. **Material(es) y Método(s):** Investigación descriptiva transversal analítica no experimental, se realizó una búsqueda en las bases de datos Google Académico y PubMed ocupando filtros, se seleccionaron ocho investigaciones cuantitativas correlacionales de las cuales se recolectaron datos estadísticos. Se realizó un muestreo tipo intencional, de niños de 3 a 5 años y sus padres, evaluando el nivel de lenguaje y el estilo parental. Los datos que se recolectaron fueron referentes a la significancia. **Resultado(s):** Tras un análisis cuantitativo, el 80% de los estudios mostraron una correlación estadísticamente significativa entre lenguaje y estilos parentales, el análisis cualitativo sugiere que el estilo autoritario limita la expresión, el permisivo presenta desafíos en la comprensión de normas, mientras el estilo democrático fomenta la comunicación. **Conclusión(es):** Aunque los estilos parentales tienen impacto en el desarrollo del lenguaje, no son la única razón de posibles dificultades en el habla. La comunicación abierta y afectuosa, junto con la imposición de estructura y límites claros por parte de los padres, juegan un papel crucial en el fomento de habilidades lingüísticas saludables en los niños. Además, una relación cercana entre padres e hijos puede ayudar a detectar y abordar tempranamente problemas del lenguaje. Estos aspectos destacan la importancia de promover estilos parentales que contribuyan al óptimo desarrollo del lenguaje en los niños.

100. CUADRO CLÍNICO DE DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DURANTE EL 2018-2023 EN UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.

Rosario Miranda Olivares, Residente de 3er año, Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Felipe Núñez Lara " del estado de Querétaro. | Nicolás Camacho Calderón, Jefe de Investigación y Posgrado Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Querétaro | Yuridiana Ramirez Loyola, Servicio de Pediatría, Medico Adscrito, Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer, Felipe Núñez Lara " del estado de Querétaro. | Ivette Mata Maqueda, enseñanza, capacitación e investigación secretaria de salud del estado de Querétaro | ross.miranda@hotmail.com

Introducción: El lupus eritematoso sistémico, es una enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica y multisistémica de etiología desconocida, definida por sus características clínicas y por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra uno o más componentes del núcleo celular. Caracterizado por presentar un curso variable, con períodos de remisión y actividad, presentando complicaciones potencialmente mortales **Objetivo:** Determinar el cuadro clínico y edad de debut de Lupus Eritematoso Sistémico durante el periodo 2018 al 2023 en el Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer para facilitar el abordaje óptimo, permitiendo el un tratamiento oportuno. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, se realiza una recolección de datos obteniendo información del expediente clínico de los pacientes menores de 16 años con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. **Resultado:** Se encontraron 15 expedientes de pacientes con diagnóstico de LES, con predominio para el sexo femenino de 53% y masculino de 47%, y en edad entre los 11 a 16 años correspondiendo al 66% de los pacientes. Dentro de las manifestaciones clínicas al debut, se observa que el 4% corresponde a infecciosas, 6% alopecia, 8.5% fiebre prolongada sin causa aparente, 10.6% manifestaciones articulares, 14% dermatológicas, 19% renales y 23% otras manifestaciones inespecíficas. Dentro del abordaje inmunológico, en nuestra población se observa que los pacientes presentan ANA positivo en títulos variables, así como hipocomplementemia tal como se reporta en la literatura y solo el 86% presenta Anti-DNA positivo. **Conclusión:** El cuadro clínico de debut de los pacientes de LES es muy inespecífico por lo que es muy importante conocerlas, tanto los criterios clínicos como bioquímicos para de esta forma realizar un diagnóstico oportuno, e iniciar de forma temprana un adecuado control y tratamiento del paciente disminuyendo la morbimortalidad en este tipo de los pacientes.

101. SÍNDROME DE PATAU. REPORTE DE CASO.

Jessica Gonzalez Vazquez, Médico Interno de Pregrado del Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | Adriana Salas Herrera, Médico Adscrito de pediatría en Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | Ernesto Cortes Ramos, Médico Adscrito de pediatría en Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | jessicagabv@gmail.com

Introducción: El síndrome de Patau es causado por la presencia de un cromosoma 13 adicional. Es más frecuente en mujeres. Estas translocaciones pueden aparecer de novo o ser hereditarias, cuyo progenitor sería portador balanceado de la translocación. Se caracteriza por presentar holoprosencefalia, microcefalia, aplasia cutis, microftalmia, labio-paladar hendido, cardiopatía congénita, polidactilia postaxial, entre otras. La sobrevivencia media es de 2,5 días.¹ **Descripción del caso:** Se presenta caso de recién nacido femenino de padres de edad avanzada, ultrasonido gestacional con palatosquisis. Desde el nacimiento con malformaciones múltiples, evento de cianosis al llanto y la manipulación. **Evolución:** ECOTT, situs solitus, levocardia y levoapex, concordancia AV y VA en modo perforado, septum interatrial con foramen oval valvulado hasta 4.6 mm, retornos venosos sistémicos y pulmonares normales, no se observa alteración estructural mayor. Ultrasonido transfontanelar: Disgenesia del cuerpo calloso. Ultrasonido renal: Ectasia pielocaliceal leve izquierda de 5.5 mm. Cursó con apneas, hiperbilirrubinemia tratada con fototerapia; alimentación por sonda orogástrica por succión débil. Trombocitopenia. Fallece a los 25 días de vida. Ante manifestaciones clínicas se concluyó diagnóstico de síndrome de Patau. **Conclusión(es):** La paciente cumplía con manifestaciones clínicas similares a las reportadas en la bibliografía, como lo es el predominio femenino y edad avanzada de los padres como factor de riesgo. La paciente superó la sobrevivencia promedio conocida. De suma importancia contar con asesoramiento genético y establecer el pronóstico desde la detección de las malformaciones, incluso en el periodo prenatal. Se requiere de un manejo multidisciplinario y educación a los cuidadores.

103. CIERRE DE COMUNICACIÓN INTERATRIAL EN PREMATURO MEDIANTE GUÍA ECOCARDIOGRÁFICA TRANSTORÁCICA.

Jatzibe Arlette Uranga Vázquez, Residente de pediatría, Hospital General Salvador Zubiran, Chihuahua | Daniel Rosas Daher, Cardiólogo pediatra, Hospital Ángeles Chihuahua | Alfredo Porras Garcia, Neonatólogo, Hospital Ángeles Chihuahua | Teodoro De Jesus Alvarenga, Cardiólogo pediatra, Hospital Ángeles Torreón | jatzibe.22@gmail.com

Introducción: El Amplatzer Piccolo Occluder es un dispositivo diseñado para el cierre percutáneo de comunicaciones interauriculares y cortocircuitos intracardíacos en pacientes prematuros con un peso igual o superior a 700 gramos. Permite una intervención no invasiva que se guía mediante ecocardiografía transtorácica. **Descripción del caso:** Paciente masculino nacido prematuro a las 29 semanas, con peso extremadamente bajo al nacer de 670 gramos, es diagnosticado con comunicación interatrial, conducto arterioso persistente e hipertensión pulmonar leve. Durante su estancia en la UCIN, experimenta sepsis temprana y tardía, requiriendo ventilación mecánica invasiva, antibióticos y tratamiento para la hipertensión pulmonar con oxígeno y sildenafil. Presenta episodios de insuficiencia cardíaca con taquicardia, polipnea, cianosis y falla de medro, con hallazgos en la exploración física como soplo eyectivo grado II de VI, desdoblamiento del segundo tono cardíaco y cardiomegalia. El ecocardiograma revela comunicación interatrial, ostium secundum y dilatación de cavidades derechas. Ante la persistente falla cardíaca, se procede con éxito a la colocación de un dispositivo Amplatzer mediante cateterismo cardíaco guiado por ecocardiografía transtorácica, sin fugas residuales. **Evolución:** Se lleva a cabo una punción femoral derecha. Se introduce un introductor femoral de 4 French, a través de la comunicación interauricular (CIA), se avanza una guía y un catéter hacia la vena pulmonar inferior derecha y se emplea un sistema liberador torç vye de 4 French y se procede a ascender el dispositivo Piccolo. **Conclusión(es):** El dispositivo Amplatzer Piccolo MR Abbott es un dispositivo ocluyente para defectos intracardíacos, que puede ser colocado mediante cateterismo cardíaco, guiando su colocación exitosa con ecocardiografía transtorácica intraoperatoria en pacientes en quienes no es posible el acceso de ecocardiografía transesofágica o intracardíaca.

102. TRASTORNO DE LA MIGRACIÓN NEURONAL, ASOCIADO A LA MUTACIÓN DEL GEN GPCS2B. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marlene Zacarias Valenzuela, Pediatría, R3, Hospital General de Zacatecas, Zacatecas Zac | Ana María Araceli Zacarias Valenzuela, Medicina familiar, R3, ISSSTE, Zacatecas | zacamarlene87@gmail.com

Introducción: La migración neuronal representa malformaciones congénitas del sistema nervioso con entidad genética; tal es el caso, asociado al déficit del cofactor molibdeno, considerado como enfermedad rara, herencia autosómica recesiva, del período neonatal con dificultades para alimentarse y crisis convulsivas. Las alteraciones neuro radiológicas consisten en pérdida progresiva de sustancia blanca y cavidades quísticas similares a encefalopatía hipóxico-isquémica perinatal. **Descripción del caso:** RN de 7 días de vida con diagnóstico de niño hipotónico y síndrome de Dandy Walker. Madre 30 años, sana, niega toxicomanías o teratógenos. Padre 30 años con HTA. Y prima con retraso del neurodesarrollo. Producto del segundo embarazo y uso de inductores de la ovulación por 3 meses. Se detecta mega cisterna por ultrasonido e hipomotilidad fetal. Se obtiene a producto de 37 SDG, APGAR de 7-8 y egreso a las 72 horas por dependencia de oxígeno. Reingresa al 6 día por deshidratación, hipotonía y somnolencia con crisis epilépticas con neuroimagen: encefalopatía hipóxico-isquémica (región supratentorial, hipoplasia de cuerpo calloso y mega cisterna). **Evolución:** variante de significado incierto en el gen GPCS2B. Asociado a deficiencia del factor MOLIBDENO -Levetiracetam (30mg/kg/día) y gastrostomía. Deceso al día 20 **Conclusión(es):** -Abordaje de síndrome dismórfico (hipoplasia cuerpo calloso, dolicocefalia). La hipoplasia del cuerpo calloso se estima 1:4000 RN y 230-600:10000 con alteraciones del neurodesarrollo. Por lo que se requiere descartar defectos congénitos para establecer una entidad diagnóstica que explique el fenotipo. Panel asociado a leucodistrofias con secuencia indeterminada, por variante de significado incierto en el gen GPCS2B, asociado a deficiencia de cofactor MOLIBDENO, con herencia de autosómica recesiva. Caracterizado por crisis epilépticas, dismorfias faciales, niveles elevados de sulfina en el neonato con daño neurológico severo y mueren en los primeros meses de vida.

104. DIVERTÍCULO DE MECKEL, CARACTERIZACIÓN EN POBLACIÓN INFANTIL.

Monica Iseth Holguin Barrera, R2 Pediatría | Mauricio Guerrero Román, Presidente sociedad colombiana pediatría | Gennys Gutiérrez, R3 Pediatría | Natalia Ordozgoitia, R2 Pediatría | María Camila Niebles, R2 Pediatría | mlholguinba@gmail.com

Introducción: Introducción La arteria coronaria izquierda con nacimiento anómalo en la arteria pulmonar (ALCAPA), también conocida como síndrome de Bland-White-Garland, es una anomalía congénita, con una incidencia de 1 entre 300.000 nacidos vivos, representa 0,25%-0,5% de los casos de cardiopatías congénitas, de no ser tratada alcanza mortalidad del 90% en el primer año de vida. **Objetivo(s):** El objetivo del manuscrito conocer las características sociodemográficas, clínicas en casos de divertículo de Meckel atendidos en la ciudad de Cartagena. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de 18 casos, divertículo de Meckel, enero 2013 a diciembre 2022 en un hospital pediátrico. **Resultado(s):** Resultados el 88,9% correspondió sexo masculino, media de edad 6.06 años (DE ±3.73 años) (IQR:6.25) (IC95% 5.62-6.49). El año 2022 representó el 22,2%. El dolor abdominal 94,4%, náuseas y vómito 83,3%, fiebre 44,4% y sangrado digestivo 38,9%. En cuanto a los parámetros de ingreso, los niveles de hemoglobina se obtuvieron en el rango 5-10 mg/dl y mayor a 10 mg/dl para un total de los pacientes, representado en 88%, sin embargo de este grupo, el 61% (n 11) fueron transfundidos al ingreso. (Tabla 1) **Conclusión(es):** Es común en hombres, proporción 2:1 a 4:1 (14-15), confirmado en el grupo de pacientes, siendo del 88% en hombres; esta malformación es frecuente en menores de 2 años de edad (casi el 50%). (16) En los datos analizados del estudio, aproximadamente la mitad de los pacientes eran menores de 8 años, el más joven tenía 1 año de edad y la edad máxima fue de 15 años, hallazgo de resaltar en lo encontrado en la revisión de la literatura con respecto a esta alteración.

105. GRAN TROMBO INTRACARDIACO NEONATAL RECIDIVANTE SECUNDARIO A CATÉTER VENOSO CENTRAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Fernanda Preciado Eguía, Quintana Roo. fer.preciado.egui@gmail.com

Introducción: La implantación de catéteres es el factor de riesgo más importante para trombosis. **Objetivo(s):** Si la trombosis pone en riesgo la vida o la función de un órgano, está indicado el uso de trombolíticos. **Descripción del caso:** Neonato de 37 semanas, madre de 19 años, G 1, control prenatal adecuado. Diagnóstico prenatal de gastrosquisis, acude con 35.4 semanas. Nace vía abdominal, se asegura vía aérea, cirugía coloca silo. Con manejo vasopresor, se coloca CVC subclavio izquierdo, presenta trombo grande en aurícula derecha de 1.5 x 0.7 cm, pendulante, móvil, con alto riesgo de embolización, tiempos de coagulación prolongados, no candidato para la administración de alteplasa, se administra PFC e inicia enoxaparina. **Evolución:** A las 48 horas se inicia alteplasa 0.1mcghr, PFC y heparina en infusión. Remisión del más del 90% del trombo, decidiendo retiro de catéter y colocación de CVC guiado por ECO, dejando infusión de heparina. A las 72 horas se observa nueva formación de trombo adosado a tabique interatrial, pendulante de 1.5 cm x 1.22 cm. En las siguientes 24 horas con deterioro, bajo gasto, choque y muerte. **Conclusión(es):** Paciente con trombo intracardiaco neonatal grande secundario a CVC el cual fue resuelto después de alteplasa y heparina en infusión presenta recidiva a pesar de recambio de catéter y manejo trombolítico. La heparina de bajo peso molecular inhibe factores de coagulación, la función plaquetaria y mejora la fibrinólisis, el factor tisular se une a la fibrina unida al coágulo, resulta en la disolución del mismo. El uso óptimo, la dosis, la eficacia y los efectos secundarios de la trombólisis en neonatos no son bien conocidos. La administración de enoxaparina y ASA parece ser segura en neonatos, el uso de trombolíticos y trombectomía se reserva para trombos de alto riesgo.

107. LINFOMA CUTÁNEO DE CÉLULAS-T TIPO HYDROA VACCINIFORME, RETO DIAGNÓSTICO CON MAL PRONÓSTICO. REPORTE DE CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO.

Lesslie Anahi Vazquez Rosas, Residente de tercer año de pediatría, Centro Médico Nacional del Occidente. Rocío Concepción Albores Arguijo, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Universidad de Colima, Jalisco. Alicia Gutierrez Mendez, Departamento de Hematología Pediátrica, Centro Médico Nacional de Occidente, Jalisco. Gladis Razo Jiménez, Departamento de Patología, Centro Médico Nacional de Occidente, Jalisco, México. lessliearosas@gmail.com

Introducción: El LC-tipo HV es un desorden linfoproliferativo de células T/NK raro en niños. Generalmente agresivo, con progresión a linfoma sistémico y desenlace fatal. El tratamiento es inespecífico con pobre respuesta. No hay datos estadísticos exactos en la población general, pero se reporta mayor predisposición en latinoamericanos y asiáticos; y asociación al contacto con Virus Epstein-Barr-VEB e hipersensibilidad a picadura de insectos. En piel se presentan lesiones varioliformes, crónicas, recurrentes y originalmente en áreas fotoexpuestas. **Descripción del caso:** Masculino mexicano de 13 años. Antecedentes heredofamiliares de enfermedades dermatológicas y oncológicas, personales con enfermedades dermatológicas. Inicia a los 6 años con estomatitis aftosa recurrente, adenopatía submandibular dolorosa, fiebre y malestar general. Los siguientes 4 años aparece edema, dermatosis varioliforme, necrosis en áreas fotoexpuestas y no fotoexpuestas, síntomas generales y pérdida de peso. La madre asociaba las lesiones a picaduras de mosquitos. **Evolución:** Anemia y eosinofilia. Serología IgG con VEB reactiva. Biopsia de piel confirmatoria (HE infiltrado linfóide neoplásico estirpe T, IHQ CD3+, CD4+, CD8+, CD30+). Recibió quimioterapia CHOP-Brentuximab, con mala respuesta y recurrencia de la enfermedad (en piel) después de un año. Falleció a los 13 años secundario a linfoproliferación. **Conclusión(es):** Lamentablemente la evidencia general de esta enfermedad es deficiente, a pesar de la predisposición en nuestro medio al contacto con el VEB. Es importante compartir este caso dado los pocos reportes, recalando la necesidad de datos duros que aporten información inicialmente descriptiva y exploratoria, que sustenten bases para la generación de terapia específica, mejorando así la calidad de vida y el pronóstico. El LC-tipo HV es poco común, el pronóstico fundamentalmente sombrío, determinado por el difícil diagnóstico y por el nulo tratamiento específico.

106. QUISTE PULMONAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Yazmin Alexia Islas Cervantes, Pediatría, residente, Hospital Salvatierra, Baja California Sur | alee.ic@hotmail.com

Introducción: Las malformaciones pulmonares congénitas son trastornos heterogéneos que ocurren durante el desarrollo pulmonar y afectan las vías respiratorias pulmonares, el parénquima o la vasculatura pulmonar. La incidencia estimada es de 30-42 casos/100.000 habitantes/año, con aproximadamente el 10% de los casos diagnosticados al nacer y el 14% diagnosticados durante la infancia y la adolescencia. **Objetivo(s):** Detección y tratamiento temprano de la enfermedad pulmonar quística con el fin de evitar complicaciones como neumonías recurrentes, bronquiectasias, abscesos pulmonares y así mejorar el pronóstico y sobrevida de estos pacientes. **Descripción del caso:** Paciente con antecedentes familiares de consanguinidad desconocidos, esquema de vacunación completo, inicia su padecimiento actual a los 13 años de edad, con tos expectorante no cianozante ni hemetizante acompañado de dolor torácico tipo punzante, sin mejoría a pesar de tratamiento médico. **Evolución:** Tomografía de tórax: absceso pulmonar multilobulillar que afecta lóbulo inferior y medio, se coloca tubo endopleural y se diagnostica neumonía complicada, absceso pulmonar multilobulillar y paquepleuritis, tratamiento con antibiótico y analgesia. Se realiza toracoscopia y decorticación encontrando colección purulenta septada. Se egresa sin complicaciones. Se da seguimiento con tomografía de tórax donde se evidencian múltiples quistes en base derecha. Posteriormente se realiza toracoscopia + lobectomía inferior derecha y como hallazgos: se reporta una enfermedad quística pulmonar derecha. **Conclusión(es):** Nuestra investigación destaca la importancia de considerar el quiste pulmonar como una posible complicación en pacientes pediátricos con neumonía adquirida en la comunidad. La presencia de quistes pulmonares puede influir en el curso clínico y el manejo de la neumonía en esta población. Resaltamos la necesidad de un abordaje adecuado, para detectar la presencia de quistes pulmonares, lo que puede guiar decisiones terapéuticas y mejorar los resultados clínicos.

108. PREVALENCIA DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON SOBREPESO/OBESIDAD EN EDAD PEDIÁTRICA.

Ronaldo Jesús Izaguirre Escobedo, Pediatría, ISSSTE, Tabasco. dr.ronaldo.31@gmail.com

Introducción: La obesidad es considerada uno de los principales factores de riesgo para EHGNA, en los países desarrollados, en reportes recientes se informa un aumento en la prevalencia de EHGNA del 3% al 10% en niños en todo el mundo. **Objetivo(s):** Determinar la prevalencia de enfermedad hepática grasa no alcohólica en pacientes pediátricos derechohabientes de 2 a 17 años y su correlación con la pruebas de función hepática, con sobrepeso, obesidad o síndrome metabólico en los Hospitales Dr. Gurria Urgell, HG ISSSTE Tampico, y Dr. Rodolfo Nieto Padrón. **Material(es) y Método(s):** Estudio multicéntrico observacional, retrospectivo y prospectivo (bispectivo), longitudinal y descriptivo de revisión de casos de 63 pacientes pediátricos de 2 a 17 años de edad. Tipo de muestreo probabilístico. Se tomaron en cuenta parámetros antropométricos y de laboratorio enfocados en el análisis de sobrepeso, obesidad y pruebas hepáticas, así como estudio de gabinete. **Resultado(s):** Correlación positiva débil entre la edad y el IMC, correlación positiva débil entre la gammaglutamiltranspeptidasa y el IMC, correlación positiva moderada entre la alaninaminotransferasa y el grado de esteatosis hepática, correlación positiva moderada de fosfatasa alcalina e IMC; y por último, una correlación positiva débil entre hipertrigliceridemia y el grado de esteatosis hepática. **Conclusión(es):** Con el apoyo de estos resultados, en este estudio se hace la propuesta de iniciar de manera rutinaria en todas las unidades de primer y segundo nivel, un cribado diagnóstico, con PFH, y de acuerdo al nivel de ALT considerar en caso de encontrarse elevado, tomar USG hepático, y dar un seguimiento por lo menos una vez al año a pacientes con sobrepeso u obesidad, para la detección temprana y oportuna, para realizar una adecuada canalización a la consulta de endocrinología pediátrica, psicología y nutrición para iniciar las medidas preventivas y terapéuticas correspondientes.

109. NEUMONÍA SECUNDARIA A VSR Y COVID-19 COMPLICADA CON NEUMOTÓRAX EN PACIENTE CON DISPLASIA BRONCOPULMONAR LEVE.

Nadia Rettig Moreno, Pediatría, R3, Hospital general regional no.1, Tijuana BC | nadiaret@hotmail.com

Introducción: Virus sincitial respiratorio principal causa de infecciones de vías aéreas en niños. Los < 6 meses tienen un mayor riesgo de infecciones severas por este agente como prematuros, neumopatas, cardiopatas o inmunodeficientes. **Descripción del caso:** Masculino 4 meses, tabaquismo pasivo, esquema de vacunación incompleto, sin lactancia. 4ta gesta, infecciones urinarias de repetición, obtenido por vía abdominal, 31 SDG. Hospitalizado 1 mes posterior al nacimiento por SDR y sepsis neonatal, onfalorrexia al mes. Displasia broncopulmonar leve. Inicia con tos húmeda no emetizante no cianozante manejado con ambroxol y loratadina, presenta dificultad respiratoria, se maneja con puntas nasales, evolución tórpida, requiriendo manejo avanzado de la vía aérea. **Evolución:** Presenta leucocitosis a expensas de neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda, cultivo de secreción bronquial con *Klebsiella pneumoniae* y *Candida*, hemocultivo con *Staphylococcus epidermidis*. Radiografías de tórax con patrón intersticial, retículo nodular y neumotórax. Requiere ventilación mecánica, sonda endopleural y antibiótico empírico con ceftriaxona y vancomicina, con resultado de cultivo se modifica a cefepime, vancomicina 14 días y fluconazol 21 días. **Conclusión(es):** Factores de riesgo prematuridad, tabaquismo pasivo, displasia broncopulmonar leve y ausencia de lactancia materna como protección. Candidato a palivizumab como prevención de infección de vías aéreas inferiores severas secundarias a virus sincitial respiratorio, sin aplicación de la misma lo que confirió parte de la gravedad. Es posible prevenir la severidad en las infecciones por virus sincitial respiratorio y complicaciones con aplicación y promoción de la vacunación.

111. SÍNDROME DE LOEFFLER: UN OLVIDADO Y NO TAN EXTRAÑO ENEMIGO. REPORTE DE CASO.

Raúl Alberto Montero Vázquez, 1. Pediatra y Alergólogo e Inmunólogo Pediatra. Médico Adscrito a Consulta Externa de Pediatría y Alergología e Inmunología Clínica Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital General de Acapulco "El Quemado". Acapulco de Juárez, Gro. | raulmvm@gmail.com

Introducción: El Síndrome de Loeffler es una enfermedad que forma parte de los Síndromes Eosinofílicos Pulmonares, derivado de la inflamación eosinofílica en respuesta a parasitosis, siendo el más común la infección por *Ascaris lumbricoides*. Se considera una entidad rara, sin embargo, parte de la razón detrás de ello es por la sospecha clínica que se tiene, concordando con una actual tendencia a diagnosticar a cualquier causa de sibilancias o dificultad respiratoria como asma. **Descripción del caso:** Masculino de 3 años 2 meses de edad, con antecedente de recurrentes excretas de ascaris desde los 2 años de edad. Hospitalización por dificultad respiratoria grave, requiriendo apoyo ventilatorio por 5 días en Terapia Intensiva Pediátrica, manejado con antibióticos intravenosos y micronebulizaciones con beta agonistas y esteroides. Persiste con eventos de tos acompañado de disnea, motivo por el cual se agrega antileucotrieno y esteroide inhalado a dosis baja. **Evolución:** A su exploración física llama la atención la mala higiene de uñas. Se sospecha de Síndrome de Loeffler, se prescribe desparasitación bimensual al paciente y familia, esteroide inhalado con aerocámara, se solicita estudio coproparascoscópico seriado, citometría hemática e IgE total. En cita posterior se encuentra a paciente sin eventos de disnea ni tos, con última expulsión de áscaris a los 2 días de la primera dosis de Piperazina. Se encuentran quistes de *Giardia lamblia* y *Blastocystis spp.*, eosinófilos séricos 1250 c/ml, IgE 256 UI/ml. Mejoría en higiene corporal. **Conclusión(es):** El Síndrome de Loeffler es una entidad persistente en nuestros días, sobre todo en aquellas regiones del mundo con mayor prevalencia de parasitosis. El médico de primer contacto debe descartar esta entidad como causal de disneas súbitas y eosinofilia en pacientes de zonas tropicales sin fenotipos asmáticos.

110. EVENTO CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN PACIENTE PEDIÁTRICO DE 8 AÑOS: REPORTE DE CASO.

Yanira Michelle Martínez Leal, R4 Pediatría, Programa Multicéntrico de SSNL- Tec de Monterrey. Nuevo León | Sandra Alheli Cantú Sánchez, R2 Pediatría, Programa Multicéntrico de SSNL- Tec de Monterrey. Nuevo León, Mx. | Talía Díaz Prieto, Reumatología Pediátrica, Profesora adscrita del Programa Multicéntrico de Pediatría, Nuevo León Mx. | Jesús Alberto Leal Castro, Neonatología y Pediatría, Profesor adscrito del Programa Multicéntrico de Pediatría, Nuevo León, Mx. | yanira_leal@hotmail.com

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es una urgencia poco frecuente en pediatría, su incidencia es baja, se estima que en EUA es de 1 - 2 casos por cada 100,000 niños por año, en México no hay una cifra estimada de casos por año. En niños, las causas de ACV isquémico, son distintas a la de los adultos, las principales causas son de origen cardíacas (cardiopatías congénitas o adquiridas), hematológicas (estados hipercoagulables como deficiencia de proteína C o S, anemia de células falciformes), arteriopatías no ateroscleróticas (vasculitis) siendo estas últimas las más comunes. **Descripción del caso:** Se reporta paciente masculino de 8 años, quien acude al servicio de urgencias tras presentar 30 minutos previos a su ingreso hemiparesia izquierda y alteración del estado de alerta de manera súbita. A la exploración física presentaba hemiparesia izquierda y signo de Babinski positivo. **Evolución:** Se realizó RMN con protocolo STROKE, confirma datos de evento isquémico en la zona de la ACM derecha. La angiografía cerebral reportó datos de vasculitis y trombosis en segmento M1 de ACM derecha. Se realiza trombectomía con visualización de patrón arrosariado, se diagnóstico de vasculitis de gran vaso con posterior manejo antiinflamatorio, antiagregante plaquetario y antitrombótico. El paciente ha presentado evolución favorable, continúa en tratamiento inmunosupresor. **Conclusión(es):** Nuestro paciente presentó clínica sugestiva de un AVC isquémico, al ser una patología poco frecuente en niños y con múltiples causas etiológicas, es importante realizar el abordaje y diagnóstico temprano para dar un tratamiento oportuno y así contribuir a una evolución favorable en los pacientes con este tipo de patología.

112. ENCEFALITIS DE BICKERSTAFF: REPORTE DE CASO.

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

Introducción: La encefalitis de Bickerstaff (BBE) es una patología desmielinizante aguda autoinmune que afecta el tronco del encéfalo. Su incidencia anual es de 8/100 millones de habitantes, con mayor prevalencia en masculinos y edad media al diagnóstico 8 años. La clínica consiste en oftalmoplejía, ataxia, alteración del nivel de consciencia e hiperreflexia; comparte características con el síndrome de Miller Fisher y Guillain Barre. Ocurre posterior a infección por *M. pneumoniae*, *H. influenzae*, *C. jejuni*, así como agentes virales. **Descripción del caso:** Masculino de 8 años presenta hace 4 años cuadro de hiperreflexia, debilidad generalizada, oftalmoplejía y somnolencia, acompañado de cuadro respiratorio agudo, diagnosticándose encefalitis, con recuperación total en 2 meses. Requiriendo posterior intubación e ingreso a UCIP por agravamiento de neumonía y deterioro neurológico. **Evolución:** LCR: Proteínas 79mg/dl, resto sin alteraciones. Anti-CMV IgG positivo, PCR: Influenza B positivo. COVID-19 positivo. RM: Edema del tallo cerebral, núcleos subtalámicos, hiperintensidad en sustancia blanca, especialmente en regiones del tálamo, compatibles con encefalitis de Bickerstaff. Se inicia manejo con Inmunoglobulina. Actualmente sin remisión. **Conclusión(es):** El diagnóstico de BBE se basa en hallazgos clínicos, antecedentes de infecciones, estudios instrumentales y laboratorios. Los anticuerpos IgG anti-GQ1b no son específicos de este trastorno y están ausentes en el 30% de los casos. La recuperación en la edad pediátrica es más rápida que en la adulta, resolviéndose la mayoría en 2 meses. No se ha establecido un tratamiento óptimo y eficaz. La mayoría pueden tratarse mediante inmunoterapia, plasmáferesis y/o inmunoglobulina intravenosa.

113. REPORTE DE CASO DE PUBERTAD PRECOZ ASOCIADA A TECOMA EN PACIENTE FEMENINO DE 4 AÑOS DE EDAD.

Sebastian Ocampo de la O, Residente de segundo año de pediatría, Hospital Infantil de Tlaxcala, Tlaxcala. | sebasoo75@hotmail.com

Introducción: Los tumores en ovario son raros en niños y representan alrededor del 1.5% del total de la neoplasias en niños, los tecomas representan entre el 0.5% y el 1% de todos los tumores ováricos, raramente asociados a pubertad precoz, la cual puede ser dependiente o no de GnRH, entre las causas de pubertad precoz periférica se encuentran los tumores gonadales, los cuales son causa rara de pubertad precoz. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 4 años con secreción blanquecina a nivel vaginal en escasa cantidad dos días a la semana, empieza con sangrado vaginal en escasa cantidad rojo y achocolatado, se realiza ultrasonido abdominal con masa, quien solicita tomografía, presenta telarca y menstruación se sospecha de pubertad precoz, Tanner II mamario, ausencia de vello y transpiración, masa a nivel abdominal ahulada no dolorosa. **Evolución:** Tomografía computarizada de abdomen y pelvis 16/01/2024 imagen ovoide de 111x96x61mm en sus ejes máximos con volumen de 339cc 22/01/2024 progesterona 1.09 Testosterona 9 Estradiol 69.8 dehidroepianrosterona 0.48 Hormona foliculos estimulante 0.17 Hormona luteinizante 0.14 prolactina 29.3 El día 22/01/2024 se realiza laparotomía estadificadora, salpingooforectomía izquierda, encontrando trompa izquierda adherida tumoración dependiente de ovario izquierdo con pérdida de parénquima funcional 10x8cm con zonas hemorrágicas y quistes en su interior con paredes adelgazadas. Se encuentra quiste de ovario izquierdo: Tumor estromal esclerosante de 13cm de eje mayor **Conclusión(es):** Los tumores de ovario o gonadales son causa poco frecuente de pubertad precoz encontrando poca bibliografía al respecto, los tecomas representan entre el 0.5 a 1% de los tumores ováricos. Se espera mejoría de la paciente de manera pronta. Es importante documentar estos casos por la baja incidencia así como su buena respuesta al tratamiento para futura presentaciones clínicas.

115. IMPACTO DE LA ESCALA DE VALORACIÓN DE ALERTA TEMPRANA EN LA MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS HIDALGUENSES.

Miguel Angel Rodríguez Visuet, residente, Hospital del Niño, Hidalgo | dr.visuet@gmail.com

Introducción: El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en niños y adolescentes en el mundo, su tasa de supervivencia va del 20 al 55% en países en vías de desarrollo y hasta un 80% en países desarrollados. Para abatir esas brechas, se ha encontrado que el aumento de la calidad en la atención del paciente oncológico pediátrico mejora la supervivencia; siendo el sitio donde tiene lugar la implementación del programa Escala de Valoración de Alerta Temprana (EVAT), el cual se aplica en pacientes oncológicos durante su hospitalización. El análisis del impacto de la primera etapa de la implementación de EVAT es motivo de esta investigación. **Objetivo(s):** Determinar si la implementación de EVAT en el servicio de oncología pediátrica, es un factor de prevención en la progresión al deterioro de los pacientes atendidos en el periodo de julio 2020 - junio 2022, en comparación a los que presentaron deterioro en el periodo de julio 2018 - junio 2020, previo a la implementación. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio observacional, longitudinal y ambispectivo, con enfoque mixto. Se eligieron dos periodos de la misma temporalidad, se hizo un proceso de selección de casos de pacientes hospitalizados con riesgo de deterioro, cuyos registros permitieran una evaluación comparativa entre los dos grupos, mediante un análisis estadístico que incluyó un ajuste de interacción multivariada. **Resultado(s):** Las variables de estudio más importantes fueron: complicaciones infecciosas, metabólicas y hemorrágicas, así como su manifestación en el criterio respiratorio, neurológico y hemodinámico. También se evaluaron las solicitudes de interconsulta y la presencia de registros completos por parte de enfermería, para observar el impacto de la implementación en el ámbito organizacional. **Conclusión(es):** La evidencia estadística mostró que, EVAT constituye un factor de prevención del deterioro en POPH durante sus primeros dos años de implementación.

114. SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE RENAL EN BLOQUE A RECEPTOR PEDIÁTRICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Mayra Daniela Banda Villeda¹, Eduardo Angulo López², Brenda Guadalupe Becerra Trejo³, Yuridia Lisette Plascencia Gamboa⁴, Soledad Zarate Ramirez⁵, Gabriela Hermsillo Marquez⁶, Alfonso Navarro González⁷, Jose Manuel Zertuche Coindreau⁸, Nidia de Monserrat Arreola Gutierrez⁹, Bettina Torres Pérez², Jimena Daniela del Villar Vilchis², Jose Efrén Ortiz Gonzalez², Daisy Carolina González Hermsillo⁶, Araceli Gabriela López Valencia⁶, Andrea Carolina Rodriguez¹, Odette Esmeralda Rodríguez Gomez¹, Ana Cecilia Morales Lara.¹

¹Médico Residente Pediatría, CMNO UMAE HP, ²Médico adscrito trasplante renal, ³Médico adscrito coordinación de trasplantes, ⁴Jefatura de Nefrología y Urología, ⁵Médico adscrito Nefrología, ⁶Médico Pasante del Servicio Social, CMNO UMAE HP | mayrabanda95@gmail.com

Introducción: El trasplante renal en bloque representa mayor riesgo de complicaciones. La técnicas quirúrgicas y terapia inmunosupresora mejoran supervivencia y calidad de vida para el receptor. **Objetivo(s):** Identificar la supervivencia de receptores de trasplante renal en bloque de la UMAE, HP, CMNO durante un periodo de 18 años. **Material(es) y Método(s):** Se incluyeron 21 trasplantes en bloque realizados del 2006-2023. Estudio longitudinal, analítico, retrospectivo. Variables estudiadas: características demográficas del donador y receptor, evento y técnica quirúrgica, evolución clínica del receptor a 1 y 5 años post trasplante; con seguimiento hasta la actualidad para determinar la supervivencia del paciente y del injerto. **Resultado(s):** La media de edad del donante fue 48 meses (± 15.7 DE), la principal causa de muerte encefálica fue trauma de cráneo. La edad media del receptor fue 12 años (± 3.3 DE), etiología de enfermedad renal desconocida (48%). Terapia de inducción: basiliximab/metilprednisolona (67%). La técnica quirúrgica extrabdominal y reimplante extravesical Lich-Gregoir, tiempo de isquemia fría 13.4 horas (± 6.9 DE). Complicaciones tempranas: retardo en la función del injerto (33%) y trombosis renal (9.5%). Tardías: rechazo humoral y complicaciones infecciosas (33%). Mortalidad del 1er año: 4.6%, la supervivencia de los injertos al año del 95.3%. La supervivencia de los injertos en general fue 63 meses (min-12, máx.-204). El factor asociado a pérdida del injerto: pobre adherencia al tratamiento inmunosupresor ($p < 0.0001$). **Conclusión(es):** El trasplante renal en bloque a receptores pediátricos es una alternativa segura y eficaz, con excelentes resultados a corto y largo plazo, mejorando la sobrevida y calidad de vida.

116. REPORTE DE CASO: ADENOVIRUS COMO AGENTE ETIOLÓGICO EN FALLA HEPÁTICA AGUDA.

Dayri Jackelyn Velazquez Acosta, residente, Luis Jorge Rojas Concha, Gastroenterólogo pediatra. Víctor Manuel Hernández Ortiz, Residentes de tercer año, Pediatría, María Jackeline Villarreal Marín, Residentes de tercer año, Pediatría, Karla Irasema Irabú Ochoa, Residente de segundo año, Pediatría, B. Hospital General Juan María Salvatierra, La Paz Baja California Sur | dayrivel99@gmail.com

Introducción: La falla hepática aguda en pediatría se presenta en niños previamente sanos con rápida progresión a la disfunción hepática dentro de las primeras 8 semanas del comienzo de los síntomas y coagulopatía que no corrige a la aplicación de vitamina K, con o sin encefalopatía hepática. Tiene complicaciones graves como insuficiencia renal, respiratoria, edema cerebral y en algunos casos llega a ser fulminante. En el 42.9% no se identifica etiología y el resto es de origen medicamentosa (13.3%), infecciosas (8.4%) inmunológicas (6.6%), isquémicas, metabólicas o tóxicas. **Descripción del caso:** Paciente femenina 2 años, inicia 7 días previos a su ingreso con astenia y adinamia sin desencadenante aparente, agregándose ictericia generalizada, progresiva, de predominio centripeto, con tinte icterico en escleras, un episodio febril no cuantificado que cedió con la automedicación con ibuprofeno. Horas previas a su ingreso presento un episodio de emesis de contenido gastro alimentario en moderada cantidad, con náusea y anorexia, tiempos de coagulación elevados sin mejoría a la administración de vitamina K, aumento transaminasas hasta 100 veces valor normal. **Evolución:** Tratamiento con infusión de albúmina, Lactulosa, acetilcisteína, espirolactona y ácido ursodesoxicólico, con descenso paulatino de transaminasas, disminución de AST en 93.7% y ALT en 90%, con mejoría en el estado general de la paciente. **Conclusión(es):** La infección por adenovirus cursa un cuadro clínico leve y autolimitado, sin embargo se han notificado casos en los que hay una presentación inusual de esta infección, donde se genera daño hepático directo o mediado por la respuesta inmune, que progresa rápidamente a hepatitis fulminante, de acuerdo con su identificación etiológica se adecua un manejo dirigido al desencadenante que suele ser con antivirales y algunos casos trasplante hepático.

117. SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN.

Marised Gutiérrez Moedano, Pediatra, Hospital General Pachuca, Hidalgo | marisedgutierrezmoedano@gmail.com

Introducción: El síndrome de realimentación es un proceso fisiopatológico asociado a trastornos de la glucosa y desequilibrio hidroelectrolítico. **Descripción del caso:** Femenina de 9 años de edad, heredofamiliares; tía fallecida a los 13 años de edad por un cuadro de dolor abdominal crónico y vómito sin atención médica. Inicia 3 meses previos al ingreso con la presencia de vómito y dolor abdominal, vómitos de contenido gastro-alimentario durante el día, relación con la alimentación, comía en pocas cantidades ya que de lo contrario vomitaba, niega fiebre. Descenso de 8 kilos en 2 meses, endoscopia con esofagitis, pseudodivertículo en antro gástrico, obstrucción pilórica. Tomografía abdominal: estómago retencionista, estenosis pilórica contra vólvulos gástrico. **Evolución:** Diagnóstico postoperatorio: Estenosis duodenal + Post operada de gastro-yeyuno anastomosis en Omega de Brown, presenta desequilibrio hidro-electrolítico, hipokalemia severa, hipocalcemia, hipofostemia, así como hipoalbuminemia. Se indica corrección de potasio, aporte con requerimientos altos, suplementación por calcio, sulfato de magnesio y fósforo, se realiza ecocardiograma: estructuralmente normal, insuficiencia valvular tricuspídea, insuficiencia mitral y estenosis valvular aórtica fisiológica, disfunción ventricular izquierda severa, miocardiopatía dilatada. Se sospecha de gastroenteropatía eosinofílica y obstrucción digestiva. Se cuenta con resultado de IgE en 772.4UI/ml, biopsia de duodeno: Mucosa gástrica corpopfundida con gastritis leve erosiva, inactiva. **Conclusión(es):** Es importante la sospecha para el tratamiento adecuado y evitar así complicaciones.

119. ESTUDIO CLÍNICO-PATOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ANEMIA DREPANOCÍTICA DEL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ.

María Esther Maldonado Álvarez, Estudiante de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz | Carlos Eduardo Escobar Gómez, Estudiante de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz | Dra. María Cristina Ceballos Vela, Médico adscrito a Neonatología, Universidad Veracruzana, Veracruz | Dr. Francisco Ruiz García, Secretario Académico de Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Veracruz | Mtra. Virginia Duarte Cruz, Pedagoga, Universidad Veracruzana, Veracruz | escobar829@gmail.com

Introducción: La anemia drepanocítica es una enfermedad hematológica hereditaria que afecta a millones de personas mundialmente, caracterizada por una mutación en el gen de la hemoglobina, provocando que los eritrocitos adopten una forma de hoz. Esta alteración conlleva a la presentación de diferentes complicaciones: anemia, oclusión vascular e infarto de órganos vitales. Aunque tiene una mayor incidencia en poblaciones de ascendencia africana, su presencia se ha expandido globalmente debido a la migración. Tiene un impacto significativo en la salud, con una alta tasa de mortalidad y complicaciones. **Objetivo(s):** Analizar las características clínico-patológicas y estudios diagnósticos en pacientes pediátricos con anemia drepanocítica en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz (HAEV). **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio descriptivo, no experimental, y retrospectivo para analizar las características clínico-patológicas de pacientes pediátricos con anemia drepanocítica atendidos en el HAEV entre 2019 y 2023. De 13 pacientes contemplados se incluyeron solamente 10 de ellos. Se evaluaron las siguientes variables: características sociodemográficas, antecedentes de importancia, estudios laboratoriales y manifestaciones clínicas. **Resultado(s):** Esta entidad se observó con mayor frecuencia en los pacientes originarios de la región Olmeca del estado de Veracruz (50%), con predominancia en la edad escolar (6 a 11 años, 40%). Las características clínico-patológicas que más se documentaron fueron: dolor (90%) y crisis vasooclusivas (50%). Las complicaciones más frecuentes fueron de tipo hematológico (70%) y gastroenterológico (60%). La hemoglobina fue de las variables más afectada con una media de 8.28 mg/L así como el porcentaje de reticulocitos con media de 13.83%. El 90% de los pacientes presentó genotipo homocigoto para HbS. **Conclusión(es):** Es necesario realizar más trabajos a futuro para enriquecer estos hallazgos y garantizar que estos estudios se conviertan en una herramienta fundamental para los médicos del primer nivel de atención.

118. INSUFICIENCIA MEDULAR Y ALTERACIÓN EN EL DESARROLLO POR MUTACIÓN DEL GEN PARN: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ayslin Cabarcas, Hematooncóloga pediatra, Hospital Napoleón Franco Pareja | Mauricio Guerrero, Pediatra del servicio de hematooncología, Hospital Napoleón Franco Pareja | María Niebles, Residente del postgrado de Pediatría, Universidad del Sinu - seccional Cartagena | Monica Holguin, Residente del postgrado de Pediatría, Universidad del Sinu - seccional Cartagena | Jorge Lujan, Residente del postgrado de Pediatría, Universidad del Sinu - seccional Cartagena | camilaniebles@hotmail.com

Introducción: La disqueratosis congénita (DC) es una enfermedad multisistémica, hereditaria, infrecuente, caracterizada por defectos en la biología de los telómeros cromosómicos. Con índices de prevalencia 1/1.000.000 recién nacidos, predominio en el sexo masculino, relación 13:1. Al menos 15 genes han sido detectados, las mutaciones DKC1 representan el 25% de los casos clásicos de DC. La variante patógena de PARN (ribonucleasa específica de poliA) descrita desde el 2015, es extremadamente rara, con menos de 10 casos reportados, puede presentarse como fibrosis pulmonar y/o insuficiencia de la médula ósea. **Descripción del caso:** Se describe el caso de una escolar femenina, con antecedente de infección perinatal por Chikungunya, microcefalia, hipoplasia cerebelosa y retraso del neurodesarrollo con abandono del seguimiento. **Evolución:** En mal estado musculonutricional, microcefalia, dismorfismo facial y distrofia ungüal, valorada por hematología por pancitopenia, se descarta déficit de vitamina B12 y ácido fólico, anemia de fanconi, síndromes mielodisplásicos y etiologías infecciosas. Biopsia de médula ósea con ausencia de megacariocitos, se sospecha trombocitopenia amegacariocítica. Por falla medular se mantiene con requerimiento transfusional y recibe eltrombopag. Se obtiene exoma con variante patógena c1784-1g>a en el Gen PARN en asociación con fibrosis pulmonar y falla de medular relacionada con los telómeros por lo que es llevada a trasplante haploidéntico de médula ósea. **Conclusión(es):** Se trata de una condición compleja con una amplia y heterogénea forma de presentación, la comprensión de su base genética y patológica ha permitido el diagnóstico preciso. Se hace pertinente la necesidad de ampliar el conocimiento acerca de la misma y así favorecer su conocimiento y el desarrollo de terapias dirigidas que generen un impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados.

120. TUBERCULOSIS CON AFECTACIÓN MULTISISTÉMICA EN UN PACIENTE ADOLESCENTE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Paola Labrador Manjarrez, médico general, INP, Ciudad de México | Giancarlo Hernán Cristerna Tarraza, médico adscrito de Infectología, INP, Ciudad de México | paola.plmse@gmail.com

Introducción: La tuberculosis (TB) sigue siendo un problema global de salud pública debido a su carácter crónico y la variedad de sus presentaciones clínicas, sobre todo la afectación extrapulmonar. Aunque se asocia comúnmente con la enfermedad pulmonar, la TB puede afectar múltiples sistemas orgánicos, lo que presenta desafíos clínicos significativos, especialmente en niños. **Descripción del caso:** Adolescente de 17 años acude a urgencias con cefalea opresiva, náuseas, vómitos, fiebre, palidez, con afectación neurológica con disdiadococinesias, dismetrías, afasia, fotofobia, fonofobia y temblor generalizado ocasional y afectación ósea con aumento de volumen a nivel lumbar L4-L5, pérdida de peso, lumbalgia y debilidad progresiva en las piernas. **Evolución:** Los estudios iniciales no revelan anomalías significativas. Una punción lumbar muestra líquido con características indicativas de infección. Se le realiza tomografía cerebral que sugiere vasculitis y malformación vascular. Se diagnostica tuberculosis con pruebas positivas y se inicia tratamiento antifímico. Se sospecha una afección vertebral asociada a la tuberculosis por clínica presentada. Recibe tratamiento conservador y rehabilitación. Después de 25 días hospitalizado, se presenta mejoría clínica y es dado de alta, manteniendo seguimiento médico. **Conclusión(es):** La TB del sistema nervioso central es una forma grave de la enfermedad que puede tener consecuencias devastadoras. Es fundamental un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado para mejorar los resultados clínicos en pacientes con TB multisistémica. Se necesita una vigilancia constante y estrategias de control efectivas para abordar el resurgimiento de la TB y las cepas resistentes a los medicamentos a nivel mundial.

121. MALFORMACIÓN LINFÁTICA MACROQUÍSTICA.

Katía Fernanda Donjuan Molina, residente de Pediatría, Hospital General Regional N1 Vicente Guerrero | kfdm1223@hotmail.com

Introducción: Los linfangiomas quísticos son alteraciones poco frecuentes del desarrollo del sistema linfático, consiste en vas-os linfáticos dilatados formando quistes de tamaño variable. El 80-90% se diagnostica en los primeros 2 años de edad y la localización mas frecuente afectada es en cabeza y cuello.

Descripción del caso: Femenino de 10 meses producto de la gesta 2, originaria de Zihuatanejo, Guerrero. Quien fue referida al H.G.R No1 V.G por un aumento de volumen a nivel supraclavicular derecho, aparentemente no doloroso sin secreción, que fue aumentando de tamaño gradualmente. Mediante la correlación clínico-patológica se llegó al diagnóstico de malformación linfática macroquística; cuya presentación es la variante más frecuente de malformación vascular. **Evolución:** La paciente fue sometida a escleroterapia con 3 sesiones de bleomicina y una biopsia excisional. Además, se le realizaron estudios de laboratorio y gabinete para descartar etiologías infecciosas. **Conclusión(es):** El diagnóstico clínico se complementa con estudios de imagen como ultrasonido. El tratamiento con escleroterapia percutánea, desplaza a la cirugía como primera opción terapéutica en los pacientes que presentan lesiones macroquísticas. Las malformaciones linfáticas son entidades complejas con secuelas físicas y distorsión de la anatomía, que pueden alterar el desarrollo psicológico y afectar la función del órgano comprometido. El diagnóstico y tratamiento temprano reducirá las posibles secuelas por la patología.

123. ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS DE NUCLEOTIDOS SIMPLES RS8234, RS16847548, RS10798, RS2519184 CON SÍNDROME DE QT LARGO EN NIÑOS.

Andrea Alejandra Félix González, Residente Tercer Año, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, María Santos Hernández Flores, Cardiología, Jefe del servicio, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Karla Isis Avilés Martínez, Urgencias Pediatría, Jefe del servicio, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Martha Patricia Gallegos Arreola, Genética, Adscrita de la División, Centro de Investigación Biomédica de Occidente, Vitelio Augusto Mariona Montero, Electrofisiología Cardíaca, Encargado del Servicio, Centro Médico Nacional de Occidente, Daniel Pérez Rulfo Ibarra, Pediatría, Coordinador del Programa de residencia, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. Guadalajara, Jalisco, México. | felix.andrea3004@gmail.com

Introducción: El síndrome de QT Largo es una canalopatía hereditaria asociada a arritmias letales y muerte súbita, tiene penetrancia incompleta y expresividad variable. Actualmente se han encontrado 17 genes afectados y más de 500 polimorfismos de nucleótidos simples (SNPs), volviéndose complejo el diagnóstico genético. El índice de Schwartz es un puntaje de probabilidad diagnóstica, si es ≥ 3.5 presenta alta probabilidad, este sistema tiene un 99% de especificidad. **Objetivo:** Asociar SNPs rs8234, rs16847548, rs10798 y rs2519184 con síndrome de QT largo en niños. **Material y Método:** Se realizó un estudio multicéntrico de 52 pacientes, (n=26) con diagnóstico de SQT Largo del HCFAA, CMNO y (n=26) pacientes sanos de CIBO. Se realizó una relación los polimorfismos rs8234, rs16847548, rs10798 y rs2519184 con los criterios del índice de Schwartz y se identificó la prevalencia. Se compararon los hallazgos clínicos encontrados, el horario de presentación y desencadenante tratando de relacionarlos con los polimorfismos y el sexo. Estudio financiado por CIBO y la UDG, con un presupuesto total de \$ 86,425.36 **Resultado(s):** La mutación más prevalentemente encontrada fue rs16847548 (CT) (n11), la población mayormente afectada fue el sexo masculino (62%). Al presentar la mutación rs10798 aumenta 2.5 veces el riesgo SQT, el rs2519184 se asoció a antecedentes de muerte súbita en <35 años, así como a arresto cardíaco y presentar un 66% de arritmias. El Rs10798 se asocia a 5.7 veces de riesgo de presentar síncope. Las mutaciones con mayor prolongación del QTc son rs2519184 y en rs16847548 CC. **Conclusión:** Es importante enfatizar lo difícil que es realizar un estudio genético en nuestro país. Se espera poder continuar con esta investigación.

122. SÍNDROME DE TRAPS Y AMILOIDOSIS RENAL TIPO AA EN PEDIATRÍA: REPORTE DE CASO.

Mayra Daniela Banda Villeda¹, Elvira Torres Infante², Arisbeth Villanueva Pérez², Brenda Guadalupe Becerra Trejo⁴, Odette Esmeralda Rodríguez Gómez², José Efrén Ortiz González², Daisy Carolina González Hermosillo⁵, Araceli Gabriela López Valencia³, Ana Cecilia Morales Lara¹, Andrea Carolina Rodríguez Saldaña¹.

¹Residente de Pediatría, HP CMNO, Jalisco, ²Nefrología Pediatra. HP CMNO, Jalisco, ³Patología Clínica, Centro Médico Nacional de Occidente, Jalisco, ⁴Urgenciólogo Pediatra. HP CMNO, Jalisco, ⁵Médico Pasante del Servicio Social. HP CMNO, Jalisco, mayrbanda95@gmail.com

Introducción: La amiloidosis es una enfermedad crónica caracterizada por depósito extracelular de material proteico fibrilar. Se clasifica en primaria (AL) y secundaria (AA), esta tiene incidencia de 5.1 a 12.8 casos/millón, inducida por procesos inflamatorios crónicos, asociados al receptor TNF-a (TRAPS) en 25% de los casos, por activación de NK-kappa β , incrementando interleucina-1, 8 y 12.2 El signo precoz es proteinuria y requiere confirmación histopatológica (tinción Rojo Congo). **Descripción del caso:** Padre con amiloidosis tipo AA (2016). Fiebre alta cada 3-6 meses de 7 días de duración, asociado a procesos respiratorios desde el año de vida, alérgico a cefalosporinas/ciprofloxacino. Masculino 10 años inicia con sinusitis, cefalea y orina espumosa en mayo 2019, facultativo diagnóstica albuminuria. Enviado al Hospital de Pediatría (diciembre 2020) por proteinuria nefrótica, edema palpebral e hipertensión arterial. **Evolución:** Abordaje inmunológico negativo, examen general de orina: proteinuria de 100 mg/dl, orina de 24 horas con 113 mg/m2/hr. Tratamiento con prednisona 60mg/m2 y telmisartán, sin mejoría. Se agregó aspirina, bezafibrato, atorvastatina y colchicina, clasificación de síndrome nefrótico corticorresistente, biopsia renal en abril 2021, con amiloidosis renal tipo AA, exoma clínico con estado heterocigótico variante c.236C>T (p-Thr79Met) localizada en el gen TNFRSF1A (TRAPS). Hospitalizaciones múltiples por fiebre, dolor abdominal, diarrea y exantema maculopapular, iniciando tratamiento con etarcept, teniendo mejoría. **Conclusión(es):** El abordaje de procesos inflamatorios crónicos debe ser temprano, multidisciplinario y especializado. En casos con antecedente familiar de enfermedades de transmisión genética, debemos identificar a los pacientes vulnerables para brindar tratamiento oportuno y consejería.

124. TRASTORNOS RELACIONADOS A DCX: REPORTE DE CASO CON UNA NUEVA VARIANTE.

Ana Paola Castro Aranda¹, Alejandro Durán de la Re², Giuseppe Domenico Pérez Moya², Yazmin López Vargas², Orlando Morales Ballesteros², Renée Barreda Fierro².

¹Residente de pediatría Hospital Infantil del Estado de Sonora, Sonora, ²Médico adscrito Hospital Infantil del Estado de Sonora, Sonora, ³Médico radiólogo especialista en Neurorradiología. Sonora. ana.paola-castro.aranda@uabc.edu.mx

Introducción: El gen DCX codifica para una proteína involucrada en la migración y diferenciación neuronal. Las alteraciones en este gen se asocian a 2 grandes trastornos de la migración neuronal ligados al cromosoma X, heterotopia subcortical en banda, principalmente reportado en mujeres y lisencefalia clásica, generalmente observada en varones. Existe una amplia gama de presentaciones que va desde mujeres portadoras hasta varones con lisencefalia grado I con encefalopatías epilépticas. **Descripción del caso:** Masculino de 1 año 6 meses con encefalopatía epiléptica, de inicio neonatal, retraso global del neurodesarrollo, microcefalia, hipotonía, postoperado de criptorquidia e hidrocele. Talla: 85 cm (+1.07), Peso: 10.96 kg IMC: 15.2 (-0.81) PC: 41.4 cm (-4.49). Antecedente de familiares varones por rama materna con discapacidad intelectual y epilepsia. **Evolución:** Resonancia magnética: anomalías encefálicas de aspecto congénito, con hipoplasia del cuerpo caloso, del puente, del pedúnculo cerebral derecho, petalia occipital derecha y ventriculomegalia supratentorial exvacuo. Electroencefalograma: disfunción con paroxismos de ondas agudas en hemisferio derecho y paroxismos punta onda lenta hacia regiones parietoccipitales izquierdos y temporales derechas independientes. Tratamiento con valproato y levetiracetam con lo cual se redujo la frecuencia de las crisis. Secuenciación de nueva generación de 1013 genes asociados a epilepsia y malformaciones cerebrales con tecnología Illumina (GRCh37). Variante hemicigota probablemente patogénica en DCX:c.627A>C (p.Gln209His) que no se encuentra previamente reportada. Madre portadora de misma variante en estado heterocigoto, asintomática. **Conclusión:** Los trastornos de migración neuronal presentan amplia heterogeneidad clínica y genética, por lo que el estudio molecular es de suma importancia para realizar un diagnóstico adecuado, brindar un pronóstico, establecer el tratamiento y asesoramiento dirigido. Con este caso reportamos una nueva variante y destacamos la importancia de la sospecha de alteraciones en DCX cuando se encuentra un patrón de herencia ligado al X y malformaciones cerebrales.

125. USO DE ELTROMBOPAG EN TROMBOCITOPENIA ALOINMUNE SEVERA EN UN RECIÉN NACIDO. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Monserrat Cantón Bautista¹, Diego Armando Guevara Martínez², Emmanuel Ulises Vásquez Pacheco³, Claudia Díaz Sanguines², Anabel Beatriz Ramírez Ramírez.²

¹Residente de tercer año de Pediatría, ²Médico adscrito de Neonatología, ³Médico adscrito con de Hematología Pediátrica. Hospital Regional Presidente Juárez, ISSSTE, Oaxaca | mon.cbaut@gmail.com

Introducción: La trombocitopenia aloinmune severa es una condición poco frecuente que puede presentarse en recién nacidos, caracterizada por una marcada disminución del recuento de plaquetas por destrucción de anticuerpos maternos que atraviesan la barrera placentaria, su manejo es fundamental para prevenir complicaciones en el recién nacido. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 1 día de vida, presenta petequias y equimosis generalizada, se documenta trombocitopenia aloinmune severa, se inicia tratamiento con inmunoglobulina fraccionada y concentrados plaquetarios, presentando un mayor descenso en el recuento plaquetario al ingreso a nuestra unidad hospitalaria, por lo que se inicia manejo con ELTROMBOPAG sin presentar reacciones adversas, monitoreando la evolución con revisión clínica, estudios de laboratorio y control ecográfico. **Evolución:** Laboratorios iniciales: Hemograma con 7000 plaquetas/mm³. Biometría Hemática: Hb:15gr/dL, Hto:32.1%, VCM:100fL, HCM:37 pg/cel, Plaquetas: 2000 por mm³. Leucocitos:7.2 miles/UL, Linfocitos: 18.9%, Neutrófilos:76.9%, Monocitos:3.8%, VSG: 7 mm, reticulocitos: 4.7%, Coombs Directo: negativo. Aspirado de médula ósea: disminución megacariocítica. Perfil TORCH: negativo. En la primera semana de uso de Eltrombopag, mostró un recuento de 8 000 plaquetas/mm³ a 26 000 plaquetas/mm³, con mejoría clínica, posteriormente mostrando descenso de 24 000 plaquetas/mm³, sin embargo, en los días posteriores no mostró decremento. A los 6 meses se documentan 280 000 plaquetas/mm³ con lo que se suspende tratamiento. **Conclusión:** En este caso individualizado de trombocitopenia aloinmune severa en recién nacidos refractarios a tratamientos convencionales, resalta la importancia de considerar al ELTROMBOPAG como opción terapéutica, aunque se necesitan más estudios para establecer su eficacia y seguridad en esta población específica.

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

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

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

126. TUMOR INTRATRAQUEAL COMO HALLAZGO INCIDENTAL DE UNA INFECCIÓN POR SARS-COV2. REPORTE DE UN CASO.

Samantha Marisol Guerrero Valenzuela, Pediatría, residente de tercer año. Hospital de Gineco-pediatría No.2 de Los Mochis, Sinaloa. | Jose Luis Felix Heredia, Coordinación clínica de investigación y educación en salud. Médico Adscrito. Hospital de Gineco-Pediatría No.2 de Los Mochis, Sinaloa. | Maria Zurley Haro Mendivil, Pediatría, Médico Adscrito. Hospital de Gineco-pediatría No.2 de Los Mochis, Sinaloa. | samanthagvzla@gmail.com

Introducción: Los tumores de vía aérea superior en niños son infrecuentes constituyen el 2% de anomalías de vía aérea y 0.2% de tumores en Pediatría. La neoplasia de células fusiformes incluyen tumores benignos y malignos. El tumor carcinoide es el más frecuente en niños (64%); se origina en las células de Kulshitzky 75% se localizan en bronquios y 25% entre laringe y tráquea. **Descripción del caso:** Femenina de 12 años que inició su padecimiento con estridor audible a distancia y sibilancias espiratorias. Presentó incremento del estridor y tos. Posteriormente inició con dificultad respiratoria, mareo y crisis convulsiva tónico-clónico generalizada, seguido de broncoespasmo severo, que ameritó intubación endotraqueal, requiriendo ventilación mecánica durante 24 horas. Presentando mejoría clínica progresiva. Se identificó SARS CoV-2 como agente causal. Debido a presencia de estridor y sibilancias persistentes, se solicitó TAC de tórax. **Evolución:** TAC de tórax simple y contrastada que concluye lesión intratraqueal obstructiva del 70% a nivel infratiroideo. Broncoscopia flexible: a nivel del 2o y 3er anillo traqueal se observó lesión exofítica multilobular de coloración heterogénea, vascularizada, de superficie granular e irregular, móvil, que ocasionaba oclusión del 90% de la luz traqueal. Se realizó biopsia de la lesión. El reporte histopatológico concluyó neoplasia de células fusiformes de aspecto benigno. Broncoscopia terapéutica: A nivel del 4o anillo traqueal se observó lesión de características similares en pared lateral izquierda, que obstruía el 90% de la luz, se logró resecar el 80%, recuperando el 98% de la luz, con lesión residual del 2%. Recibió tratamiento con ceftriaxona con evolución favorable. **Conclusión(es):** Los tumores traqueales son infrecuentes en Pediatría. El diagnóstico frecuentemente es tardío por su baja incidencia, falta de sospecha clínica o presentación atípica. La resección broncoscópica es el tratamiento de elección actualmente, con buenos resultados y complicaciones mínimas.

128. HIPOGLUCEMIA HIPERAMONEMICA MÁS DEFICIENCIA DE GLUCOSA 6 FOSFATO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Alonso Solórzano Fabián, Laboratorio de Errores Innatos del Metabolismo y Tamiz, Médico Pasante del Servicio Social, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México | alonso56@gmail.com

Introducción: El síndrome de Hiperinsulinismo-Hiperamoniemia (HI-HA) es una forma de hiperinsulinismo congénito causada por variaciones en el gen GLUD1, lo que lleva a hipoglucemias recurrentes y problemas de metabolización del amonio. El diagnóstico temprano es clave y se trata con diazóxido y dieta personalizada. El déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (DG6PDH) es un trastorno enzimático común en glóbulos rojos, causante de anemia hemolítica en casos graves. En México, las variantes africanas son predominantes. La prevalencia de DG6PDH varía entre 0.39% y 6.22%, mientras que HI-HA afecta a 1 de cada 100,000 recién nacidos. Hasta donde es de nuestro conocimiento no se ha reportado la asociación de ambas patologías en un mismo paciente. **Descripción del caso:** Masculino de 13 años de edad, procedente del Estado de Querétaro sin ningún antecedente de importancia para el padecimiento actual. Inicia su padecimiento actual hace 2 años con la presencia de sueño prolongado, somnolencia sin ayuno prolongado en múltiples ocasiones, acudiendo al hospital, se le toma glucosa capilar que reporta 43mg/dl. Manejado con administración de glucosa y dando como resultado mejoría parcial. **Conclusión(es):** El paciente fue inicialmente diagnosticado clínicamente con el síndrome de Hiperinsulinismo-Hiperamoniemia (HI-HA), pero un estudio de exoma confirmó este diagnóstico y también reveló la presencia del déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (DG6PD). Esta situación es notable ya que es inusual encontrar ambas condiciones genéticas en una misma persona, y hasta el momento no se han reportado casos con ambas mutaciones en un solo individuo. Es importante el diagnóstico oportuno de todas las enfermedades metabólicas, por otra parte la confirmación genética como la determinación por exoma de los pacientes es una pieza clave en su diagnóstico final y así conocer todo el espectro de la enfermedad y sus posibles atenuantes.

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

Sergio Abraham Cantú Martínez¹, Juan Antonio Ponce Román¹, Elva Lucero López Rojas.²
¹Residente de tercer año de Pediatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS Hospital Gineco-Pediatría No. 48, León, Guanajuato, ²Adscrito del servicio de Reumatología pediátrica de la Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS Hospital Gineco-Pediatría No. 48, León, Guanajuato | sergio-95sacm@gmail.com

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

131. LACTANTE CON TETRALOGÍA DE FALLOT; NO TODO ES CIANOSIS.

Pamela Valdez Rodríguez, Servicio de Pediatría, Residente de 3er año de Pediatría, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí | Pamela_vrodriguez@hotmail.com

Introducción: La Tetralogía de Fallot es la cardiopatía cianógena más común, representando entre el 7% y el 10% de todas las malformaciones cardíacas congénitas, ocurre aproximadamente en 4 a 5 de cada 100,000 nacidos vivos. Aunque la presentación habitual de esta patología incluye cianosis, en algunos casos esta no se presenta debido a la asociación con otros defectos cardíacos que permiten que exista un cortocircuito de izquierda a derecha, sin restricción del flujo pulmonar. **Descripción del caso:** Femenino de 4 meses de edad, con antecedente de diaforesis, fatiga durante la alimentación y pobre ganancia ponderal desde que nació. Ha presentado 5 episodios de infecciones respiratorias desde su nacimiento. Acudió a urgencias por trauma craneoencefálico leve, detectándose soplo continuo en foco pulmonar grado V/VI irradiado a espalda, choque de punta desplazado hasta línea media axilar, peso para la talla con z-score -2.5. **Evolución:** La radiografía de tórax mostró cardiomegalia (ICT 0.7), flujo pulmonar aumentado bilateral, morfología similar a zapato sueco. En el ecocardiograma se encontró estenosis pulmonar, múltiples defectos del tabique interventricular, aorta cabalgada en 40% y ventrículo derecho hipertrofico. La circulación pulmonar se encontró dilatada, y ducto arterioso de 5.4 mm. Se integra diagnóstico de Caquexia cardíaca, causada por una cardiopatía mixta. Se indicó espironolactona a 1 mg/kg/día y se mantiene en seguimiento. **Conclusión(es):** Los pacientes con Tetralogía de Fallot tienen diversos grados de cianosis según la gravedad de la estenosis del tracto de salida derecho. Sin embargo, en algunos casos, como este, puede enmascarse la presentación cianótica habitual debido al cortocircuito de izquierda a derecha del conducto arterioso. Los síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva, como resultado de la sobrecirculación pulmonar, repercuten en el estado nutricional de los pacientes y aumentan el riesgo de complicaciones graves.

130. ABSCESO ABDOMINAL POR ACTINOMYCES EN PACIENTE PEDIÁTRICO PREVIAMENTE SANO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ignacio García Medina, Residente de tercer año de Pediatría en Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco. | Herminio Vargas Enriquez, Residente de tercer año de Pediatría en Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco. | Omar Enriquez Cisneros, Infectólogo Pediatra. Médico adscrito y Jefe de División de Pediatría en Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco. | nacho_7x@hotmail.com

Introducción: La actinomicosis es una enfermedad causada por bacterias gram-positivas anaerobias, saprofitas de las mucosas oral, intestinal y tracto genitourinario alto. Todos los niños a los dos años de edad se encuentran colonizados. La disrupción de estas barreras mucosas puede producir una infección produciéndose abscesos en diversas localizaciones anatómicas. Las formas más frecuentes en niños son: absceso orocervicofacial, infección torácica o abdominal, esta última es la tercera localización más frecuente. La actinomicosis primaria de pared es en extremo infrecuente. El diagnóstico es dificultoso, el cultivo es el Gold standard. El tratamiento de elección son los beta-lactámicos. **Descripción del caso:** Femenino de 5 años de edad, previamente sana, con masa abdominal infraumbilical palpable y circunscrita, sin cambios de tamaño, coloración o temperatura, no modificable ante maniobras de Valsalva, dolorosa a la palpación profunda, que disminuye con analgésico. **Evolución:** TAC abdominopélvica contrastada: lesión supra vesical de 67x48x54 mm con sospecha de uraco abscedado se pasa a quirófano para laparotomía exploratoria. Biopsia transoperatoria: lesión tipo inflamatoria con patrón reactivo y negativo a malignidad. Estudio microscópico: tejido con respuesta inflamatoria crónica y aguda con formación de abscesos causados por colonias bacterianas filamentosas correspondientes a Actinomyces. Abordaje en búsqueda de ventana de entrada para infección, es valorada por Odontología donde se diagnostica caries de la infancia temprana en 6 molares. Se inicia manejo con Betalactámico el cual deberá mantenerse por 3-6 semanas. **Conclusión(es):** La actinomicosis es una enfermedad rara, de difícil diagnóstico, demorando el inicio del tratamiento efectivo y aumentando el riesgo de complicaciones. Se debe considerar en pacientes con mala respuesta al tratamiento inicial, para ofrecerles una terapéutica oportuna y evitar mala evolución. Se debe concientizar sobre la importancia de la higiene bucal y seguimiento para prevenir complicaciones

132. TAPONAMIENTO CARDIACO COMO COMPLICACIÓN DE COLOCACIÓN DE CATÉTER VENOSO UMBILICAL. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Judith Gabriel Estrada, Residente de Pediatría, Tercer año, Hospital General San Juan del Río, Querétaro. | Andrea Parra Gonzalez, Residente de Pediatría, Segundo año, Hospital General San Juan del Río, Querétaro. | jurgaestraga@gmail.com

Introducción: El cateterismo umbilical permite el acceso arterial y venoso en el manejo del neonato críticamente enfermo. Las principales complicaciones al colocarlos son: sangrado, trombosis, sepsis y taponamiento cardíaco. **Descripción del caso:** Femenino producto de la gesta 1 de madre de 21 años, sana, embarazo de 40.4 semanas, el cual requirió al nacer un ciclo de VPP por pobre esfuerzo respiratorio, con APGAR 3/5/6, peso 3055g. se coloca CPAP nasal sin mejoría por lo que se pasa a ventilación convencional. Se decide colocación de catéteres umbilicales arterial y venoso, de acuerdo a nomograma y técnica, radiografía de control catéter venoso ligeramente pasado, se retira 1cm, se inician infusiones de soluciones y NPT. A las 24 horas de vida presenta evento de paro cardíaco súbito, con ruidos cardíacos velados, se dan maniobras avanzadas de reanimación, y se solicita ecocardiograma, el cual reporta derrame pericárdico severo, colapso de cavidades derechas y disfunción miocárdica, se realiza pericardiocentesis percutánea, drenándose 30 ml de líquido seroso, con mejoría hemodinámica inmediata, posteriormente con derrame pericárdico residual que remite al manejo con diurético. A partir de evento la evolución del paciente hacia la mejoría. **Evolución:** Ecocardiograma 04.10.23 Derrame pericardico severo, con colapso de cavidades derechas, disfunción miocárdica, corazón en estructuras sano, presión pulmonar de 32 mmHg. Ecocardiograma 10.10.23 Corazón estructural y funcional sano. **Conclusión(es):** El taponamiento cardíaco es una complicación posterior a colocación de catéter venoso umbilical se debe sospechar al presentar evento de paro cardíaco, con ruidos cardíacos velados, y sin ningún otro factor de riesgo para dicho paro, el manejo es la pericardiocentesis inmediata.

133. LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA ASOCIADA A REARREGLOS DEL GEN KMT2A (MLL), PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL LACTANTE. REPORTE DE CASO.

Andrea García Jiménez¹, Zurisadai Raquel García Osorno¹, Merit Josefina Velázquez Morales², Faviola Andrea Castillo Fernández Dávila.³

¹Departamento de pediatría. Residente de tercer año. ²Departamento de pediatría. Médico adscrito de hematología pediátrica. ³Departamento de pediatría. Médico adscrito de hemato-oncología pediátrica. Benemérito Hospital con Especialidades "Juan María de Salvatierra". La Paz, Baja California Sur, México. | gjandrea24@gmail.com

Introducción: La leucemia linfoblástica aguda (LLA) del lactante sigue siendo una de las neoplasias oncológicas con peor pronóstico, representa menos del 5% de los casos, >70% corresponde a rearrreglos del gen KMT2A en pacientes menores de 1 año. Actualmente, sabemos que los reordenamientos genéticos son factores de pronóstico adverso en la LLA. La LLA secundaria a alteraciones del gen KMT2A se clasifica según los antecedentes moleculares, en dos subtipos: KMT2A reordenada (KMT2A-r) y KMT2A no reordenada. **Descripción del caso:** Lactante de 3 meses con exposición crónica pasiva a plaguicidas e inmunizaciones incompletas. Ingresó con choque séptico descompensado de foco pulmonar. **Evolución:** se realizó coulter evidenciando anemia y plaquetopenia grave grado IV. Leucopenia y neutropenia profunda. AMO demostró blastos >20% e inmunofenotipo leucemia linfoblástica aguda de células B. Estudio de traslocaciones reportando rearrreglo MLL (KMT2A) (11q23) en 7.5%. Se administró Ceftriaxona y concentrado eritrocitario e ingresa a la UTIP. El gen KMT2A localizado en 11q23, regula la proliferación y diferenciación de la hematopoyesis. En nuestra paciente, sin hallazgos clínicos comunes asociados a los rearrreglos del gen KMT2A, ya que presentaba leucopenia sin afección a SNC e infiltración a piel. En este caso, la exposición crónica pasiva a plaguicidas, un control prenatal inadecuado y esquema de vacunación incompleto, pudieron haber influido en el desarrollo de la patología y su expresión clínica, mediante cambios epigenéticos que realiza KMT2A. **Conclusión:** El cuadro clínico de nuestra paciente no fue el característico de las LLA realizándose un diagnóstico incidental que favoreció un abordaje oportuno.

135. HEMATOMA PARENQUIMATOSO CEREBRAL CONGÉNITO DE ETIOLOGÍA INDETERMINADA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Maria Guadalupe Torres Sánchez, Residente de Pediatría | mgtorres.s96@hotmail.com

Introducción: Un evento vascular cerebral (EVC) es un conjunto de signos y síntomas neurológicos de aparición aguda secundario a un infarto o hemorragia cerebral. Las hemorragias intraparenquimatosas espontáneas son raras, pero potencialmente graves. Representan la mitad de los EVC en pediatría, con una incidencia de aproximadamente 1 a 1.7 por cada 100.000 casos por año. Son causadas por lesiones estructurales hasta en el 75% de los casos; las malformaciones arterio-venosas son la causa más frecuente de hemorragia espontánea, y el 10% de los casos son de origen idiopático. 1-2 Los síntomas de la presentación infantil incluyen hemiparesia, debilidad hemifacial, alteraciones del lenguaje, alteraciones de la visión, alteraciones del estado de conciencia, ataxia y crisis convulsivas. **Descripción del caso:** Inicia padecimiento actual al mes de vida con movimientos tónico-clónicos en hemicuerpo derecho por lo que acude a nuestra unidad en estado epiléptico. **Evolución:** Se realiza Tomografía Axial Computarizada (TAC) simple de cráneo encontrando lesión intraaxial hiperdensa con involucro de asta occipital izquierda y lóbulo temporoparietal izquierdo, condicionando desplazamiento de línea media y compresión de ventrículo ipsilateral. Se realiza Resonancia Magnética (RMN) encontrando colecciones hipodensas respecto al parénquima cerebral bihemisférico condicionando compresión notable del parénquima, con aplanamiento de los surcos y cisternas perimesencefálicas. Estudios de laboratorios sin alteraciones. Se realiza craneotomía parietal izquierda con resección del 98% de la lesión, reportando una lesión de consistencia indurada con cápsula conformada, con interior hemático con coágulos, dimensiones 7x5.4x4cm con contenido líquido xantocrómico el cual se envía a patología reportando material hemorrágico con elementos hemáticos con hemorragia extensa y artificios por fijación deficiente con grupos de células no clasificables. **Conclusión(es):** Se trata de paciente femenino quien presenta hematoma parenquimatoso espontáneo al mes de vida el cual se clasifica como idiopático ya que no se encontró causa alguna.

134. IMPORTANCIA DEL ABORDAJE INTEGRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEVO VERRUGOSO EPIDÉRMICO.

Zyanya Raquel Morales Ocaña, Servicio de dermatología pediátrica, MPSS, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México | Alejandra Galeana Aguilar, Servicio de dermatología pediátrica, MPSS, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México. moralesocanazyanaraquel@gmail.com

Introducción: El nevo verrugoso epidérmico es un Hamartoma derivado del ectodermo que se asocia con incrementos de IL1, IL 6, TNF α y molécula de adhesión tipo 1; La incidencia es de 1% en recién nacidos vivos, caracterizada por neoformaciones verrugosas de tamaño variable, bien delimitada, de color marrón oscuro que sigue las líneas de Blaschko. **Descripción del caso:** Femenino de 12 años, presenta dermatosis diseminada a todos los segmentos, respeta palmas y plantas, caracterizada por neoformaciones de aspecto verrugoso, color marrón oscuro, siguen las líneas de Blaschko, con bordes bien definidos, regulares, evolución desde el nacimiento, asintomáticas. Se inicia abordaje para descartar asociación sindrómica. TAC de columna y RNM encéfalo sin hallazgos patológicos. Valorada por genética quienes consideran probable espectro de Schimmelpennning-Feuerstein-Mims. Fondo de ojo y refracción sin limitaciones. Ortopedia, descartó infiltración al tejido óseo. Neurología reportó sin alteraciones. **Evolución:** Los nevos epidérmicos, son lesiones benignas, sin embargo, pueden suponer un problema para el paciente por su asociación con anomalías del desarrollo extracutáneas como el síndrome del nevo verrugoso (en el cual podemos incluir a la paciente presentada) y el síndrome del nevo verrugoso inflamatorio lineal dentro de las cuales encontramos asociaciones osteoesqueléticas, malformaciones cutáneas vasculares, compromiso neurológico, entre los más importantes. **Conclusión:** Presentamos el caso de adolescente femenino con nevo epidérmico verrugoso, de la cual se descarta asociación sistémica. A pesar de presentar muy bajo riesgo de malignización, es pertinente descartar asociaciones extra cutáneas. Se debe realizar una cuidadosa evaluación neurológica, traumatológica y oftalmológica y de acuerdo con los hallazgos encontrados dar el seguimiento interdisciplinario pertinente, para el tratamiento integral.

136. HEMANGIOENDOTELIOMA KASOSIFORME CON FENÓMENO DE KASABACH-MERRITT TRATADO CON MANEJO MÉDICO Y TERAPIA ENDOVASCULAR: REPORTE DE CASO.

Arturo Osmar Sánchez Guerrero, Pediatría, R2, Hospital Central: Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP | Eduardo Roberto Caballero Lugo, Hematología Pediátrica, Médico de base, Hospital Central: Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP | Claudia Zapata Peña, Servicio de Anatomía patológica, Médico de base, Hospital Central: Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP | arturoosmarsanchez@gmail.com

Introducción: Las anomalías vasculares son caracterizadas por el desarrollo o crecimiento anormal de la vasculatura. El hemangioendoteloma Kaposiforme es un tumor vascular raro y localmente agresivo. El fenómeno de Kasabach-Merritt se presenta más comúnmente en neonatos y representa una coagulopatía potencialmente mortal, caracterizada por trombocitopenia profunda, hipo fibrinogenemia y anemia hemolítica microangiopática. **Descripción del caso:** Recién nacido con malformación vascular al nacimiento, con coagulopatía por trombocitopenia severa, hipofibrinogenemia y diagnóstico radiológico e histopatológico de hemangioendoteloma kaposiforme. **Evolución:** Requerimientos de oxígeno al nacimiento, por lo que ingresó a sala de UCIN. Biopsia de tumoración, compatible con hemangioendoteloma kaposiforme. Trombocitopenia de 66 000, se integró síndrome de Kasabach Merritt. Niveles seriados de Dímero D con aumento progresivo, se mantuvo con infusión de heparina y quimioterapia con Vincristina IV a 8 mg/m²/d. Angio-tomografía reveló vasculatura anómala, valorado por radiología intervencionista para embolización. Curso con neutropenia asociada a uso de Vincristina además de neumonía asociada a cuidados de la salud. Datos de activación de coagulopatía por trombocitopenia hasta 8 000, requirió aumento en la dosis de enoxaparina e inició tratamiento con Sirolimus a 2 mg/m²/d. Se mantuvo en terapia anticoagulante con Acenocumarina a 0.2 mg/kg/d vía oral. Egresó a domicilio 2 meses posteriores a su nacimiento. Se realizó embolización mediante radiología intervencionista, sin complicaciones inmediatas. Egresó a domicilio 24 horas posteriores a la realización del procedimiento y 10 días posteriores presentó infección de tejidos blandos. **Conclusión:** Manejo multidisciplinario en pacientes con hemangioendoteloma kaposiforme. Indispensable el reconocimiento temprano de la coagulopatía, identificación mediante inmunohistoquímica de la tumoración, realización de estudios de imagen y el tratamiento oportuno médico / endovascular.

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

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

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

139. MENINGITIS CRIPTOCOCCICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Karla Mireya Arellano Gómez, Pediatría. Residente de pediatría. ISSSTE. Nayarit | Jesus Arturo Casas Maturin, Pediatría. Medico adscrito de pediatría. ISSSTE. Nayarit | karlah-7@hotmail.com

Introducción: Meningitis criptocócica es una grave infección del sistema nervioso central causada principalmente por *Cryptococcus neoformans* y en menor frecuencia *Cryptococcus Gatti*, este último más prevalente en inmunocompetentes con incidencia de 1:100 000 individuos/año. **Descripción del caso:** Femenina de 13 años residente de zona rural, sin antecedentes personales patológicos de importancia, niega crónicos degenerativos. Inmunizaciones acordes con su edad. Cuadro clínico de siete días de evolución caracterizado por presentar cefalea intensa de tipo punzante temporoparietal con epistaxis mediata en dos ocasiones acompañada de alucinaciones auditivas, hiporexia. Dos días posteriores se agrega agresividad e irritabilidad, lenguaje incoherente. Durante su estancia se agregan convulsiones focales con automatismos, disartria y sialorrea. **Evolución:** La analítica de ingreso exámenes en parámetros normales. Hemocultivo y urocultivo negativos. TAC y RM de cráneo sin alteraciones. Citoquímico de LCR agua roca, trasparente, densidad 1.015, pH 9, Coagulabilidad negativa, Leucocitos 59, mononucleares 13%, polimorfonucleares 87%. Tinción de Ziehl Neelson negativo. Tinta china positiva. Citológico de LCR con estructuras que simulan hongos de tipo CRIPTOCOCO, por lo que se diagnosticó criptococosis meningea, iniciándose tratamiento con anfotericina B desoxicolato y fluconazol vía endovenoso por 14 días, al completarlo se realiza toma de LCR persistiendo criptococo por lo que se prolonga fase de inducción por 28 días con mejoría clínica. **Conclusión(es):** Los pacientes sin VIH infectados con Criptococo, tienen un curso clínico atípico, a menudo sin fiebre. En nuestra paciente las manifestaciones clínicas eran exclusivamente neurológicas, coincidiendo con la literatura que demuestra el 50% de los pacientes comienzan con afectación del SNC, originando la meningoencefalitis. No se pudo demostrar inmunodeficiencia en nuestra paciente. A pesar de la baja incidencia de la meningoencefalitis por criptococos en niños inmunocompetentes, debe tenerse presente, su pronóstico está ligado al diagnóstico precoz. Con un tratamiento adecuado es perfectamente curable.

138. NIVELES DE FERRITINA SÉRICA AL INGRESO COMO PREDICTOR DE ENFERMEDAD GRAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS.

Grecia Abigail Turrubiates Hernández¹, José Eduardo Mares Gil¹, Oscar Tamez Rivera¹, Carlos de la Cruz de la Cruz.²

¹Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Nuevo León. ²Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad. Universidad de Monterrey. Nuevo León | grecia_turrubiates@hotmail.com

Introducción: El uso de biomarcadores en pediatría clínica como factor pronóstico ha aumentado considerablemente. **Objetivo:** Explorar el rol de la ferritina sérica al ingreso en pacientes pediátricos hospitalizados como predictor de enfermedad grave. **Material y Método:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo sin riesgo. Se incluyeron pacientes de 0 a 16 de agosto 2021 a agosto 2022 por cualquier diagnóstico, excluyendo aquellos de origen hematológico. Se obtuvo el nivel de ferritina sérica al ingreso y se analizó asociación con diversos desenlaces (días de estancia intrahospitalaria, ingreso a UTIP, uso de ventilación mecánica invasiva, uso de amins, transfusión de hemoderivados y muerte). **Resultado:** 391 sujetos, con mediana de edad de 1.9 años (RIC = 0.5-6.3), 201 (51.4%) fueron hombres; 114 (29.2%). La mortalidad global fue del 5.1%. Se encontró un mayor uso de amins, estancia en UTIP, ventilación mecánica invasiva, uso de hemoderivados y muerte a mayor nivel de ferritina sérica ($p < 0.001$). Se observó una correlación significativa entre los niveles de ferritina sérica y PCR ($\rho = 0.2$, $p < 0.001$). Aquellos con ferritina $> 500\text{ ng/mL}$ cursaron con una estancia intrahospitalaria más larga ($p = 0.037$). La ferritina sérica fue un predictor de mortalidad por cualquier causa durante la estancia intrahospitalaria (AUC = 0.673, IC 95% 0.54-0.805, $p = 0.009$) con una sensibilidad del 55% y especificidad de 76.3%. Un punto de corte de 385 ng/ml se asoció a mayor probabilidad de mortalidad (OR 3.21, IC 95% 1.29-7.97). **Conclusión:** La ferritina sérica en pacientes hospitalizados mostró utilidad para identificar enfermedad grave, apoyando considerar un umbral menor a los reportados en la literatura internacional, independientemente de la prevalencia de deficiencia de hierro para identificar pacientes potencialmente deteriorables.

140. SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON SÍFILIS CONGÉNITA EN EL HOSPITAL REGIONAL RÍO BLANCO.

Patricia Ivette Espíndola Cisneros, Pediatría, residente de pediatría, SSA, Veracruz | patesp_16@hotmail.com

Introducción: La sífilis congénita es una infección cutánea y sistémica, adquirida por el neonato a través de la placenta de una madre infectada por sífilis durante el embarazo o durante el parto. Todos los neonatos con serología reactiva al nacer, o hijos de madres con serología reactiva al parto, recibirán seguimiento clínico y serológico con pruebas no treponémicas al menos a los 3, 6 y 12 meses posteriores al nacimiento, hasta que se vuelvan no reactivas o los títulos disminuyan cuatro veces. **Objetivo(s):** Describir el seguimiento durante el primer año de vida de los pacientes con sífilis congénita. **Material(es) y Método(s):** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, serie de casos, retrospectivo. Productos recién nacidos que hayan sido ingresados a la unidad de cuidados intensivos neonatales en el Hospital de Río Blanco lo cuales cuenten con el diagnóstico de sífilis congénita. **Resultado(s):** Se registraron 3226 ingresos a UCIN de estos, 17 casos fueron de sífilis congénita mostrando un incremento en el último año, el 70% acudió a consulta de seguimiento, 6 tuvieron un seguimiento adecuado. Se contactó a los pacientes para identificar causas de abandono. De los 5 pacientes que no acudieron a seguimiento 2 no se localizaron, 2 presentan dificultad para el traslado y 1 cambio de residencia. De los 6 pacientes que recibieron un seguimiento parcial, 1 no se localizó y 5 refirieron los familiares haber olvidado la fecha de cita y no reagendado. **Conclusión(es):** El seguimiento en consulta externa de los pacientes con sífilis congénita es inadecuado, en gran parte a las condiciones socioeconómicas de los pacientes que no permiten una adecuada asistencia a la consulta externa

141. ANEMIA HEMOLÍTICA COMO PRESENTACIÓN DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN PACIENTE ADOLESCENTE.

Cristina Guadalupe Reiling Gatica, Residente Pediatría, Residente, Tamaulipas | David Antonio Miranda Noyola, Residente Pediatría, Residente, Tamaulipas | Erick Eduardo Saucedo Montes, Hematólogo Pediatra, IMSS, Tamaulipas | Lizeth Bianey Amador Coss y León, Pediatra, IMSS, Tamaulipas | drda-vidmnoyola@gmail.com

Introducción: El síndrome de Fisher Evans es un trastorno inmunológico, poco frecuente, predominante en la edad pediátrica y caracterizado por anemia hemolítica autoinmune; se asocia con síndromes linfoproliferativos, inmunodeficiencias primarias y lupus eritematoso sistémico. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 16 años. Inicia en noviembre 2023 con astenia, adinamia, mialgias y petequias en extremidades inferiores. Diciembre 2023 por gastroenteritis aguda acude a valoración y se encuentran datos de deshidratación moderada, trombocitopenia y anemia grave; lesión renal aguda con datos de urgencia dialítica. Neurológicamente íntegra, cooperadora, lesiones purpúricas en tórax posterior supra e infra escapular. Precordio con soplo holosistólico III/VI en 2do espacio intercostal izquierdo. Hepatomegalia 4 cm y esplenomegalia 5 cm. Extremidades inferiores con petequias, edema bimalear ++, alcanza el tercio medio de las extremidades de manera bilateral. **Evolución:** Ecocardiograma transtorácico: FEVI 58% presión sistólica pulmonar 75 mmHg. 1. Insuficiencia tricúspide severa 2.- Insuficiencia mitral moderada 3.- Derrame pericárdico leve 6.- HAP. Se sospecha Nefritis Lúpica, se inicia Cloroquina 150 mg / día y Ciclofosfamida 0.5 g/m²sc/do. Mejoría renal logrando espaciar sesiones de hemodiálisis. Sin embargo, por cuadro clínico compatible con microangiopatía trombótica se inicia Rituximab 375 mg/m²sc/sem durante 4 semanas. **Conclusión:** Ante el paciente que cursa con anemia hemolítica la solicitud de anticuerpos específicos y niveles de complemento ya que en población pediátrica puede ser una presentación inicial de LES ya que se ha visto en la bibliografía que al momento de debutar con anemia hemolítica pueden aún estar ausentes otros criterios clínicos de tal manera que al instaurar el tratamiento precoz logra la reducción considerable de las posibles complicaciones.

143. DUPILUMAB, MEJOR CONTROL DEL ASMA Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ESTUDIO DEL MUNDO REAL, MONOCÉNTRICO.

Carlos Andrés Gómez Núñez, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Universidad La Salle; Médico Pasante de Servicio Social, Luis Ángel Hernández Zárate, Alergia Mx, Coordinador de Asistencia Clínica, Ricardo Martínez Tenopala, Universidad La Salle, Médico Interno de Pregrado, Victor González Uribe, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Adscrito del servicio de Alergia e Inmunología Director Ejecutivo; Ciudad de México | gomnu.med@gmail.com

Introducción: Dupilumab ha demostrado internacionalmente beneficios terapéuticos y en calidad de vida en niños con asma no controlada. **Objetivo(s):** Evaluar el impacto en la sintomatología y calidad de vida de asma tipo 2 moderada grave no controlada en pacientes pediátricos con el uso de terapia biológica con Dupilumab. **Material y Método:** Pacientes de 4 a 16 años con asma tipo 2 moderada a grave no controlada (eosinófilos ≥ 150 células/ μ L o fracción de óxido nítrico exhalado fraccionado ≥ 20 ppb); (n = 21) tratados con dupilumab (n=11). Los objetivos primarios del análisis fue el control del asma (cambio en Cuestionario de Control del Asma 7 (ACQ-7-IA) y respuesta clínicamente significativa de ≥ 0.5 puntos; pacientes que lograron asma bien controlada (ACQ-7-IA ≤ 0.75 puntos); efecto sobre la calidad de vida (Cuestionario estandarizado de calidad de vida del asma pediátrica (PAQLQ(S)-IA)) y de los cuidadores (Cuestionario de calidad de vida del cuidador de asma pediátrica (PACQLQ)) con seguimiento a las 52 semanas. **Resultado:** Dupilumab vs. terapia inhalada convencional mejoró significativamente las puntuaciones de ACQ-7-IA de los niños desde la semana 4 con mejoría sostenida hasta el año de evaluación (Dif. Min. de cuadrados: -0,44, IC 95% -0,59- -0,30; p<0.001); una mayor proporción logró una respuesta clínicamente significativa (semana 52: 86% versus 75%; p = 0.041). En las semanas 24 y 52, los niños que recibieron dupilumab lograron un asma controlada (ACQ-7-IA ≤ 0.75 puntos: 65% vs. 41%; p=0,0001 y 73% vs. 36%; p<0.003, respectivamente). Se observó mejoría significativa en PAQLQ(S)-IA y PACQLQ desde semana 24. **Conclusión:** El tratamiento con dupilumab se asoció con mejoras rápidas y sostenidas en el control sintomático del asma moderado grave, además de una mejora significativa en la calidad de vida para los niños y sus cuidadores.

142. HEMORRAGIA MASIVA EN PACIENTE PEDIÁTRICO, UN CASO DE ÉXITO DEL HR ISSSTE PUEBLA.

Itzhel Fernanda León Flores, Residente 3º año Pediatría, HRP ISSSTE, Puebla México | fernandaleonf@gmail.com

Introducción: Hemorragia masiva es aquella hemorragia que amenaza la vida, requiere transfusión urgente y masiva, se puede clasificar según las Escalas: Advanced Trauma Life Support y Assessment of Blood Comsumptions, además se puede clasificar según el tiempo y cantidad de perdida de volumen circulante. **Descripción del caso:** Adolescente masculino de 16 años, víctima de impacto por arma de fuego con lesión multiorgánica: hemotórax derecho, perforación diafragmática, laceración de parénquima hepático, perforación gástrica y de colon transverso, laceración esplénica, en urgencias con datos de hemorragia masiva asociado a shock descompensado, grado 4 en escala ATLS, 4 puntos escala ABC. **Evolución:** Inicia reanimación con fluidoterapia y transfusión masiva, además de cirugía de control de daños y empaquetamiento, requiriendo uso de aminas de manera precoz a su ingreso a UCIP, en segundo evento quirúrgico se realiza desempaquetamiento y cierre de pared, persiste con sangrado en capa de pared abdominal por lo que se realiza tercer evento quirúrgico con drenaje de hematoma y cierre de pared con mejoría clínica, hasta lograr su egreso de UCIP y posteriormente egreso a domicilio. **Conclusión(es):** La hemorragia masiva pone en peligro la supervivencia del paciente, siendo no solo un reto para el diagnóstico oportuno, sino también para el tratamiento eficaz y oportuno. Los pilares del tratamiento son control de la hemorragia, reposición de volumen con uso de transfusión masiva, incluso en casos de shock hipovolémico refractarios se puede utilizar vasopresores. Es importante reconocer oportunamente la hemorragia masiva para brindar un tratamiento eficaz y oportuno que nos permita salvaguardar la supervivencia del paciente pediátrico, además de conocer el mecanismo de acción de vasopresores e indicarlos tempranamente para mejorar el pronóstico.

144. LESIÓN PULMONAR AGUDA RELACIONADA CON TRANSFUSIÓN DE HEMOCOMPONENTES EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. PRESENTACIÓN DE CASO.

Hermínio Vargas Enriquez, Pediatría, R3, Hospital General de Occidente, Jalisco | Ignacio García Medina, Pediatría, R3, Hospital General de Occidente, Jalisco | drvargas1808@gmail.com

Introducción: La lesión pulmonar aguda por transfusión, se le conoce como TRALI (por sus siglas en ingles), es un síndrome relativamente raro, que puede constituir una amenaza para la vida y que se caracteriza por insuficiencia respiratoria aguda y edema pulmonar de origen no cardiogénico durante o dentro de las seis horas siguientes a la transfusión de productos hematínicos. Respecto a la patogénesis hay una teoría de dos efectos, en donde hay predisposición del receptor y factores perjudiciales en los componentes sanguíneos. **Descripción del caso:** Preescolar femenino de 4 años, quien ingresa a urgencias por cuadro clínico de 6 días de evolución caracterizado por hiporexia, palidez, astenia y adinamia, agregándose emesis de contenido gastro alimentario y petequias. Sin presentar a su ingreso compromiso respiratorio ni datos de foco infeccioso a ningún nivel. En sus primeras horas de hospitalización se indica transfundir concentrado eritrocitario a 5ml/kg/do y dos concentrados plaquetarios, casi al término de la administración de primer concentrado plaquetario la paciente presenta de manera súbita y progresiva desaturaciones, con oximetría de 70% y datos de dificultad respiratoria. **Evolución:** exámenes de laboratorio reportan pancitopenia: hemoglobina 2.0, hematocrito 6.1, plaquetas 6 mil, leucocitos 10 mil, neutrófilos 140, linfocitos 9600. radiografía de tórax inicial no mostraba alteraciones a nivel pulmonar. **Conclusión(es):** Se sabe que la transfusión de hemoderivados es una práctica muy común en clínica diaria, es un procedimiento que puede salvar vidas, pero también constituye una importante exposición. Ante la sospecha de un caso, hay que evitar la transfusión, remitir la bolsa y muestras del paciente al banco de sangre para el estudio pertinente en los donadores implicados y decidir su exclusión como donantes.

145. SÍNDROME DE WÜNDERLICH SECUNDARIO A PANARTERITIS NODOSA: PATOLOGÍA CON BAJA PREVALENCIA PEDIÁTRICA. REPORTE DE UN CASO.

Juan Eduardo Morales Ramírez¹, Benigno Linares Segovia², César Armando Sifuentes Cantú³, David Eduardo Cervantes Barragán⁴, Sinhué Díaz Cuéllar⁵, Rogelio Torres Guzmán⁶, Marisela Hernández Hernández.⁶

¹R3 de Pediatría. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos CDMX, ²Médico adscrito de Pediatría. Hospital Regional de Salamanca de Petróleos Mexicanos, ³Médico adscrito de Reumatología. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos CDMX, ⁴Jefe de Genética. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, CDMX, ⁵Médico adscrito de Genética. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos, CDMX, ⁶Neurología-Neurocirugía. Neurólogo pediátra. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos CDMX edumoram111@gmail.com

Introducción: Síndrome de Wunderlich (SW), afección poco frecuente en edad pediátrica caracterizada por hemorragia renal aguda espontánea no traumática en espacios subcapsular y perirrenal de manera primaria o secundaria a enfermedades reumatológicas. **Descripción del caso:** adolescente masculino 17 años, acude a Urgencias pediatría por dolor abdominal inespecífico irradiado testículo ipsilateral derecho, pérdida de peso, hipertensión arterial sistémica (150/100mmHg) >percentil 95. **Evolución:** Ultrasonido abdominal con hematoma renal subcapsular izquierdo, paraclínicos: lesión renal aguda AKI III, creatinina 0.6 a 2.1mg/dl. ANCA, ANA, FR, hepatitis B/C y VIH negativos. Tratamiento para hipertensión arterial sistémica: nifedipino y prazosina. TAC de abdomen: hemorragia subcapsular renal bilateral. Arteriografía renal: imágenes saculares, dependientes de arterias segmentarias y lobares renales. concluye datos PAN por Colegio Americano de Reumatología. Ante diagnóstico (PAN) se dieron bolos de metilprednisolona y ciclofosfamida. La función renal regresó a su basal al séptimo día, completó 6 bolos de ciclofosfamida con remisión total de los síntomas. **Conclusión:** La etiología SW es diversa y difícil diagnosticar. El paciente cumplió criterios del Colegio Americano de Reumatología PAN, se maneja conducta expectante para vigilar necesidad de intervenciones endovasculares o quirúrgicas en casos de hemorragia masiva con inestabilidad hemodinámica o sospecha de malignidad ya que la complicación más temida es el shock hemorrágico, que es la principal causa de morbimortalidad.

147. FACTORES PREDICTORES DE ÉXITO Y FRACASO DEL RETIRO DE VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PEDIATRÍA EN HGRI TIJUANA.

Gloria Liliانا Gortarez Quintana, Servicio de Pediatría, Residente de segundo año, Hospital General Regional no. 1, Tijuana, Baja California. | Sara Eloisa Olivera Sandoval, Servicio de Pediatría, Médico Adscrito, Hospital General Regional no. 1, Tijuana, Baja California | Olivia Alejandra Flores Montes, Servicio de Neumología pediátrica, Médico Adscrito y Profesor Titular de la Residencia de Pediatría, Hospital General Regional no. 1, Tijuana, Baja California. | g.gortarezquintana@gmail.com

Introducción: La “National Association for Medical Direction on Respiratory Care” define la ventilación mecánica prolongada (VMP) como la necesidad de soporte ventilatorio durante ≥ 21 días consecutivos y con interrupciones inferiores a 48 horas. Se estima que 1/3 de los pacientes en UTIP requiere de VMI y 4-13% de estos requerirán VMP. Los predictores de éxito y/o fracaso de extubación se relacionan con la habilidad de protección de la vía aérea, tiempo de uso de fármacos como relajantes musculares o sedación, entre otros. **Objetivo(s):** Determinar los factores predictores de éxito y fracaso del retiro del ventilador en pacientes pediátricos con ventilación mecánica prolongada. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal realizado en el Servicio de Pediatría del Hospital General Regional no. 1 Tijuana, principal centro referencia en pediatría en el noroeste del país. Se realizó una recolección de datos de los expedientes de los pacientes bajo VMI en el periodo 2023, se almacenaron en una base de datos en el programa de Microsoft Excel, con exportación al programa SPSS versión 21.0 para su análisis estadístico. **Resultados:** De los 6017 pacientes ingresados en el servicio de pediatría durante el periodo de estudio, 1.22% requirieron VMI, de ellos se excluyeron 62 pacientes por no cumplir criterios de inclusión, incluyendo 12 pacientes. La media de edad fue 1.05 años, 75% del género femenino. La mediana de intervención fue de 47.5 días (rango 24 a 101 días). Del total 58.3% perteneció al servicio de lactantes, 25% UCIN, 8.33% UTIP y 8.33% escolares. **Conclusión(es):** La determinación de los factores asociados al retiro exitoso o falló de la VMP en pacientes pediátricos puede permitir la elaboración de algoritmos de manejo con parámetros clínicos y funcionales para disminuir el uso de dicho soporte ventilatorio y con ello las complicaciones asociadas, tiempo de estancia hospitalario, gastos de atención médica y el impacto socioeconómico.

146. ENFERMEDADES DEL HISTIOCITO, UN RETO PARA EL DIAGNÓSTICO POR PEDIATRÍA. REPORTE DE CASO.

Jilian Vanessa Corona Jimenez, Pediatría, Residente de tercer año de Pediatría de la Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS Hospital de Ginecología y Pediatría No. 48 León, Guanajuato | Irving Alejandro Mendoza Zepeda, Oncólogo Pediatra de la Unidad Médica de Alta Especialidad del IMSS Hospital de Ginecología y Pediatría No. 48 León, Guanajuato | jilian.jmz@gmail.com

Introducción: El sarcoma de células dendríticas foliculares es una neoplasia, ligeramente más común en las mujeres (1.4:1) y puede afectar a cualquier edad, aunque la mayoría de los casos se han notificado en la mediana edad. El FDOS aparece como una masa indolora de crecimiento lento ocurre principalmente en sitios extranodales (79,4%) y ganglios linfáticos (15,1%). Dado su significativo patrón de crecimiento y su variabilidad citológica, el FDOS puede confundirse con varias neoplasias e incluso con procesos inflamatorios. **Descripción del caso:** Femenina de 3 años de edad, previamente sana quien inicia padecimiento con dolor abdominal y rectorragia acudiendo a facultativo y diagnosticada inicialmente como infección intestinal” tratada con múltiples esquemas antibióticos sin mejoría, por lo cual se realiza USG abdominal con hallazgo de vólculo intestinal motivo por el que se realiza LAPE encontrando tumoración intraluminal en íleon de 2x2 cm a 45 cm de la válvula ileocecal por lo que se hace resección intestinal. Se realiza envío de la paciente a nuestra unidad a mas de 1 mes de la cirugía. **Evolución:** 29.06.21 concluye sarcoma de células dendríticas foliculares. CD240+, CD23+, CD21+, CD35+, EBV+. **Conclusión:** El SCDF es una proliferación neoplásica que dada la variabilidad de los sitios donde y su heterogeneidad histopatológica puede confundirse con diversas neoplasias e incluso con procesos inflamatorios, por lo que el diagnóstico requiere ser respaldado invariablemente por inmunohistoquímica. Al ser una neoplasia con reporte de algunos casos en otros países, no se tiene una línea de tratamiento establecida, pero se considera de mal pronóstico los pacientes de localización abdominal, con residual postquirúrgico. En la revisión de literatura el esquema con mejor resultado fue CHOP y GEM-DOX este ultimo solo reportado en pacientes adultos, además de radioterapia, que sería la línea de tratamiento a ofrecer en la paciente, con resultado favorable.

148. CRISIS VASO OCLUSIVA EN UNA PACIENTE CON RASGO FALCIFORME. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Juan Eduardo Morales Ramírez, Pediatría. R3 de Pediatría. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. | Betzayda Valdez Garibay, Hematología pediátrica. Médico adscrito. Hospital General Regional No. 58 IMSS. Guanajuato. | Benigno Linares Segovia, Pediatría. Médico adscrito. Hospital Regional Salamanca de Petróleos Mexicanos. Guanajuato. | David Eduardo Cervantes Barragán, Genética. Jefe de Genética. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. | Sinhué Díaz Cuéllar, Genética. Médico adscrito. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. | edumoram111@gmail.com

Introducción: El Rasgo de células falciformes (SCT), es la forma heterocigota de la anemia de células falciformes, anteriormente se consideraba que era una condición benigna, pero la crisis falciforme puede ocasionar muerte en jóvenes con SCT. La crisis falciforme es la manifestación clínica de la enfermedad, se puede originar por: hipoxia, acidosis, deshidratación, hiperosmolaridad e hipertermia. **Descripción del caso:** Femenino 17 años, padre originario Veracruz, portador de (SCT). Previo al inicio de síntomas, realizó ejercicio de alta intensidad (cheerleading) y 3 días antes estuvo en exámenes (estrés emocional); ingresa a urgencias, con astenia, adinamia, artralgias, cefalea generalizada, dolor intenso (10/10) en extremidades inferiores. **Evolución:** Tamizaje positivo Hemoglobina S en etapa neonatal, electroforesis de hemoglobina, HbS: 40.1%. Estudios de laboratorio al ingreso: anemia normocítica normocrómica. Se ingresa a hospitalización: hiperhidratación y control del dolor con AINES, no transfusión concentrados eritrocitarios, mejoría de síntomas con hiperhidratación, evolución: mejoría del dolor, egresó al cuarto día sin complicaciones. **Conclusión(es):** Conocer las complicaciones del (SCT) y su abordaje terapéutico es un tema relevante para el pediatra, ya que se ha considerado durante mucho tiempo una afección benigna con bajo riesgo de presentar crisis falciformes, pero sigue siendo la principal causa de muerte en jóvenes con (SCT); los eritrocitos falciformes desoxigenados ocluyen la microvasculatura ocasionado vaso oclusión y microtrombos. La electroforesis de hemoglobina, es el estándar de oro para el diagnóstico; diferencia entre estado homocigoto y heterocigoto de acuerdo al porcentaje de hemoglobina S. Los AINE, reducen potencialmente el dolor. Hidratación, hidroxiurea, transfusión de concentrados eritrocitarios son pilares de la terapia y el trasplante de médula ósea cuando el comportamiento hemolítico es grave.

149. SÍNDROME DE BEAN (BLUE RUBBER BLEB NEVUS): OTRA CAUSA DE SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO EN PEDIATRÍA.

Guilhermina Gómez Navarro, Médico Endoscopista. UMAE Hospital de Pediatría, IMSS. Guadalajara, Jalisco. | Diana Laura Franco Gutiérrez, Médico residente de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. UMAE Hospital de Pediatría, IMSS. Guadalajara, Jalisco. | dianafrangtz94@gmail.com

Introducción: Se presenta caso clínico de masculino de 3 años 1 mes de edad, sin antecedentes de importancia, el cual previo a un procedimiento quirúrgico ambulatorio se diagnostica anemia severa, secundaria a sangrado de tubo digestivo alto imperceptible e intermitente. **Descripción del caso:** Paciente de 3 años 1 mes de edad al cual se le programa resección de lipoma ambulatorio, detectando anemia grado III con Hb:5.7gr/dL, acompañándose con eventos de melena. **Evolución:** Se solicita cinética de hierro, angiogramografía y ante sospecha de pérdidas digestivas crónicas, se realiza endoscopia detectando malformaciones vasculares compatibles con nevos azules. Se inicia manejo con escleroterapia endoscópica y por parte de Angiología, por presencia además de lesión vascular a nivel de glúteo derecho que dificultaba la deambulación, además de manejo médico con sirolimus con buena respuesta hasta el momento. **Conclusión(es):** El síndrome de Bean (Blue Rubber Bleb Nevus) es una enfermedad congénita rara caracterizada por múltiples malformaciones venosas en la piel y el tracto gastrointestinal con una incidencia de alrededor de 1:14.000 nacimientos. Sus manifestaciones clínicas van desde afectaciones cutáneas, viscerales y gastrointestinales; sangrado gastrointestinal, anemia por deficiencia de hierro severa, múltiples nódulos blandos de color azul a púrpura en la piel o las membranas mucosas, en el corazón, el bazo, el hígado, el sistema nervioso central y el tracto gastrointestinal. Para el diagnóstico, los estudios endoscópicos tienen alta sensibilidad y especificidad. El tratamiento es dirigido a la anemia y escleroterapia, además de sirolimus. El abordaje de sangrado digestivo en los pacientes pediátricos, especialmente el clasificado como "oculto", implica un análisis minucioso con el fin de establecer el diagnóstico de forma oportuna, instaurar el tratamiento específico que disminuya la morbilidad e impacte en la calidad de vida.

151. PERFIL DE SENSIBILIDAD Y RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR COCOS GRAM POSITIVOS.

Evelia Torres Escalera, Pediatría, Pediatra, CHMH, Aguascalientes | Victor Antonio Monroy Colin, Infectología, infectólogo pediatra, CHMH, Aguascalientes. | torreseves@gmail.com

Introducción: Existe un gran avance en el conocimiento de los mecanismos de resistencia antimicrobiana, incluyendo bases genéticas y determinantes relacionados a su dispersión. Se encuentra influenciado por la utilización de la lectura interpretada del antibiograma como base del escalón para su reconocimiento. **Objetivo(s):** Describir la susceptibilidad y resistencia a los antimicrobianos e identificar los diagnósticos y síndromes infecciosos frente a cocos grampositivos en pacientes pediátricos, del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, en un periodo de 5 años. **Material(es) y Método(s):** se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, evaluado del 1 de enero de 2018 al 31 de agosto de 2023, en pacientes de 0 a 17 años, hospitalizados, con infección confirmada por cocos grampositivos, a partir de reporte de antibiogramas con perfil de susceptibilidad. Se revisó en cada expediente clínico los datos clínicos y paraclínicos para evaluación de infección por grampositivos. **Resultado(s):** Se recolectaron 548 cultivos de cocos grampositivos, 53.6% cumplieron con criterios de inclusión. Predominio en el sexo masculino (54.76%), edad promedio 4.4 años, rango de 1 mes a 17 años. Muestras de sangre (53.74%), orina (11.90%), LCR (10.20%). Hemocultivo periférico 32.99%, hemocultivo central 20.75%. 43.20% de S. epidermidis, 24.15% de S. aureus, 6.80% E. faecium, 2.04% S. pneumoniae. Tipo de infección: bacteriemias 26.19%. Bacteriemia por S. epidermidis 11.22%, E. faecalis y S. aureus 2.04% cada uno. **Conclusión(es):** Existen pocos ensayos clínicos en pacientes pediátricos, dificultando la elección del tratamiento efectivo. Entre las estrategias implementadas para disminuir la velocidad de progresión del problema se recomienda la administración dirigida de antimicrobianos a los que el patógeno es sensible, administrados en tiempo y dosis correctas. Es fundamental establecer pautas para optimizar el uso de antimicrobianos, otras medidas son la prevención de infecciones nosocomiales, vacunación, así como el desarrollo de nuevos medicamentos para tratar gérmenes resistentes.

150. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLOGICAS DE 530 NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA.

Jesús Javier Martínez García, Terapia Intensiva. Hospital Pediátrico de Sinaloa | Jesús Elmer Pérez Parra, Residente de 3 grado Hospital Pediátrico de Sinaloa | Rossele de Jesús Vega Castro, Neurólogo Pediatra Hospital Pediátrico de Sinaloa, CAS | Esthela Maria Robledo Conde, Pediatra Directora de Centro de Autismo de Sinaloa | jjmtz64@hotmail.com

Introducción: El trastorno del espectro autista (TEA) es un trastorno del neurodesarrollo con una prevalencia actual de 1.7 a 3%, se caracteriza por alteraciones en la comunicación/alteración social y patrones de conducta restrictivos y repetitivos. **Objetivo(s):** Describir las características clínicas y epidemiológicas en niños con TEA. **Material(es) y Método(s):** Estudio de una encuesta retrospectiva y descriptiva de niños con TEA del centro de Autismo de Sinaloa (CAS). El cálculo de la muestra fue de 436 pacientes, el estudio fue aprobado por el comité de ética en investigación con registro 2024. HPS. DI.496. El diagnóstico clínico fue realizado por un neurólogo pediatra y por evaluación neuropsicológica, el grado de severidad de TEA se clasificó por la escala childhood autism rating scale 2 (CARS-2). Utilizamos estadística descriptiva e inferencial. **Resultado(s):** Se estudiaron a 530 niños con TEA, la mediana para la edad fue de 3 años, el sexo masculino fue el más frecuente con 424 casos, con una razón 4:1 con respecto al sexo femenino. El 52.1% (n=276) de los niños con TEA fueron productos de la primera gesta. El 30.9% (n=164) de los nacimientos fueron por cesárea. La sospecha diagnóstica fue realizada por un médico especialista en 54.7% (n=290). En 12.1% (n=64) de los pacientes tenían diagnóstico de epilepsia. Se observaron en 54.71% (n=290) y 45.29% (n=240) casos de TEA leve moderado y grave respectivamente, no se observó diferencia estadística en la clasificación de TEA y en sexo. El 84.9% (n=450) presentaron déficit en la socialización, el 92.5% (n=490) trastorno del lenguaje, 62.8% (n=333) problemas para dormir, 70.9% (n=376) problemas en la alimentación y 87.3% (n=463) con estereotipias, todos los pacientes recibieron algún tipo de tratamiento. **Conclusión(es):** En este estudio observamos una frecuencia de TEA mayor en niños y frecuencias de comorbilidades del neurodesarrollo similares a otros estudios.

152. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE RECIÉN NACIDOS PREMATUROS CON ENTEROCOLITIS NECROSANTE. ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 15 AÑOS.

Oscar Manuel Berlanga Bolado, Responsable de la jefatura de división de pediatría del HRAE Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR | Patricia Rivera Vázquez, Directora de capacitación y desarrollo de la subsecretaría de enfermería Secretaría de Salud Tamaulipas | Magda Valeria Martínez Rosas, R3 de pediatría, HRAE Adscrito a Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR | Eduardo Ulises García Pineda, Médico Pasante de Servicio Social, de Investigación Adscrito a la jefatura de división de pediatría del HRAE IMSS-BIENESTAR, Ciudad Victoria Tamaulipas. | berlangabolado@hotmail.com

Introducción: La enterocolitis necrosante (ECN) es la urgencia del sistema digestivo más frecuente en el periodo neonatal; predominantemente en pretérmino con muy bajo peso al nacer, mortalidad (hasta 20-40%). El tratamiento médico o quirúrgico, evita complicaciones a corto y largo plazo. **Objetivo:** Conocer el comportamiento epidemiológico y clínico de recién nacidos(rn) prematuros con enterocolitis necrosante. Estudio retrospectivo de 15 años. **Material y Método:** Estudio piloto de casos y controles, multicéntrico de 2 hospitales, pareados por peso y edad gestacional, con datos de pacientes de 2007 al 2023. Casos: rn prematuros que ingresaron a las unidades de cuidados intensivos neonatales con diagnóstico de enterocolitis necrosante. Controles: rn sin datos de enterocolitis necrosante. **Resultado:** n=6912 rn de los cuales se enrolaron 124 neonatos, 62 casos y 62 controles. Se presentó ECN I en el 61.2% y ECN II-III en el 38.7%. No hubo diferencias estadísticas en sexo, corioamnionitis, reanimación neonatal, sepsis, ventilación de alta frecuencia oscilatoria, entre otras. Se compararon ambos grupos y se encontró diferencia estadística, ventilación mecánica (VM), hemorragia intracraneal (HIC), nutrición enteral, edad de inicio de síntomas, control prenatal <5 consultas, antibiótico, catéter umbilical y en la regresión logística multivariada hubo significancia estadística con una p=0.03 para patología materna, tipo de parto p= 0.00, VM p=0.02, HIC p=0.04, para inicio de nutrición enteral p=0.007 y para marcadores de infección. **Conclusión:** La técnica de reproducción asistida, edad de inicio de síntomas, días estancia >20 días, cesáreas, edad de diagnóstico, uso de antibiótico, tratamiento quirúrgico, colocación de líneas centrales son factores de alto riesgo para la presencia de enterocolitis necrosante.

153. FENOTIPOS CLÍNICOS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN DERMATOMIOSITIS JUVENIL.

Genny Gutierrez Ramirez, Residente de Pediatría. Universidad del Sinú, Cartagena | Tania Patricia Alvarez Barboza, Médico. Pediatra adscrita al Hospital infantil Napoleón Franco Pareja | Mauricio Guerrero Roman, Médico. Pediatra. Servicio de hematología Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja, Cartagena -Colombia. | Dilia Fontalvo Rivera, Médico Pediatra. Docente adscrito a Universidad del Sinú, EBZ, seccional Cartagena. | Monica Holguin Beltran, Residente de Pediatría. Universidad del Sinú, Cartagena | Maria Camila Niebles Ramirez, Residente de Pediatría. Universidad del Sinú, Cartagena | Melissa Rivero Roca, Residente de Pediatría. Universidad del Sinú, Cartagena | gemainvestigativa@gmail.com

Introducción: La dermatomiositis Juvenil integra al grupo de miopatías inflamatorias idiopáticas más común en edad pediátrica y que por su componente inmunomediado puede presentar manifestaciones en muchos sistemas. Su incidencia anual es cerca del 0,8 al 4,1 por millón de niños, afectando género femenino. **Objetivo(s):** Definir los fenotipos clínicos de los pacientes con dermatomiositis juvenil en Cartagena y su respuesta a los tratamientos instaurados. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo, retrospectivo de historias clínicas de pacientes atendidos la especialidad de Reumatología entre enero del 2015 hasta diciembre del 2022 en un hospital de tercer nivel diagnosticados con dermatomiositis juvenil, por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia con un total de 23 pacientes a los que se les realizó un análisis estadístico descriptivo con frecuencias absolutas y relativas. **Resultado(s):** El 60,86% (n=14) corresponde a sexo femenino, 65,21%. Síntomas principales eritema facial (52,17%), presencia de pápulas de Gottron (52,17%), xerodermia (47,82%) y mialgias/artralgias en un 43,47%. Detección de VSG una mediana de 25,87 (RIC 2- 50) y DE 15,35, CPK mediana de 2081,17 (RIC 37-16900) y DE 4192,30. Clasificando la población según los fenotipos clínico se encontró dermatomiositis clínica, la miositis amiopática y la miositis necrotizante inmunomediada en cada una un 26,08% (n=6) de la población, así como el síndrome anti- sintetasa en un 8,69% (n=2) y enfermedad de superposición en un 13,04% (n=3). **Conclusión(es):** En conclusión, la DMJ es una enfermedad de características autoinmune de compromiso sistémico de rara frecuencia de aparición, que presenta diferentes características clínicas para su abordaje.

155. TRANSLOCACIÓN CROMOSÓMICA NO BALANCEADA T(7;9) (Q36;P11) EN UN NIÑO CON ANOMALÍAS CONGÉNITAS: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Russer Jesus Puente Morales, SERVICIO DE PEDIATRÍA, RESIDENTE SEGUNDO AÑO, HOSPITAL GENERAL DE REYNOSA, REYNOSA, TAMAULIPAS | Sofía Guadalupe Betancourt Ramirez, SERVICIO DE PEDIATRÍA, RESIDENTE SEGUNDO AÑO, HOSPITAL GENERAL DE REYNOSA, REYNOSA, TAMAULIPAS | Jesus Martinez Diez, SERVICIO DE PEDIATRÍA, RESIDENTE TERCER AÑO, HOSPITAL GENERAL DE REYNOSA, REYNOSA, TAMAULIPAS | Astrid Barraza Garcia, SERVICIO DE GENÉTICA, ESPECIALISTA EN GENÉTICA, HOSPITAL INFANTIL DE TAMAULIPAS, CIUDAD VICTORIA, TAMAULIPAS | Claudia Suarez Zarate, SERVICIO DE PEDIATRÍA, PROFESOR TITULAR DE PEDIATRÍA, HOSPITAL GENERAL DE REYNOSA | Luis Oscar Macias Urzua, SERVICIO DE PEDIATRÍA, JEFE DE SERVICIO DE PEDIATRÍA, HOSPITAL GENERAL DE REYNOSA, REYNOSA. TAMAULIPAS | russber_16@hotmail.com

Introducción: se presenta el caso de un recién nacido masculino, hijo de madre de 25 años de edad, con antecedentes perinatales; reportando ultrasonografía materno fetal con múltiples malformaciones, el cual se recibe mediante cesárea a las 39 semanas de gestación por Capurro presentando un APGAR 7/7 con un Silverman Anderson de 0, con características fenotípicas presentadas como dolicocefalia, micro oftalmía, hipotelorismo, coloboma en ojo derecho, hueso nasal hipoplásico y nariz única, paladar ojival, con implantación baja de pabellones auriculares, genitales con micropene y presencia de criptorquidia bilateral, el cual es ingresado a UCIN debido a presencia de hipotonía, respiración irregular y débil, dando manejo paliativo, manteniendo con oxigenoterapia y continuando con protocolo de estudio citogenética por alteraciones fenotípicas encontradas, el cual mediante bandeó GTG se reporta translocación de cromosoma 7;9 (q36;p11). **Descripción del caso:** Se describe un paciente recién nacido de 39 semanas de gestación por Capurro, cebocefalia con una translocación no balanceada t(7;9) (q36;q11) sus repercusiones clínicas y fenotípicas, presentadas y evidenciadas al nacimiento. **Evolución:** se realiza cariotipo debido a hallazgos dismorfofisiológicos, analizando con bandeó GTG, el cual reporta translocación (7;9) (q36;q11). **Conclusión(es):** los hallazgos dismorfofisiológicos encontrados en nuestro paciente no se encuentran estudiados debido a escasa presentación en dicha translocación, por lo cual no está establecido la presencia de características fenotípicas que nos harían sospechar de dicha aberración cromosómica.

154. BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO DE APARICIÓN TARDÍA POSTERIOR A CIERRE QUIRÚRGICO DE DEFECTO AURICULOVENTRICULAR: REPORTE DE CASO.

María Fernanda Servín Martínez, Médico pasante de servicio social | Mauricio Pierdant Pérez, Médico cardiólogo pediatra | fer.servintmz@gmail.com

Introducción: El bloqueo auriculoventricular postoperatorio complica el 3%-8% de las cirugías cardíacas congénitas. El 95% recupera la conducción al 10mo día, pero existe un pequeño riesgo de aparición tardía (meses hasta décadas), existen factores electrocardiográficos en el postoperatorio inmediato que predisponen su aparición. El 1%-3% requieren implantación de marcapasos permanente. **Descripción del caso:** Femenino de 5 años, con diagnóstico prenatal de cardiopatía congénita. Inicia cuadro clínico a los 4 meses postnatales con taquicardia y retraso en crecimiento. Se diagnostica defecto en canal auriculoventricular completo. Tres años después de la corrección quirúrgica presenta bradicardia, se confirma diagnóstico de bloqueo auriculoventricular completo, **Evolución:** Ecocardiograma a los 11 meses reporta ausencia de componentes auriculoventriculares, se confirma diagnóstico con cateterismo cardíaco. Es manejada con Espironolactona y candidata para cierre quirúrgico. Tres años después del mismo, Holter reporta bloqueo auriculoventricular completo y pausas ventriculares mayores a 7.5 segundos, por lo que amerita colocación de marcapasos. Actualmente con adecuada evolución. **Conclusión(es):** Los bloqueos auriculoventriculares postquirúrgicos en pediatría son de baja incidencia, algunas cirugías cardíacas aumentan el riesgo de presentarlo, por lo que se debe tener un adecuado seguimiento clínico y electrocardiográfico en estos pacientes. Se debe identificar factores predictores para bloqueos de aparición tardía en el periodo postquirúrgico y se les deberá dar seguimiento de por vida. La indicación de implantación de marcapasos definitivo en el contexto de bloqueo auriculoventricular postquirúrgico, es la presencia de bloqueo auriculoventricular completo persistente al menos durante 7 días posteriores a la cirugía.

156. LINFOMA DE BURKITT GÁSTRICO PRIMARIO ASOCIADO A LEUCEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Monica Holguin Barrera, Residente de Pediatría | Melissa Rivero Roca, Residente de Pediatría | Maria Niebles Ramirez, Residente de Pediatría | Johana Tirado Iguarán, Residente de Pediatría | Jorge Lujan, Residente de Pediatría | Mauricio Guerrero Román, Pediatra del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja | mlholguinba@gmail.com

Introducción: El linfoma de Burkitt (BL) es un linfoma de Hodgkin (LHN) de células B, muy agresivo, se deriva del linaje germinal y se divide en tres entidades clínicas, todas las cuales presentan reordenamientos del oncogen MYC contribuye a la sobreexpresión de C-MYC asociado a tumores humanos de crecimiento rápido. El LB y su forma leucémica (leucemia linfoblástica aguda de células de Burkitt) son una enfermedad muy agresiva. **Descripción del caso:** Presentamos femenina de cinco años, sin antecedentes, quien ingresa por cuadro de 5 días, caracterizado por episodios de fiebre intermitentes, acompañados de falta de apetito, palidez, dolor abdominal periumbilical y síntomas respiratorios altos. Al examen físico con masa a nivel abdominal y a la auscultación con crepitos en bases pulmonares, a su ingreso con sospecha de neumonía con inicio de antibioterapia, reporte de tomografía abdominal hallazgo hallazgo lesión sólida en epigastrio e hipocondrio izquierdo, derrame pleural bilateral en las bases pulmonares, y múltiples lesiones nodulares hepáticas, sugestivo de neoplasia tipo linfoma, con posteriores estudios medulares en los que evidencia compromiso de médula ósea, configurando así un caso de leucemia burkitt. Estos pacientes tienen una probabilidad significativamente menor de sobrevivir en comparación con los pacientes que presentan recaída de linfoma u otras complicaciones de esta patología. **Conclusión(es):** Al tratarse de una entidad muy poco frecuente, la divulgación de casos como este es pertinente dentro de la literatura global, con el fin de ampliar el conocimiento y favorecer al desarrollo de posibles terapias dirigidas que generen un impacto en la calidad de vida de los pacientes afectados.

157. FACTORES DE RIESGO EN INFECCIONES URINARIAS POR *ESCHERICHIA COLI* BLEES, EN NIÑOS DEL HOSPITAL GENERAL ZACATECAS.

Edmundo Reyes Quiñones, MEDICO PEDIATRA, SSA, ZACATECAS | Jose Antonio Esparza Hernandez, INFECTOLOGO PEDIATRA, SSA, ZACATECAS | Carla Mariana Tapia Solano, MEDICO PEDIATRA, SSA, ZACATECAS | Emmanuel Gonzalez Hurtado, MEDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DE PEDIATRIA, SSA, ZACATECAS | Miriam Guadalupe Morales Hernandez, MEDICO RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE PEDIATRIA, SSA, ZACATECAS | dresparza72@hotmail.com

Introducción: Las infecciones urinarias por *E. coli* BLEE 's son causas de morbi-mortalidad en niños, conociendo la epidemiología local podremos establecer estrategias de prevención. **Objetivo:** Identificar factores de riesgo para infección del tracto urinario por *Escherichia coli* betalactamasas de espectro extendido (BLEE 's) en niños del Hospital General de Zacatecas. **Material y Método:** estudio observacional, analítico, descriptivo y retrospectivo, se seleccionaron urocultivos, con aislamiento bacteriano del 1 de enero al 31 de diciembre del 2021, recabando información clínico - epidemiológica de niños hospitalizados donde se demostró infección de vías urinarias por *E. coli* BLEE 's positivo denominándose casos y BLEE 's negativo como controles. **Resultado:** Se analizaron 159 urocultivos de niños hospitalizados de enero a diciembre 2021, en el 33% se aisló *E. coli* con mayor frecuencia y el 19.5% son positivos a BLEE 's. El grupo que predominó fueron los lactantes con el 64.5%, 93.5% con comorbilidades la más frecuentemente la neurológica 48.3%. Los factores de riesgo identificados son: la hospitalización prolongada ($p=0.04$), una IVU complicada ($p=0.011$), estancia en UTIP ($p=0.014$), haber tenido hospitalizaciones previas en el último mes ($p=0.041$) y recibidos antibióticos previos a su hospitalización ($p=0.043$). **Conclusión:** El conocimiento obtenido propone distinguir en los niños ingresados al H.G.Z con mayor riesgo a desarrollar una ITU por *E. coli* BLEE 's. Analizar los patrones de resistencia para iniciar medidas que reduzcan el uso inapropiado de los antibióticos, así como para guiar una terapia empírica efectiva.

159. USO DE ANÁLOGO DE HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS Y HORMONA DEL CRECIMIENTO EN MASCULINO CON PUBERTAD PRECOZ.

Ana Cristina Flores Dominguez, Departamento de Pediatría, Residente de Pediatría, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L. | Sandra Abigail Sánchez García, Departamento de Pediatría, Residente de Pediatría, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L. | Karla Eugenia Hernández Trejo, Departamento de Pediatría, Médico Adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L. | Leonor Guadalupe Hinojosa Amaya, Departamento de Pediatría, Médico Adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L. | Brenda Valeria Arvizu Lera, Facultad de Medicina, Estudiante, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N.L. | Manuel Enrique De la O Cavazos, Departamento de Pediatría, Jefe del Servicio, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L. | anna_cristinad@hotmail.com

Introducción: La pubertad precoz (PP) es una de las patologías más comunes en la consulta de pediatría, afecta ambos sexos. Es primordial realizar un diagnóstico oportuno e iniciar su manejo sobre todo cuando se observa un compromiso en la talla adulta al momento de realizar la predicción de talla final. **Descripción del caso:** Escolar masculino de 10 años 6 meses quien inicia padecimiento a los 8 años con cambios asociados a la pubertad y acuden a consulta para evaluación de su crecimiento. A la exploración física se encuentra paciente con talla por encima de la p90, creciendo a 15 cm de la talla blanco familiar, volumen testicular de 12 cc. **Evolución:** Se solicita resonancia magnética de cerebro simple la cual se reporta normal, perfil hormonal con alteración de FSH y Testosterona, Edad ósea la cual se reporta en 13 años, se realiza predicción de talla la cual se reporta en 169 +- 3 cm (figura 1) (6.4 cm por debajo de la talla medio parental) por lo que se aborda para pubertad precoz y se inicia tratamiento con hormona liberadora de gonadotropinas y hormona del crecimiento por pobre pronóstico de talla. Se sigue durante 1 año 8 meses en donde se documenta descenso de volumen testicular (12cc a 8cc) así como mejoría del pronóstico de talla final (velocidad de crecimiento = 7.6cm/año) (figura 2) (gráfica 1). **Conclusión(es):** El manejo integral y oportuno no solo puede mejorar la calidad de vida del paciente al prevenir posibles complicaciones psicosociales, sino que también puede tener un impacto significativo en su estatura final, destacando la importancia de una atención cuidadosa y multidisciplinaria en estos casos.

158. SÍNDROME DERMATITIS SEVERA ALERGIAS MÚLTIPLES Y DESGASTE METABÓLICO NUEVA VARIANTE EN GEN DSP EN UN PACIENTE MEXICANO.

Lucía Yuli Juárez Lopez¹, Andrea Viridiana Salgado García¹, Victor Daniel Barcenás Figueroa², Jehu Rivera Vargas.²
¹R3 DE PEDIATRIA, HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MORELIA MICHOACAN, ²MEDICO GENETISTA, ADSCRITO A SERVICIO DE GENETICA HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA, MORELIA MICHOACAN | avirisalgar@gmail.com

Introducción: El síndrome SAM, identificado en 2013, es un trastorno genético autosómico recesivo o dominante que incluye dermatitis severa, alergias múltiples y desgaste metabólico. Dos genes, DSG1 y DSP, están implicados en la formación de desmosomas que mantienen la adherencia y comunicación celular. **Descripción del caso:** Masculino 2 años, gesta 2, padres jóvenes, sanos y no consanguíneos. Nació a término por cesárea, peso y talla para la edad. A los tres meses de edad presenta zonas eritematosas con descamación limitada a la cara y cuello, posteriormente de forma generalizada, se agrega caída de pelo, cejas, pestañas y uñas. A los 6 meses de edad exacerbación de la eritrodermia, así como alergia alimentaria, otitis externa y blefaroconjuntivitis alérgica. Peso y talla < 2DE. **Evolución:** Se utilizaron corticoides tópicos, inhibidores de la calcineurina, emolientes, sin presentar mejoría. Otra opción son los retinoides, se utilizó isotretinoína presentando una mejoría parcial. Los anticuerpos monoclonales como dupilumab, ustekinumab, secukinumab recomendados actualmente, no estaban disponibles en nuestro hospital. **Conclusión:** Reportamos el primer caso mexicano de síndrome SAM, caso número ocho a nivel mundial por mutación en el gen DSP. El pili annulati condiciona la sospecha de tricotodistrofias, sin embargo, el estudio genético molecular fue negativo, consideramos este hallazgo como incidental más que asociado. La variante en gen DSP, c.458C>A (p.Ala153Glu) no ha sido previamente reportada en la literatura en pacientes con trastornos relacionados a DSP. En base al análisis in silico que predice a esta variante como disruptiva y al fenotipo del paciente consideramos esta variante como probablemente patogénica.

160. DENGUE NEONATAL, REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES JAVIER BUENFIL OSORIO.

Diego de Jesus Suarez Kantun, Pediatría, residente, Hospital General de Especialidades, Campeche, Campeche | Gadiel Abner Espinosa Aguilar, Pediatría, Adscrito, Hospital General de Especialidades, Campeche, Campeche | dskantun@gmail.com

Introducción: La presentación en neonatal por infección vertical se presenta hasta en un 1 a 10 % lo que lo hace excepcional, sin embargo, es de vital importancia ante el antecedente materno de enfermedad por dengue iniciar protocolo diagnóstico al recién nacido, por la morbimortalidad reportada de hasta un 20-25 %. **Descripción del caso:** Hijo de madre de 25 años, gesta 3, hipertensas crónicas, en tratamiento con nifedipina y alfa metil dopa, 9 consultas prenatales, amenaza de parto pretérmino a las 32.4 semanas de gestación con una aplicación de dexametasona, con diagnóstico de dengue desde 1 de enero del 2024, intervenida por vía abdominal y anestesia general por datos de choque III, bradicardia fetal oligo hidramnios. Nace masculino de 32.4 semanas de gestación con peso de 1650 gramos, requiriendo maniobras avanzadas de reanimación e ingreso a terapia intensiva con intubación orotraqueal, por prematuridad, SDR, depresión respiratorias y asfisia perinatal. **Evolución:** Ingresó a terapia intensiva el día 8 de enero, con un apgar de 3-6, sin esfuerzo respiratorio requirió reanimación avanzada e intubación orotraqueal, se indica surfactante a dosis estándar se deja en ventilación mecánica en modalidad asistido por presión durante 4 días. **Conclusión(es):** Respecto a era pre - pandemia a la actual post pandemia durante la temporada septiembre del 2023 a enero del 2024, se logró el diagnóstico de 7 casos confirmados a través de pruebas serológicas en nuestra unidad el Hospital General de Especialidades Javier Buenfil Osorio, cabe mencionar que estos casos son los primeros en reportarse a nivel estatal, ya que en los últimos 5 años no se había tenido registro de estos casos; la evolución de todos los pacientes sin otra comorbilidad (prematuros, sufrimiento fetal, dificultad respiratoria) fue favorable, encontrando en laboratorios a los 3 o 4 días de nacido.

161. MORTALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS EN NIÑOS INGRESADOS A CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DEL OCCIDENTE MEXICANO.

Andrea Carolina Urbina Villela¹, Juan Carlos Lona Reyes², Alfonso Lopez Godínez², Liliana Camarena Vielma³, Ruth Yesica Ramos Gutiérrez², Fernando Alatorre Rendón.³
¹R3 de Pediatría. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan. Menchaca, Jalisco, ²Infectología pediátrica. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Jalisco, ³Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Jalisco, ⁴Urgencias Médico Pediátricas. Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca, Jalisco. caro.urbina.v@gmail.com

Introducción: Los pacientes pediátricos que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) presentan tasas de mortalidad de 8.5 a 31%, siendo las principales causas de ingreso los padecimientos respiratorios, cardiovasculares y oncológicos. **Objetivo:** Estimar la mortalidad de niños que ingresan a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) e identificar los factores asociados. **Material y Método:** Estudio de cohorte prolectivo. Se incluyeron los pacientes ingresados en la UCIP de septiembre del 2019 a septiembre del 2022. Se estimó la tasa de mortalidad con IC 95% y los factores asociados se estudiaron mediante análisis multivariado con regresión logística. **Resultado:** Se incluyeron 315 pacientes que tuvieron 377 ingresos a la UCIP, la mediana de edad fue 60 meses y el 56.5% fueron de sexo masculino. La mediana del tiempo de estancia en la UCIP fue de 4 días. La mortalidad fue de 22.2 defunciones por cada 100 ingresos (IC 95% 17.9 – 27.1). Los factores asociados fueron padecer neoplasias hematológicas (OR 4.2, IC 95% 2.1 – 8.3) o miocardiopatías (OR 23, IC 95% 2.3 – 228); requerir de ventilación mecánica (OR 3.6, IC 95% 1.7 – 7.3) o hemoderivados (OR 2.4, IC 95% 1.3 – 4.3) y un lactato sérico anormal elevado al ingreso (OR 1.2, IC 95% 1.1 – 1.4). La admisión electiva a la unidad se asoció con menor riesgo de muerte (0.19, IC 95% 0.04 - 0.81). **Conclusión:** En pacientes que ingresan a la UCIP la presencia de neoplasias hematológicas o miocardiopatías incrementan significativamente la mortalidad. Otros factores asociados son el aumento del lactato sérico al ingreso y requerir ventilación mecánica o hemoderivados.

163. RELACIÓN DEL SEXO EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD TIROIDEA AUTOINMUNE EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.

Jaime Isaac Davila Orozco, Estudiante, universidad veracruzana región Orizaba-Córdoba | Alfonso Pacheco Graillet, Estudiante, universidad veracruzana región Orizaba-Córdoba | Zuriel de Jesus Muñoz Avalos, Estudiante, universidad veracruzana región Orizaba-Córdoba | Oscar samuel Aguirre Mendez, Estudiante, universidad veracruzana región Orizaba-Córdoba | taki.davila@icloud.com

Introducción: La enfermedad tiroidea persiste en los pacientes con diabetes mellitus inmunodependiente como un peligro latente; la tendencia en este tipo de pacientes aumenta con relación directa a la edad y nivel de sobrepeso, debido a que la hormona tiroestimulante (THS) plasmática y hormonas tiroideas aumentan levemente según la edad y el peso, sin embargo esto solo sucede en los pacientes masculinos ya que las niñas durante la pubertad y adolescencia aumentan de peso y perímetro de cintura, sin embargo sus hormonas tiroideas no se ven aumentadas lo que puede conllevar a una ETA como la hipotiroiditis. **Objetivo(s):** Establecer correlación entre el sexo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y el desarrollo de la enfermedad tiroidea autoinmune. **Material(es) y Método(s):** Se trata de un estudio observacional transversal y descriptivo donde se estudiaron a 109 pacientes que presentaban diabetes mellitus tipo 1, posteriormente acudieron al departamento de endocrinología del Hospital Infantil de México 'Federico Gómez' en el periodo comprendido entre febrero y septiembre de 1998. De la misma forma se usaron datos de un estudio realizado de una muestra de 210 niños con obesidad con edades entre 2 y 18 años que acudieron a la Pontificia Universidad Católica de Chile a consulta entre enero de 2007 y junio de 2012. **Resultado(s):** Se menciona que en la mayoría de los casos la DM1 y la enfermedad tiroidea autoinmune suele coexistir, donde se resalta que existe una mayor frecuencia de la enfermedad autoinmune tiroidea en el sexo femenino que en el masculino. **Conclusión(es):** Se encontró una relación directa del sexo de los sujetos de prueba con una mayor o menor incidencia a presentar una enfermedad tiroidea, lo que justifica recomendar un tamizaje con THS en los niños, así como amentar las consultas de prevención en niñas con DMID.

162. EVALUAR Y ANALIZAR LA SELECCIÓN DE REFRIGERIOS DE LOS ALUMNOS DE PRIMER SEMESTRE DEL ÁREA DE SALUD.

Maryam Concepción Olivares Rosas, Estudiante de Nutrición, Universidad de Guadalajara, Jalisco | Yolanda Lizeth Pérez Romo, Estudiante de Nutrición, Universidad de Guadalajara, Jalisco | Ximena Pérez Ramos, Estudiante de Nutrición, Universidad de Guadalajara, Jalisco | Bony Daniel Torres Loera, Estudiante de Nutrición, Universidad de Guadalajara, Jalisco | olivaresmaryam@gmail.com

Introducción: La investigación analiza las elecciones de refrigerios de estudiantes de primer semestre en salud, resaltando su impacto en el bienestar. Busca identificar influencias y áreas de mejora para promover hábitos alimentarios saludables. **Objetivo(s):** El estudio busca comprender las elecciones de refrigerios de los alumnos de primer semestre en salud, identificar factores influyentes y proponer recomendaciones para fomentar hábitos alimentarios saludables en el entorno estudiantil. **Material(es) y Método(s):** El estudio es transversal y observacional, con 50 participantes de primer semestre en salud. Se lleva a cabo en Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, México. Los criterios de selección incluyen edad y pertenencia al centro universitario. Las variables dependientes e independientes se evalúan mediante encuestas y registros. El procedimiento implica informar a los estudiantes y recopilar datos a través de un formulario en línea. El cronograma incluye la elaboración y publicación del formulario, con la recolección de datos el 5 de marzo. **Resultado(s):** Los resultados revelan que los estudiantes del primer semestre en salud tienden a elegir refrigerios poco saludables. Factores como la disponibilidad, el conocimiento nutricional y las influencias externas influyen en estas elecciones. **Conclusión(es):** La investigación examinó la selección de refrigerios entre estudiantes de primer semestre en salud, identificando factores influyentes y proponiendo intervenciones para fomentar hábitos alimentarios saludables. Se consideraron aspectos éticos y administrativos.

164. MANIFESTACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME DE ANTIFOSFOLÍPIDOS EN EDAD PEDIÁTRICA.

Reyna Stephany Picazo Gutiérrez, PEDIATRIA, RESIDENTE, HOSPITAL REGIONAL DE MONTERREY ISSSTE, NUEVO LEÓN | Maya Itzel Lira Reyes, Servicio de pediatría, R3, Hospital Regional de Monterrey ISSSTE, Nuevo León | Jessica Yajera Encinia De la Rosa, Servicio de pediatría, Pediatra intensivista, Hospital Regional de Monterrey ISSSTE, Nuevo León. | Ángelyair Garza Cervantes, IV/Servicio de pediatría, R2, Hospital Regional de Monterrey ISSSTE, Nuevo León. | Eduardo Diaz De León Cano, Servicio de pediatría, Médico adscrito, Hospital Regional de Monterrey ISSSTE, Nuevo León. | stephanypicazog@gmail.com

Introducción: Lupus eritematoso sistémico (LES), es una enfermedad crónica autoinmune con manifestaciones multiorgánicas graves. Durante la niñez es raro y la incidencia va de 3.3-8.8/100,000 niños. Además, el síndrome antifosfolípido (SAF), es otra enfermedad autoinmune, estrechamente relacionada con LES caracteriza por alto riesgo de trombosis. **Descripción del caso:** Paciente femenina de 10 años acude a urgencias por cuadro anémico de 7 meses de evolución. **Evolución:** A su llegada se toman laboratorios destacando, hemoglobina 5.3 g/dL y hematocrito 17.5 % por lo que se ingresa para abordaje. Se descartaron enfermedades mieloproliferativas e infecciosas para finalmente, como exclusión, abordarse para enfermedades reumatológicas cumpliendo con 19 puntos de los criterios ACR/EULAR. Posteriormente inicia con manifestaciones neuropsiquiátricas sospechándose neuropulpos como primer diagnóstico. Sin embargo, al solicitarse RM de cerebro contrastada se diagnóstica trombosis venosa cerebral parcial del seno trasverso, sigmoideo y vena yugular interna de lado izquierdo con infarto venoso temporal izquierdo ipsilateral sugiriendo diagnóstico de SAF. **Conclusión(es):** Las manifestaciones neurológicas de LES son de mayor severidad en niños que en adultos con alta probabilidad de daño irreversible. En neuropulpos se engloban 19 síndromes neuropsiquiátricos centrales y periféricos destacando la enfermedad cerebrovascular hasta desórdenes cognitivos. Por otro lado, en el SAF las manifestaciones trombóticas son raras debido a bajos factores de riesgo protrombóticos en la edad pediátrica, sin embargo, puede ser una manifestación inicial, como en el caso del paciente. A pesar de ser enfermedades con alto riesgo de morbimortalidad, no existen criterios establecidos para la edad pediátrica con un amplio margen de investigación tanto en abordaje como tratamiento.

165. BACTERIEMIA POR KLEBSIELLA OXYTOCA RESISTENTE A CARBAPENEM EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO.

Daniela Sierra Cardona, Servicio de Pediatría, R3, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP | Hector Aguirre Alvarado, Servicio de Infectología Pediátrica, Medico Adscrito, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP | Juve Eduardo Ignacio Santiago, Servicio de Pediatría, R2, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, SLP | danychu90@hotmail.com

Introducción: Los casos de infecciones por enterobacterias resistentes a carbapenémicos están en aumento en población pediátrica, especialmente en pacientes oncológicos y neonatos, con hospitalizaciones prolongadas y uso frecuente de antibióticos. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 5 años, con antecedentes de LLA con recaída a retinas y portador de catéter puerto, presenta fiebre de 39.7°C, se aborda con protocolo de hora dorada. **Evolución:** Hemocultivos central y periférico y se inicia piperacilina tazobactam. Tratamiento: Meropenem a dosis altas en infusión para 3 horas y Tigeciclina, así como retiro del catéter puerto y cultivo reportándose el mismo germen y sensibilidad. el paciente presenta una progresión clínica y bacteriológica favorable, evidenciada por la ausencia de patógenos en los hemocultivos de seguimiento. **Conclusión(es):** La resistencia a carbapenémicos es la falta de susceptibilidad a al menos un carbapenémico en estudios de sensibilidad antimicrobiana. Las drogas como ceftazidima/avibactam son la mejor opción terapéutica, su disponibilidad es limitada en nuestro hospital. Siguió un protocolo estándar basado en el antibiograma, reconociendo que debemos contar con análisis moleculares para un tratamiento óptimo. La situación es común en hospitales donde se deben buscar alternativas. En este caso, la elección de meropenem y tigeciclina resultó efectiva. Cada uno requiere un enfoque individualizado, especialmente donde los recursos son limitados. Aunque no contamos con todas las medidas ideales, podemos buscar opciones efectivas. Optamos por una estrategia de tratamiento que se adaptó a las limitaciones, destacando la importancia de seguir explorando opciones terapéuticas en entornos con diferentes al ideal.

167. EXTROFIA CLOACAL: DIFICULTADES POSTERIORES AL CIERRE PRIMARIO.

Laura Estefany Salinas Nuñez¹, Ana Bertha Rodríguez López², Sindy Adriana García Calderón³, Verónica Romo Conrique⁴, Christian Ortiz Méndez⁵, Mariana Elizabeth Magdaleno Hernández⁶, Raquel Arenas Rojas¹, Luis Alberto Morán Vaquera¹, Esperanza Márquez Galindo.⁵

¹Residente de 2do neonatología, Hospital de pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, ²Profesora titular de neonatología. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jalisco, ³Profesora adjunta de neonatología. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jalisco, ⁴Terapia intensiva neonatal. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jalisco. ⁵Mónica, ⁶Jefa del servicio de neonatología. Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente. Guadalajara, Jalisco. | salinas.estefy@gmail.com

Introducción: La extrofia cloacal es la forma más rara y extrema del complejo de extrofia-epispatias. Frecuencia estimada de 1 de cada 200.000 a 400.000 recién nacidos. **Descripción del caso:** Se trata de recién nacido pretérmino de 36 sdg con ultrasonido prenatal a las 16 semanas de gestación reportando extrofia cloacal. Se observan genitales ambigüos, ano imperforado, onfalocelo, hemivejiga, colon sigmoide y recto evertidos. A los 31 días de vida se realiza colostomía, reconstrucción de vejiga urinaria con colocación de sonda, vesicostomía y catéter doble J. **Evolución:** Estudios de imagen: Ultrasonido abdominal: riñón derecho de ubicación ectópico en región pélvica ipsilateral. Se observa imagen protruida en la región hipo gástrica posiblemente sugerente de extrofia vesical sin observar orina al interior de la vejiga urinaria e impresión de asas de intestino y grasa epiploica. Estudios moleculares: Cariotipo: 46, XY [30] Tratamiento: Se realizó cierre primario no exitoso. En su evolución postquirúrgica presenta dehiscencia de herida, con salida de catéter doble J y de sonda de vesicostomía en forma accidental. **Conclusión:** Discusión: Se reconocen 2 vertientes para el tratamiento de la extrofia de cloaca: cierre primario y corrección escalonada. Hasta el momento se ha observado una mejor tasa de éxito en el cierre primario. Sin embargo, el cierre exitoso dependerá no solo del procedimiento quirúrgico. El riesgo de que un paciente con extrofia cloacal amerite un cierre secundario es alto y depende mucho de la experiencia del centro donde se realice el primer procedimiento, así como las condiciones generales del paciente: estado nutricional, peso, y si se realizó la osteotomía del pubis.

166. HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS NO LANGERHANS; REPORTE DE CASO EN EL CENTENARIO HOSPITAL MIGUEL HIDALGO.

Miguel Angel Rodriguez Ruiz¹, Elva Jeanett Aguado Barrera², Eva Luz Alvarez Muñoz³, Yesenia Mariel Herrera Sandoval¹, Cynthia Leticia Reyna López.³

¹Hematología Pediátrica, Medico Adscrito, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. ²Pediatría, Medico Adscrito, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. ³Pediatría, Residente, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, mariel.hesan27@gmail.com

Introducción: Se presenta el caso clínico de un paciente con diagnóstico anatomopatológico de histiocitosis de células no Langerhans; clasificado mediante criterios clínicos, anatomía patológica (inmunohistoquímica) y evolutivos. El diagnóstico todavía es objeto de debate y es complejo debido a la existencia de formas de transición entre diferentes entidades, casos clínicos o histológicos fronterizos y modificaciones de la histología en función del estadio evolutivo. **Descripción del caso:** Masculino de 6 años, 9 meses, previamente sano, inicia padecimiento en diciembre de 2023 con hiporexia, plenitud postprandial y constipación, posteriormente se agrega vómito de contenido gastroalimentario en múltiples ocasiones y dolor en extremidades inferiores. Un mes posterior se agrega ascitis y edema de miembros inferiores. Se realizó TAC toracoabdominal donde se reportó hepatoesplenomegalia. Ingres a al CHMH en marzo de 2024 por ictericia, ascitis y exantema maculo-papular localizado en cara interna de ambos muslos y dorso de ambos pies, bordes irregulares, confluyente. **Evolución:** Anemia normocítica normocromica arregenerativa, coagulograma con tiempo de protrombina prolongado (TP.22.5vs11/INR.1.93), perfil hepático con elevación de transaminasas con TGO.102, TGP. 65, GGT. 47, DHL. 975/FA. 233/Albúmina. 1.6. Aspirado de médula ósea sin datos sugestivos de neoplasia hematológica. Biopsia de ganglio cervical, con diagnóstico de histiocitosis de células no Langerhans, se administra quimioterapia con vinblastina + prednisona. **Conclusión:** En este caso pudimos observar cómo la Histiocitosis se convirtió en un diagnóstico de exclusión, posterior a la confirmación, al determinar la inmunohistoquímica y el diagnóstico anatomopatológico se pudo documentar la presencia de un tipo de Histiocitosis que es poco común, permitiendo el inicio del tratamiento y la mejoría clínica del paciente.

168. REPORTE DE CASO: SOSPECHA DE ALTERACIÓN EN MOSAICO DEL BRAZO CORTO DEL CROMOSOMA 12.

Raquel Arenas Rojas¹, Mariana E. Magdaleno Hernandez¹, Luis A. Moran Vaquera¹, Estefany Salinas Nuñez¹, Ana Bertha Rodríguez López², Sindy A. García Calderón³, Bertha Alicia Sandoval Pérez², Mónica E. Márquez Galindo.³

¹NEONATOLOGIA, RESIDENTE DE NEONATOLOGIA SEGUNDO AÑO, IMSS, GUADALAJARA, JALISCO, ²Servicio de Neonatología, Médico de base, CMNO Hospital de Pediatría, Guadalajara, Jal., ³Servicio de Neonatología, Jefa de Servicio, CMNO Hospital de Pediatría, Guadalajara, Jal. | rar_0111@hotmail.com

Introducción: El síndrome de isocromosoma 12p en mosaico, es causado por una alteración que ocasiona una tetrasomía de 12p en mosaico. **Descripción del caso:** Masculino, producto de la cuarta gesta, regular control prenatal, embarazo normoevolutivo. A las 18 sdg por ultrasonido se detecta agenesia de porción lumbosacra, extremidades inferiores con disposición anormal, pie equinovaro bilateral, diámetro pélvico reducido, aumento de pliegue nucal, arterial umbilical única, agenesia renal derecha con hidronefrosis izquierda. Nace vía vaginal, Capurro de 39 sdg, peso 2450 g, bajo para edad gestacional, puente nasal amplio, paladar alto, falta de desarrollo del hélix, cuello corto, arteria umbilical única, extremidades superiores e inferiores con hipotonía, falta de desarrollo muscular, pie equino varo bilateral, ano imperforado, genitales ambigüos, hipospadias, foseta sacra. Hospitalizado desde su primer día de vida para abordaje multidisciplinario. **Evolución:** Se realizaron diferentes procedimientos quirúrgicos, se descartaron otras causas de ambigüedad de genitales, se solicitó cariotipo, considerando dentro de los diagnósticos diferenciales una anomalía cromosómica. A los 79 días de vida, fallece por choque séptico. **Conclusión:** El fenotipo de este síndrome incluye malformaciones craneo-faciales, ano-rectales y de las extremidades, en el presente caso, la sospecha clínica se hizo por estas alteraciones. Su diagnóstico es complejo, y el reconocimiento de las características clínicas es esencial. Se integra con cariotipo y mediante FISH. Aun no se cuentan con terapias específicas, únicamente rehabilitación y apoyo educativo, así como múltiples cirugías correctivas, por lo que el manejo de estos pacientes se hace difícil, prolongando su estancia hospitalaria y mal pronóstico.

169. SÍNDROME DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS NO TROMBÓTICO EN UN CENTRO PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL, SERIE DE CASOS.

Ariadna Marisol Meza Luna, Pediatría, R3, Hospital para el niño Poblano, Puebla. | Luis Alberto Aparicio Vera, Reumatología pediátrica, Médico Adscrito, Hospital para el niño Poblano, Puebla. | marylorien.2330@hotmail.com

Introducción: El Síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (SAF) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por eventos de trombosis y/o complicaciones obstétricas. Existen manifestaciones no trombóticas de las cuales se cuenta con información limitada y no se tiene consenso sobre los criterios diagnósticos y el tratamiento para la edad pediátrica. **Descripción del caso:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en pacientes pediátricos del hospital para el niño poblano con diagnóstico de SAF no trombótico. **Evolución:** Se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de SAF no trombótico, se obtuvieron 18 pacientes, el 78% del género femenino. La edad principal al diagnóstico fue la adolescencia, representada en un 61% y en segundo lugar la edad escolar con un 39%. La principal manifestación fue la trombocitopenia, reportada en el 61% de la población estudiada. A nivel serológico llama la atención que el 45% contaba con triple marcador positivo. **Conclusión(es):** El SAF no trombótico es una entidad identificada en la población pediátrica pero no considerada para los criterios diagnósticos actuales. Siendo relevante ya que la manifestación clínica considerada son los eventos obstétricos, cuya presentación es excepcional en la edad pediátrica. La inclusión de los criterios no trombóticos permite identificar pacientes con esta patología. El SAF no trombótico en edad pediátrica debe considerarse en otras situaciones clínicas no asociadas a trombosis, principalmente trombocitopenia y se deba dar un estrecho seguimiento con toma de marcadores serológicos específicos de esta entidad por el riesgo de presentación en un periodo de tiempo no mayor a 5 años.

171. BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR CONGÉNITO, REPORTE DE CASO.

Luis Alberto Moran Vaquera¹, Laura Estefany Salinas Núñez², Raquel Arenas Rojas¹, Mariana Elizabeth Magdaleno Hernández², Ana Bertha Rodríguez López², Elizabeth Quezada Cuevas Scarlet², Sindy Adriana García.²

¹Servicio de Neonatología, Residente de segundo año, Hospital de Pediatría CMNO, Guadalajara, Jalisco. ²Servicio de Neonatología, Médico Adscrito, Hospital de Pediatría CMNO, Guadalajara, Jalisco luis.moran@hotmail.com

Introducción: La prevalencia del bloqueo auriculoventricular congénito se estima en 0,005%, 1/15.000-20.000 nacimientos. Diagnóstico frecuente entre las semanas 18 y 24 del embarazo. Las causas incluyen alteraciones del desarrollo embrionario del nódulo auricular por fibrosis en las enfermedades autoinmunes maternas (LES en 60-95%), defectos del tabique ventricular, incluida anomalía de Ebstein, que debuta con PR prolongado. El riesgo de bloqueo cardíaco en hijos de madres anti-SSA/Ro positivas equivale del 2%-5% en el primer embarazo, hasta 12%-25% para embarazos subsecuentes. **Descripción del caso:** Femenino de 35 SDG, producto de la G2, nace por cesárea por bradicardia fetal, sin datos de asfixia perinatal. Ultrasonido obstétrico a las 13 y 20 semanas se detecta bradicardia, 2 meses previos al nacimiento la madre presenta equimosis en miembros pélvicos, pérdida de peso, gingivorragia, detectándose LES (Anti-Ro 178.94/ANA 1:320), manejada con hidroxycloquinina. La paciente presenta bradicardia desde nacimiento, datos de bajo gasto cardíaco manejada con inotrópico y vasopresor. Es referida a tercer nivel para manejo especializado. **Evolución:** Electrocardiograma: Ritmo de escape AV, frecuencia ventricular 65 lpm y auricular 187 lpm, PR 160-200 ms, QRS 80 ms, sin relación entre P y QRS, disociación 3:1. **Conclusión:** Los bloqueos AV congénitos son extremadamente raros, en los hijos de madre con anti-SSA/Ro y anti-SSB/La positivos el paso transplacentario desde la semana 12 del embarazo ocasiona internalización de los canales de calcio generando inflamación, degradación y calcificación del sistema de conducción cardíaca por ataque de células T efectoras, lo que conduce a la reparación fibrótica con el consecuente trastorno de la conducción cardíaca. Se estima que la supervivencia a 10 años es aproximadamente del 86%, mientras que 70% requiere un marcapasos implantable.

170. NEUMONÍA GRAVE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR ACINETOBACTER BAUMANNII COMPLEX. REPORTE DE CASO.

Victor Hugo Herrera Aboytes¹, Paula María Picazo Lechuga², Silvia Angélica Oviedo Hernández¹, Alondra Orozco Zavala¹, María José Ramírez Mora¹, Andrea Vidal Romero.²

¹Residente de segundo año de pediatría, Hospital General Regional, El Marqués, Querétaro. ²Residente de tercer año de pediatría, Hospital General Regional, El Marqués, Querétaro. | victor.herrera03@anhuauc.mx

Introducción: *Acinetobacter baumannii* es un cocobacilo gram negativo de la familia Neiseriaceae, descrito como el agente causal de neumonías nosocomiales en pacientes inmunocomprometidos y en las unidades de cuidados intensivos, sin embargo, es una causa infrecuente de neumonía adquirida en la comunidad. **Descripción del caso:** Lactante femenino de 1 año 4 meses que inició el 09/06/2023 con rinorrea hialina, accesos de tos productiva, secreción amarillenta ocular bilateral, con alzas térmicas. El día 15/06/2023 presentó fiebre y datos de dificultad respiratoria. Ingresó a urgencias, en choque séptico descompensado, dificultad respiratoria, saturación de 68%. Se inició micronebulizaciones, control térmico e hidratación endovenosa, con deterioro progresivo, ameritó manejo avanzado de la vía aérea y apoyo vasoactivo dinámico. **Evolución:** tórpida e ingresa a UTIP, por neumonía adquirida en la comunidad. Radiografía de tórax con patrón retículo intersticial micro nodular de predominio en hemitórax derecho. Se inició ceftriaxona, oseltamivir. El 19/06/2023 sin mejoría, con soporte vasopresor y elevación de reactantes de fase aguda se decide escalar manejo antimicrobiano con piperacilina tazobactam y vancomicina. El 20/06/2023 cultivo de secreción bronquial con reporte de *acinetobacter baumannii* sensible a cefepime. El 22/06/2023 inició con picos febriles 38.5 -40°C, con evolución tórpida, secreción espesas sanguino amarillentas, se cambio antibiótico con imipenem completando 10 días de tratamiento. Permaneció 20 días hospitalizada, 18 con ventilación mecánica invasiva. Es egresada a su domicilio en buenas condiciones generales. **Conclusión:** *acinetobacter baumannii* es una causa infrecuente de neumonía adquirida en la comunidad, aunque debe sospecharse en pacientes inmunocomprometidos y en aquellos que no evolucionan favorablemente en los primeros días de ingreso con tratamiento convencional.

172. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE VIH EN CAPASITS, PUEBLA.

Juvenal Salgado Valencia, Residente de Tercer año Pediatría Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez N | María del Rocío Hernández Morales, Médico adscrito de Inmunología y Alergología Pediátrica Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez N | Ana María Espinosa Taxis, Médico Pediatra adscrita al área de CAPASITS Puebla | juve.salgado@outlook.com

Introducción: El virus del VIH pertenece a la familia de los retrovirus. Su característica patogénica esencial es el tropismo que presenta por los linfocitos T y los macrófagos que expresan CD4+ en su superficie. La inmunosupresión que provoca una vez establecido como SIDA, reduce el número de los linfocitos T CD4+, comprometiendo las funciones de la respuesta inmune. **Objetivo(s):** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes pediátricos con diagnóstico de VIH en CAPASITS Puebla. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional, analítico y transversal. Muestreo: No probabilístico Población: Todos los pacientes de edades pediátricas que cuenten con diagnóstico confirmado de VIH de CAPASITS Puebla. **Resultado(s):** Se incluyeron 83 pacientes de CAPASITS Puebla, 44 hombres y 39 mujeres. La edad promedio fue de 7.6 años. La mayoría de los pacientes residía fuera de la ciudad de Puebla y la vía de infección predominante fue la vertical. 75 pacientes se encontraron estables y 8 en falla. Todos los pacientes tenían cifras de CD4+ mayores de 200/ml. El método diagnóstico más empleado fue la carga viral. De las manifestaciones infecciosas predominantes, se observó predominio de candidiasis y estomatitis. De las no infecciosas se identificaron caries, linfadenopatías, dermatopatías y pérdida de peso. En cuanto a tratamiento, la Zidovudina fue la más utilizada. El análisis de grupos respecto estado inmunológico fue para carga viral ($p=0.001$) con respecto a vía de transmisión y para clasificación de CDC. **Conclusión(es):** La mayor área de oportunidad detectada sigue siendo el diagnóstico oportuno, principalmente mujeres para la instauración de terapia antirretroviral en etapas iniciales del embarazo. La transmisión vertical es la más frecuente en este grupo etario. Estos resultados pueden ser empleados como oportunidad para la mejor atención de los niños que viven con VIH, así como para futuras investigaciones que impacten favorablemente en su manejo y pronóstico.

173. REPORTE DE CASO: MANEJO NUTRICIONAL EN PACIENTE DE 14 AÑOS CON SÍNDROME DE AICARDI.

Maria del Rosario Contreras Peregrina¹, Anna Elisa García Berenfeld², Ximena Itzel Del Rio Murillo³, Alexia Cañibe Ruiz², Miralda Plascencia Herrera², Thalia Marilyn Carrillo Chávez.³

¹Urgenciología pediátrica, Hospital San Javier, Médica adscrita y Profesora de Pediatría en Tecnológico de Monterrey Campus Guadalajara, Jal., ²Médico pasante del servicio social, Tecnológico de Monterrey Campus Guadalajara, Jal., ³Licenciada en nutrición con diplomado en nutrición enteral y parenteral, Hospital San Javier, Guadalajara, Jal. |rosariocontreras@tec.mx

Introducción: El Síndrome de Aicardi (SA) consta de una tríada de espasmos infantiles, agenesia del cuerpo calloso y lagunas coriorretinianas, hay pocas estandarizaciones sobre el abordaje hacia estos pacientes, sobre todo, en el aspecto nutricional. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 14 años diagnosticada a los 8 meses con SA. A los 8 años tuvo múltiples episodios de neumonía por broncoaspiración y malnutrición severa, se colocó un tubo de gastrostomía para el inicio de alimentación enteral mixta y artesanal. Presentó mejoría en los parámetros nutricionales y disminución en el número de hospitalizaciones. **Evolución:** A los 3 meses de edad presenta espasmos infantiles, se le realizó TAC de cráneo en la cual se identificó agenesia de cuerpo calloso, a los 8 meses se encontraron lagunas coriorretinianas, y se realizó el diagnóstico de SA. Además, se encontraron una serie de marcadores con los que se pudo detectar la existencia de un déficit nutricional: índice de masa corporal con 2 desviaciones estándar debajo de la media, pliegue tricipital y/o perímetro braquial menor que el percentil 10 para su sexo y edad, así como falta de ganancia de peso o talla. En 2018 se realizó la gastrostomía; previo al procedimiento, la paciente presentaba un promedio de cuatro a cinco neumonías bacterianas por año, relacionadas a microaspiraciones. Después del procedimiento disminuyeron los episodios de neumonía. Tuvo un aumento de peso del 65% y 6% de talla. **Conclusión:** El tratamiento por medio de gastrostomía ha mejorado la sobrevida de la paciente al incrementar su peso, su fuerza muscular y disminución de los episodios de neumonía grave bacteriana por microaspiraciones.

175. SÍNDROME DE WILKIE, CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL ALTA EN PEDIATRÍA. REPORTE DE UN CASO.

Alejandro Daniel Paredes Alcocer¹, Oriana Parra Gaiani², Yazmin Quiñones Pacheco³, Felipe Sanchez Losa⁴, Gabriel Herrera Can.⁴

¹Servicio de pediatría del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán", SS Mérida, Yucatán, México, ²Servicio de pediatría; Médica interna de pregrado; del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" SS; Mérida, Yucatán, México, ³Médica adscrita de gastroenterología pediátrica; del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" SS; Mérida, Yucatán, México, ⁴Médico adscrito de cirugía pediátrica; del Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" SS; Mérida, Yucatán, México. |adpar02@gmail.com

Introducción: El síndrome de Wilkie o síndrome de la arteria mesentérica superior es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal alta en pediatría. Se presenta cuando la tercera parte del duodeno se obstruye, parcial o totalmente por la arteria mesentérica superior. La incidencia global es del 0.013 al 0.3% entre los 10 y 40 años, con relación mujer hombre de 3:2. **Descripción del caso:** Mujer de 12 años con 6 meses de evolución con epigastralgia, vómitos, saciedad temprana y pérdida de peso mayor a 10 kg, valorada por múltiples médicos con estudios complementarios normales. Referida a psiquiatría con diagnóstico de síndrome depresivo mayor tratada con fluoxetina. **Evolución:** Peso -2.00 ZS, Talla -0.49 ZS, IMC=13 -3.25 ZS. Signos vitales: normales. Examen físico: Sin alteraciones. Laboratorios: Sin alteraciones. Gabinete: TAC abdominopélica encontrando pinzamiento de la arteria mesentérica. Ingresó a quirófano con hallazgos "pinza mesentérica provocando oclusión duodenal y escasa grasa visceral, se realizó duodenoyeyunostomosis". Con evolución en la mejoría del apetito, sin saciedad temprana. Se inició tratamiento nutricional con adecuado apego y ganancia ponderal de 14 Kg a los 6 meses. Somatometría a los 6 meses: Peso -0.09 ZS, Talla -0.45 ZS, IMC=19 0.09 ZS. **Conclusión:** El síndrome de arteria mesentérica superior es una condición benigna, poco frecuente, que puede tener consecuencias graves si no se realiza un diagnóstico oportuno. Es importante para el pediatra tener esta entidad como diagnóstico diferencial de obstrucción intestinal alta. En nuestro caso, llamó la atención la pérdida importante de peso, con persistencia de los vómitos y dolor abdominal, que, a pesar de tratamiento, no presentó mejoría ameritando tomografía abdominopélica para realizar diagnóstico diferencial.

174. HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGENITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPOSITO DE UN CASO.

Maria Angelina Torres Fuentes, RESIDENTE PEDIATRÍA - IMSS - NUEVO LEÓN | Omar Daniel Cortés Enriquez, RESIDENTE PEDIATRÍA - IMSS - NUEVO LEÓN | Claudia Vanessa Tapia Fonseca, RESIDENTE PEDIATRÍA - IMSS - NUEVO LEÓN | Laura Patricia Raya Garza, JEFE PEDIATRÍA - IMSS - NUEVO LEÓN | Julio Cesar Riojas Robles, CIRUJANO PEDIATRA - IMSS - NUEVO LEÓN | maria.angelinatorresf@gmail.com

Introducción: La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) es una patología caracterizada por el paso de contenido intestinal a la cavidad torácica, mediando el desarrollo de hipoplasia e hipertensión pulmonares. La HDC generalmente se manifiesta en las primeras horas de vida con diferentes grados de dificultad respiratoria. Se presentan dos casos de HDC, de los cuales uno se presentó de manera tardía. **Descripción del caso:** Se presentan dos casos de HDC tratados en nuestra unidad, uno de presentación inmediata al nacimiento y otro de presentación tardía. Ambos pacientes requirieron tratamiento para la hipertensión pulmonar, sin embargo, solo uno de ellos fue corregido quirúrgicamente. Ambos presentaron una evolución tórpida del estado ventilatorio y hemodinámico que concluyó con su fallecimiento. **Evolución:** Caso 1: Radiografía de tórax que mostró la presencia de asas intestinales en el hemitórax izquierdo. Caso 2: Radiografía de tórax que muestra la presencia de asas intestinales en la totalidad del hemitórax izquierdo, con desplazamiento de la silueta cardio mediastinal. **Conclusión(es):** Discusión: La presentación de ambos casos permite valorar la heterogeneidad en la presentación clínica de la patología. Como se ha reportado previamente, la hipertensión y la hipoplasia pulmonares fueron los mediadores en el pronóstico de ambos pacientes. Conclusiones: La HDC es una patología compleja que requiere un manejo multidisciplinario. Su diagnóstico temprano y manejo del estado hemodinámico es esencial para la supervivencia.

176. ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN EN PREMATUROS DE MUY BAJO PESO, HOSPITAL ERASMO MEOZ. COLOMBIA. 2021- 2023.

Richard Daniel Claro Ceballos, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | Angie Gabriela Mendoza Celis, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | Elfar Ivan Chacon Flores, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | Jhon Jairo Guerrero Figueroa, SERVICIO DE NEONATOLOGÍA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | richardclaroc@gmail.com

Introducción: El presente estudio tiene como objetivo realizar una comparación de la alimentación que reciben los prematuros con el propósito de obtener evidencia clínica del impacto de la lactancia materna vs el empleo de fórmulas en los recién nacidos prematuros de muy bajo peso en el estado de salud, ganancia de peso y neurodesarrollo. **Objetivo(s):** Evaluar las características de la alimentación recibida en recién nacidos prematuros de muy bajo peso al nacer, 2021 - agosto 2023 **Material(es) y Método(s):** Es una investigación de tipo descriptiva En lactantes prematuros de muy bajo peso al nacer, ingresados a la unidad de plan canguro del Hospital Universitario Erasmo Meoz (HUEM) alimentados con lactancia materna exclusiva y lactancia artificial desde su nacimiento hasta el momento de la evaluación. De tipo comparativo. **Resultado(s):** La presente investigación de la cual se obtuvo información a través de un instrumento de recolección de datos, aplicada a las madres de familia de recién nacidos que tuvieron estancia hospitalaria por bajo peso al nacer del Hospital Universitario Erasmo Meoz 2021- 2023 permitió obtener información sobre el tipo de lactancia que brindan a su hijo/a e identificar las patologías más frecuentes que se presentaron durante el transcurso de este periodo. **Conclusión(es):** Los recién Nacidos prematuros de muy bajo peso, ameritan programas nutricionales de seguimiento y vigilancia para favorecer un adecuado seguimiento nutricional. se deben incrementar las políticas de seguimiento de embarazos en atención primaria, así como favorecer la atención de la población materna e infantil, desde el momento del nacimiento, con el fin de lograr mayor apego a la lactancia materna como herramienta protectora en recién nacidos prematuros. El inicio de alimentación complementaria es un proceso complejo que puede estar influenciado por factores culturales, nutricionales y neurológicos en el lactante, y que sin lugar a dudas requiere acompañamiento multidisciplinario.

177. MIGRACIÓN DE VÁLVULA VENTRÍCULO-PERITONEAL A ESCROTO EN PREESCOLAR DE 4 AÑOS.

Liliana Iveth Gómez Gómez, Residente de pediatría, Hospital General de Tapachula, Tapachula | Marco Flavio López Jiménez, Residente de pediatría, Hospital General de Tapachula, Tapachula. | Ronald Eduardo Galindo Ibarra, Residente de Medicina de Urgencias, HGSZ N33 Tizayuca, Hidalgo. | Luis García Martínez, Neurocirujano, Hospital General de Tapachula, Tapachula. | Mercedes González Ríos, Pediatra, Hospital General de Tapachula, Tapachula. | ivethgomez22@gmail.com

Introducción: La hidrocefalia se debe a un exceso de LCR que se acumula en los ventrículos o espacio subaracnoideo resultando en una dilatación ventricular o incremento de la presión intracraneal, es un proceso progresivo y dinámico. La incidencia en México en el año 2023 fue de 10.83 casos por cada 100 000 recién nacidos vivos. Las complicaciones son frecuentes del 45-59%. Existen complicaciones a corto plazo en su mayoría infecciosas u obstructivas en el catéter proximal y tardías debidas a la rotura y desconexión del catéter distal. Una causa poco frecuente, menor a 1% es la migración del catéter distal a intestino, ano o escroto. **Descripción del caso:** Masculino de 4 años, nacionalidad Hondureña con antecedentes de madre de 19 años durante gestación, control prenatal adecuado, ingesta de ácido fólico en el primer trimestre, USG semana 20 con reporte de hidrocefalia congénita, TORCH negativo. Hospitalizado en UCIN durante 22 días, al nacimiento se realizó: colocación de DVP al octavo día de vida, adecuado funcionamiento, derivación de colostomía de dos bocas por atresia anal. Inicia padecimiento en abril de 2023 con incremento de perímetro cefálico, crisis convulsivas e hidrocele derecho, se realizó USG testicular con evidencia de defecto herniario de 6.5mm en canal inguinal derecho, escroto derecho ocupado por liquido con volumen estimado de 13 cc y extremo distal de sonda de derivación ventrículo peritoneal. Valorado por neurocirugía quien realizo cambio de válvula ventrículo-peritoneal el 26.01.24, exterioriza catéter distal, retira catéter proximal, coloca un nuevo drenaje ventrículo peritoneal obteniendo LCR a presión. Egresado con resolución de hidrocele, programado para plastia inguinal. **Conclusión(es):** La DVP es el tratamiento de elección independientemente la causa. Las complicaciones mecánicas con raras y poco documentadas. La migración de la DVP sucedió en un lapso mayor comparado a los casos documentados.

179. SÍNDROME DE DRAVET, REPORTE DE CASO, FISIOPATOLOGÍA Y BASES MOLECULARES DEL PADECIMIENTO.

Ana Karen Gómez guillen, Residente | karenguillen97@gmail.com

Introducción: El síndrome de Dravet es una enfermedad neurológica rara que con inicio entre los 12 y 18 meses de vida, se caracteriza por epilepsia de tipo hemisférica o generalizada clónica, regularmente asociadas a fiebre que evoluciona a crisis mioclonicas de difícil control, a la vez se observa estancamiento progresivo del desarrollo psicomotor, que genera un déficit cognitivo, con discapacidad, se han detectado mutaciones asociadas como son en específico el gen de la subunidad alfa 1 del canal de sodio dependiente de voltaje (SCN1A), causante de un 75-85% de los casos. **Descripción del caso:** El presente caso es un masculino de 17 meses de vida, se refiere previamente sano, padre con crisis convulsivas febriles a la infancia, debuta con episodios convulsivos relacionados con fiebre, sin embargo, persisten las mismas. **Evolución:** Iniciando tratamiento con anticonvulsivo de difícil control, manejando último recurso con cannabidiol, logrando remitir estatus suspendiendo manejo previo, en seguimiento se realiza estudio genético en donde se determina mutación en gen SCN1, continuó en vigilancia, sin episodios convulsivos en últimos 9 meses, hasta el momento sólo con afasia motora como secuela neurológica. **Conclusión(es):** El diagnóstico del SD se maneja por exclusion, es importante tomar en cuenta el síndrome al presentarse en pacientes pediátricos en rango de edad establecida, principalmente ante epilepsia de difícil control y/o episodios relacionados con fiebre, el presente artículo presenta un caso clínico y una breve reseña fisiopatológica, su diagnóstico tiene relevancia debido a la alta probabilidad de deterioro cognitivo.

178. ANÁLISIS DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD POR ENCEFALOPATÍA POR ASFIXIA NEONATAL EN EL ESTADO DE OAXACA.

Diego Marrufo Calvo, Residente de pediatría 2º año, Hospital General de San Pedro Pochutla | Raul Victor Rios Sanchez, Servicio de Pediatría, Hospital General de San Pedro Pochutla | Miguel Angel Rivera, Servicio de Pediatría, Hospital General de San Pedro Pochutla | Ivan Ilescas Martinez, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México | diegomarrufo_1@hotmail.com

Introducción: La encefalopatía neonatal por asfixia perinatal constituye un problema grave, particularmente en Oaxaca, debido a la interacción de factores socioeconómicos y acceso a la atención médica. **Objetivo(s):** Examinar la carga de la enfermedad por encefalopatía neonatal asociada a asfixia perinatal en Oaxaca durante el periodo de 1990 a 2019. **Material(es) y Método(s):** Se utilizaron datos del Global Burden of Disease, incluyendo datos de años perdidos por muerte prematura, años vividos con discapacidad y años de vida saludable perdidos. **Resultado(s):** Desde 1990 a 2019, presenta una disminución en la carga de esta patología en términos de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), Años vividos con Discapacidad (AVD), y Años de Vida Perdidos por muerte prematura (AVPP) para ambos sexos. La reducción en AVAD del 74.8% hombres y 77.9% mujeres, evidenciando mejoras en prevención y tratamiento. La disminución global en AVAD para ambos sexos fue del 76.2%. En los AVPD, la reducción fue del 26.4% hombres y 37.9% mujeres, demostrando avances del manejo y tratamiento de las discapacidades relacionadas con ésta. Para ambos sexos, la reducción de AVD fue del 31.9%, mejorando calidad de vida de neonatos afectados. Los AVPP mostraron una disminución del 74.9% hombres y 77.9% mujeres, con reducción en la mortalidad infantil debido a esta causa. La disminución en AVPP para ambos sexos fue del 76%. **Conclusión(es):** La reducción en la carga de la encefalopatía neonatal entre 1990-2019 refleja avances en la atención de salud, la importancia de investigar y adaptar estrategias de intervención considerando las particularidades regionales. Las disparidades de género remarcan la necesidad de enfoques específicos de la atención a la población neonatal. Recalcando la urgencia de mejorar los servicios de salud en Oaxaca.

180. UTILIDAD DE PREDICTORES ANTROPOMÉTRICOS DE RIESGO METABÓLICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO U OBESIDAD.

Daniela Rubi Padilla Alanis, Servicio de Pediatría, R3, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León | Idalia Aracely Cura Esquivel, Servicio de Pediatría, Médico adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León. | Leonor Guadalupe Hinojosa Amaya, Servicio de Pediatría, Médico adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León. | Karla Eugenia Hernandez Trejo, Servicio de Pediatría, Médico adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, Nuevo León. | danielapadilla@gmail.com

Introducción: La obesidad infantil tiene elevada prevalencia a nivel mundial, asociándose con enfermedades metabólicas en edad adulta. Algunos índices antropométricos se han correlacionado con la presencia de síndrome metabólico (SM). **Objetivo(s):** Determinar la utilidad de parámetros antropométricos como indicadores de escrutinio de enfermedades metabólicas en pediátricos con sobrepeso u obesidad. **Material(es) y Método(s):** Diseño Descriptivo, observacional, prospectivo. Población y metodología Pediátricos con obesidad o sobrepeso a quienes se les realizó una evaluación antropométrica para medir índice cintura/estatura, cuello/cintura, triponderal y perímetro de cuello (PC). Se recabaron laboratorios solicitados dentro del abordaje de sobrepeso y obesidad (perfil de lípidos, insulina y glucosa en ayuno). Se realizaron curvas COR para valorar especificidad y sensibilidad de los índices para identificar SM. Cálculo de muestra Se utilizó la fórmula de estimación de una proporción en una población infinita, obteniendo una precisión del 8% con un nivel de significancia a dos colas de 5%, y poder de 97.5%. Consentimiento informado Se otorgo consentimiento verbal del cuidador y asentimiento del paciente. Revisión de comité Aprobado por el Comité de Investigación y Ética del Hospital Universitario "Dr. José E. González". **Resultado(s):** Se reclutaron 139 pacientes con sobrepeso u obesidad, 102 (73.4%) integraron SM. El análisis de curvas COR de índices antropométricos en masculinos con sobrepeso u obesidad con SM encontró que el PC tiene mayor poder diagnóstico con ABC 0.672 (IC95% 0.53-0.80), valor corte 34.1 cm, sensibilidad 77% y especificidad 53%. En femeninos el mejor índice fue PC con valor corte 34.1 cm, ABC 0.623 (IC 95% 0.52-0.72), sensibilidad 68% y especificidad 62%. **Conclusión(es):** De los índices estudiados, el PC se asoció con mayor riesgo metabólico teniendo mayor correlación con SM, siendo un buen predictor diagnóstico de riesgo metabólico.

181. EFECTO EN MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS CON NEUTROPENIA FEBRIL AL APLICAR PROTOCOLO HORA DORADA.

Roxana Paola López Loza, Pediatría, residente tercer año. Hospital civil Tepic, Nayarit | Nayeli del Rocío Peña Samaniegoli, II Oncología pediátrica, Médica Adscrita, Hospital Civil de Tepic "Dr. Antonio González Guevara", Tepic, Nayarit. | Raquel Judith Solís Canallil, Departamento de especialidades Universidad Autónoma de Nayarit, Jefa de departamento, Universidad Autónoma de Nayarit, Tepic, Nayarit. | roxana.lpz77@gmail.com

Introducción: En México, el cáncer infantil es la principal causa de muerte por enfermedad de 5-14 años y la sexta en menores de cinco. Representa casi el 70% de la carga total de cáncer en estos grupos de edad, siendo la leucemia linfoblástica aguda la forma más común. Las complicaciones asociadas a la quimioterapia, especialmente la neutropenia febril, es una de las principales causas de mortalidad. **Objetivo(s):** Evaluar el efecto del programa "Hora dorada, minutos que salvan vidas". **Material(es) y Método(s):** Formularios protocolo "Hora dorada, minutos que salvan vidas", expedientes enero de 2018 a enero de 2023. **Resultados:** Se examinó la implementación del protocolo Hora dorada, minutos que salvan vidas en pacientes pediátricos oncológicos con fiebre y neutropenia. Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para garantizar uniformidad demográfica. A pesar de mejoras en tiempos con el protocolo, los retrasos en la llegada al centro afectaron el manejo y la morbimortalidad. **Resultado(s):** No se logró identificar una mejora en la morbimortalidad de los pacientes hematológicos con neutropenia febril al aplicar protocolo "Hora dorada" por factores sociodemográficos de nuestra población. El 56.2 % de los pacientes tiene un retraso mayor a 3 horas entre el inicio de la fiebre y la llegada al centro de salud. **Conclusión(es):** La población estudiada muestra predominio masculino (56%) con edad promedio de 8.5 años, con el 56% diagnosticado con leucemia linfoblástica aguda. A pesar de la implementación del protocolo, no se observó mejora significativa en la morbimortalidad, atribuida a retrasos en la llegada al centro de salud. Estrategias futuras deben centrarse en estrategias de capacitación a pacientes y centros de salud de comunidades.

183. LEISHMANIASIS CUTANEA EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS CON RESPUESTA A TRATAMIENTO CON FLUCONAZOL. REPORTE DE UN CASO.

Emy Gabriela Haas Solis, RESIDENTE 3ER AÑO | memyhaas@gmail.com

Introducción: La leishmaniasis cutánea es una enfermedad infecciosa, granulomatosa crónica, que afecta piel, mucosas y las vísceras del hombre. Puede presentarse a cualquier edad, es una enfermedad altamente endémica en el sureste de México y su principal forma clínica es la "úlcer de los chicleros" producida por *Leishmania mexicana*. **Descripción del caso:** Mujer de 14 años, residente de Candelaria, Campeche, México; sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento 25 días previos con aumento de volumen y dolor en región posterior de pabellón auricular derecho, acompañada de secreción serosa, tratada con antimicrobiano tópico, intramuscular y oral, sin mejoría, acude a este nosocomio, es valorada por otorrinolaringología quien realiza drenaje e ingresa para tratamiento con ceftriaxona, clindamicina y esteroide, el cultivo desarrolló *Pseudomonas aeruginosa* por lo que modificamos esquema con ceftazidima y amikacina 14 días, presentando mejoría parcial, es valorada por infectología pediátrica quien, por asociación epidemiológica y características clínicas, solicita pruebas para leishmaniasis, con resultado de reacción en cadena de polimerasa positiva para *Leishmania spp*, se decide iniciar manejo de segunda línea con fluconazol ante falta de disponibilidad de antimoniales, dosis oral de 200mg día por 6 semanas^{2,3}, con remisión completa de lesión y reporte de control de reacción en cadena a la polimerasa negativo. **Evolución:** Cultivo de secreción positivo *Pseudomonas aeruginosa*. Reacción en cadena de polimerasa positiva para *Leishmania spp*. **Conclusión(es):** Actualmente es una enfermedad frecuente en nuestro país, en zonas endémicas, la falta de diagnóstico y tratamiento oportunos, ha dejado secuelas en la población que la padece. En zonas endémicas debe considerarse como causa dentro del diagnóstico diferencial en las lesiones que sugieran esta patología. El fluconazol es una opción terapéutica en poblaciones donde es difícil el acceso al manejo de primera elección, siendo una alternativa accesible, segura y eficaz.

182. EVALUACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTARIO Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE ALUMNOS DE NIVEL SECUNDARIA DE TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA, JALISCO.

Alma Viridiana Mendez Alvarez, Maria Jose Garcia Sanches, Sarah Vazquez Benitez Maria Jose Gomez Serrano, Faride Alejandra Andonaegui Flores, Ana Paola Sanchez Arroyo, Estudiantes de nutrición, universidad de Guadalajara, alma.mendez5721@alumnos.udg.mx

Introducción: La nutrición comprende los procesos fisiológicos que realiza nuestro organismo para asimilar los nutrientes obtenidos de los alimentos, desde temprana edad se forma la conciencia, los hábitos y la adquisición de herramientas para construir una vida saludable, se ha relacionado con la elección de alimentos y el patrón alimentario de los escolares. **Objetivo(s):** Evaluar el patrón alimentario y la composición corporal de alumnos de nivel secundaria de Tlajomulco de Zúñiga **Material(es) y Método(s):** Estudio transversal, descriptivo, incluye 40 participantes de 15 mediana de edad. Se obtuvieron datos de masa corporal total, estatura y de pliegues cutáneos de tríceps, subescapular, cresta iliaca, abdominal, muslo frontal y pantorrilla. Para la evaluación de comportamiento alimentario se utilizó recordatorio de 24 horas y cuestionario de frecuencia de consumo alimentario. Para conocer el grado de actividad física se utilizó el cuestionario International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Resultado(s):** 52.50 % son mujeres y 47.0% hombres. Medias de IMC de 21.46 y de 22.12 respectivamente. En la composición corporal, las mujeres tuvieron un porcentaje de grasa corporal de 13.11% y los hombres de 15.18 %. Respecto al patrón alimentario, las mujeres presentaron una media de consumo calórico de 902 kcal, los hombres de 931 kcal. El nivel de actividad física, las mujeres se obtuvo nivel moderado y los hombres bajo. **Conclusión(es):** Existe relación evidente entre niveles de actividad física y porcentajes de grasa presentados y a su vez una dieta más variada y equilibrada. Esto subraya la necesidad de abordar tanto alimentación como actividad física de manera integral para promover un estilo de vida saludable.

184. SÍNDROME DE PRUNE BELLY PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Richard Daniel Claro Ceballos, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | Angie Gabriela Mendoza Celis, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | Jacin Andreina Nieto, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | Jhon Jairo Guerrero Figueroa, SERVICIO DE NEONATOLOGIA, CLINICA MEDICAL DUARTE CÚCUTA - COLOMBIA | richardclaroc@gmail.com

Introducción: El síndrome de Prune Belly (SPB) ó síndrome de abdomen en ciruela pasa es una enfermedad genética, de baja incidencia y con alta morbimortalidad en el periodo neonatal. Se caracteriza por tríada que incluye deficiente musculatura de la pared abdominal, anomalías urogenitales y criptorquidia bilateral. Suele acompañarse de malformaciones asociadas. **Descripción del caso:** Masculino, producto de padres no consanguíneos, madre de 38 años, hemoclasificación AB+, Arauca. G4P1C1A2, Embarazo actual sin infecciones, sin exposición perinatal a agentes químicos y/o tóxicos, diagnóstico prenatal de malformación congénita renal. Ecografía perinatal reporta anhidramnios, hidronefrosis bilateral severa dilatación de ambos uréteres, compatible con valvas ureterales posteriores. Nace a las 37 semanas de gestación, por cesárea, Adaptación neonatal adecuada, presenta dificultad respiratoria amerita oxígeno inicial por cánula nasal y posteriormente ventilación mecánica. Al examen físico características fenotípicas compatibles con (SPB): Ausencia de músculos abdominales, con piel en abdomen redundante, y aumento de volumen en hipogastrio, se identifican fácilmente las asas intestinales, bolsa escrotal con ausencia de testículos bilaterales. Peso al nacer adecuado para la edad gestacional: 3150 gr, Talla 48 cm. **Evolución:** Ecocardiograma: comunicación interauricular sin repercusión hemodinámica, ductus arterioso persistente, sin repercusión hemodinámica. Ecografía renal: hidronefrosis grado IV bilateral. Ecografía abdomen: Esplenomegalia. **Conclusión(es):** El síndrome de Prune Belly, es una enfermedad congénita poco frecuente compuesta por anomalías de varios órganos. Tiene ciertas variantes fenotípicas, con un amplio espectro clínico que va desde los niños gravemente comprometidos con riesgo de mortalidad desde el nacimiento, hasta los que crecen normalmente con función renal satisfactoria. El tratamiento de esta enfermedad varía en función de la severidad del caso.

185. LEUCEMIA MIEOLOIDE CRÓNICA, UN DESAFÍO EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN.

Tania Mercedes Chavez Enriquez, Residente de pediatría, Hospital General de Tapachula, Chiapas. | Liliana Iveth Gómez Gómez, Residente de pediatría, Hospital General de Tapachula, Chiapas. | Marco Flavio López Jimenez, Residente de pediatría, Hospital General de Tapachula, Chiapas. | Flor Esthela Davalos Hernandez, Oncóloga Pediatra, Hospital General de Tapachula, Chiapas. | Mercedes Gonzalez Rios, Pediatra, Hospital General de Tapachula, Chiapas. | tania.princess1@hotmail.com

Introducción: La leucemia mielóide crónica, trastorno hematológico mieloproliferativo, se caracteriza por proliferación excesiva de leucocitos, acumulación de células mieloides y sus precursores, anemia, trombocitosis y esplenomegalia. Enfermedad rara en niños, se presenta en menos del 10% de la población menor de 15 años y es el 3% de los casos de leucemia en niños. En México, las leucemias ocupan el 3er lugar de tipos de cáncer, hasta el 2019 según la Dirección Nacional de Epidemiología se han registrado 5 casos correspondientes a leucemia mielóide crónica que representa el 0.53%. Existen 3 fases de la enfermedad: 1. Fase crónica 2. Fase acelerada 3. Fase blástica La supervivencia global es de 85% diagnosticado en fase crónica. **Descripción del caso:** Femenino de 9 años, inició un mes previo a su ingreso con pérdida de peso de 5 kilos, poca tolerancia a la vía oral, presencia de masa en hemiabdomen izquierdo, dolor a la palpación y sensación de plenitud, se realizó USG abdominal que reporto esplenomegalia severa. Hb 8.9 Hto 23, plaquetas 118,000, leucocitos 140,000. A la exploración con adenomegalias bilaterales de 2cm, masa en hemiabdomen izquierdo, bazo que rebasa la cicatriz umbilical de consistencia pétreo, bordes regulares, doloroso a la palpación sin hepatomegalia, con presencia de ganglios inguinales. 08.07.23 se realiza AMO: Se tiñe con WRIGHT y se observa panorámico 10x, con aumento de la celularidad, población heterogénea con aumento de neutrófilos, eosinófilos, se observa megacariocitos, displásicos, blastos 18%, eosinófilos 23%, neutrófilos 6%, basófilos 2%, megacariocitos 7% juveniles 10% linfocitos 1% Diagnóstico de leucemia granulocítica crónica en fase acelerada. **Conclusión(es):** Los casos de recién diagnóstico deben ser reportados para lograr una incidencia más clara en nuestro país, continuar con estudios que apoyen protocolos de tratamiento disponible en centros de 2do nivel para mejorar la supervivencia de los pacientes pediátricos.

187. SÍNDROME DE GRADENIGO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Adriana Cajero Avelar, Jefa del Servicio de Infectología Pediátrica, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Victor Antonio Monroy Colin, Médico Adscrito al Servicio de Infectología Pediátrica, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Jesús Raúl Pérez González, Residente de Pediatría Médica, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Ayleen Nayely Pérez, Residente de Pediatría Médica, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | Estefanía Durán Sánchez, Residente de Pediatría Médica, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags. | jesus.perez.dr10@gmail.com

Introducción: La otitis media aguda (OMA) es la infección bacteriana más común del tracto respiratorio, presenta pocas complicaciones intratemporales o intracraniales. El síndrome de Gradenigo, se caracteriza por la tríada de OMA, dolor retroorbitario ipsilateral y parálisis unilateral del VI par craneal. Los agentes etiológicos más frecuentes de la petrositis apical son *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *M. catharralis*; con menor frecuencia se han reportado casos de *S. aureus*, *P. aeruginosa* y *Proteus spp.*, **Descripción del caso:** Paciente masculino de 8 años de edad, esquema de vacunación incompleto. Cuatro días previos a su ingreso presentó cefalea hemicraneal izquierda opresiva, dolor retroorbitario ipsilateral, vómito gastroalimentario en 8 ocasiones e intolerancia oral. Al ingreso con otorrea bilateral, parálisis del VI par craneal Izquierdo. Manejo inicial con clindamicina 40 mg/kg/día y ceftriaxona 100 mg/día, bolos de metilprednisolona 30 mg por 3 días y luego 1 mg/kg/día por 7 días más, fluticasona nasal y erdoesteína. TAC reporto ocupación del conducto auditivo externo, oído medio, celdillas mastoideas y células de la porción petrosa del hueso temporal izquierdo. PCR en 47.6 mg/L, PCT 0.08 ng/mL, leucocitos de 12.2x10.3 cél/ml, linfopenia (0.7x10.3 cél/ml), Hb 13.6d/dL, plaquetas 349 x10.3 cél/ml; complemento C3 151 mg/dL, complemento C4 30.9 mg/dL, inmunoglobulinas: IgA 169 mg/dL, IgE 5.13 UI/mL, IgG 953.5 mg/dL, IgM 105.8 mg/dL. No requirió ningún abordaje quirúrgico. **Evolución:** adecuada respuesta al tratamiento, se descartó inmunodeficiencia primaria, egreso a su domicilio. **Conclusión:** El síndrome de Gradenigo es una entidad muy poco frecuente en la actualidad. Es interesante establecer por qué el síndrome de Gradenigo se presentó en un paciente previamente sano, sin inmunodeficiencia conocida, así como resaltar la importancia de realizar un examen físico completo en los niños que presentan cefalea asociada o no a síntomas neurológicos, permitiendo realizar intervenciones de manera oportuna y disminuir el riesgo de complicaciones.

186. HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS EN HEPATITIS AUTOINMUNE Y PRONÓSTICO DE SOBREVIVENCIA EN EL HOSPITAL DE LA NIÑEZ OAXAQUEÑA.

Alejandra Carolina Simancas Moya, Residente de 3º año de pediatría, Hospital de la Niñez Oaxaqueña, Oaxaca. | alesimancasm@gmail.com

Introducción: La Hepatitis autoinmune es una entidad con pocos datos epidemiológicos. En el Hospital de la Niñez Oaxaqueña se observa con relativa frecuencia. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio retrospectivo en el periodo de 2015 a 2023, donde 47 casos cumplieron los criterios simplificados para el diagnóstico proporcionados por el Grupo Internacional de Hepatitis autoinmune, LASPGHAN y ESPGHAN. **Resultado(s):** El 59.6% fueron mujeres. La mediana de edad al diagnóstico fue de 8 años y el 83% eran previamente sanos. Los signos y síntomas motivo de consulta de primera vez fueron ictericia (89.4%), dolor abdominal (27.7%) y vómito (25.5%) El 100% de los casos fue tipo 1 con presencia de anticuerpos antinucleares en 63.8% y anti-músculo liso en 36.2%. La elevación de Inmunoglobulina G en su límite superior se observó en el 2.1%, 76.6% presentaron elevación >1.1 al límite superior y el 19.1% presentaba inmunoglobulina G dentro de límites normales. El 68.1% contaban biopsia hepática con hallazgos histopatológicos de Infiltrado linfoplasmocitario con hepatitis lobulillar (46.9%), necrosis centrolobulillar con fibrosis portal (21.9%) y hepatitis de células gigantes (12.5%). 14 pacientes fallecieron (29.7%) de los cuales el 71.4% contaban con biopsia hepática; encontrándose el infiltrado linfoplasmocitario con hepatitis lobulillar en 5 casos, células gigantes en 4 y necrosis centrolobulillar con fibrosis portal en 1 El infiltrado linfoplasmocitario con hepatitis lobulillar se presenta en etapas agudas pero no demostró ser un factor de riesgo para mortalidad (p=1), la necrosis centrolobulillar con fibrosis portal (cronicidad) presentó un valor estadístico significativo (p=0,0387). 36 casos reportaron un valor superior al normal de IgG el cual demostró significancia estadística para mortalidad (p=0,0137) **Conclusión(es):** El Hospital de la Niñez Oaxaqueña al ser el único centro estatal de referencia evidenció en los hallazgos histopatológicos cambios agudos; por lo que un servicio de patología es indispensable para integrar un diagnóstico oportuno.

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

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

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

189. AUTOIMMUNE HEPATITIS IN THE PEDIATRIC POPULATION, ABOUT A CASE.

Ana Laura Gómez Ramos, Pediatría, residente de tercer año, HRP ISSSTE, Puebla | Denisse Paulina Luzuriaga Sandoval, Servicio de Pediatría, Médico adscrito a UCIP y Profesor adjunto de Residentes de Pediatría, HRP ISSSTE, Puebla | Luz María Hernández Aguilar, Servicio de Pediatría, Médico adscrito y Profesor titular Residentes de Pediatría, HRP ISSSTE, Puebla | ana.gomramz@gmail.com

Introducción: La HAI es una inflamación crónica del hígado poco común, con. La presentación más frecuente es la hepatitis aguda (síntomas inespecíficos, elevación de aminotransferasas e hipergammaglobulinemia). El tratamiento consiste en fármacos inmunosupresores. **Descripción del caso:** Masculino de 12 años, inicia el 31.08.22 con náusea, vómito, pirosis, dolor en mesogastrio, astenia, adinamia; posteriormente hiporexia, sin evacuaciones por 72 horas. El 02.09.22 tinte icterico, dolor en hipocondrio derecho, náuseas y alza térmica no cuantificada, acuden a valoración. Exámenes de laboratorio: BT 5.11 BD 5.01 BI 0.1 TGO 2616 TGP 2333 FA 695; Ultrasonido de hígado y vías biliares: inflamación hepática aguda, lóbulo hepático derecho con dimensiones cerca del límite superior normal. Ingresa a hospitalización. Serología 05.09.22: VIH (-), VHB (-), VHC (+), se solicita PCR, carga viral. 14.09.22 PCR: VHC (-), Parvovirus B19 (+). Tratado con ácido ursodesoxicólico, se egresó como hepatitis viral. **Estudio / Tratamiento / Evolución:** Acude a pediatría con incremento de transaminasas, sospechando etiología autoinmunitaria, solicitando laboratorios: IgG 2117, Anticuerpos Antimúsculo Liso (-), Antinucleares (+) 1:640, Anti Citoplasma del Neutrófilo (-) <1:20, Anti LKM (-) 7.95, Antígeno Hepático Soluble (-) <20.1. Informe Anatomopatológico (17.04.22): Hepatitis de interfase con necrosis lobulillar focal. Valoración por gastroenterología telemedicina CMN 20 de Noviembre integra Hepatitis Autoinmune, inicia tratamiento con Prednisona + Azatioprina. Continúa seguimiento, últimas PFH 06.08.23: TGO 35, TGP 23, FA 213, BT 0.9, BD 0.4, BI 0.5. **Discusión / Conclusión:** La HAI, es una entidad poco frecuente en población pediátrica. Si bien, es poco prevalente, la importancia radica en su carácter progresivo, pues su diagnóstico y tratamiento oportunos modifican el curso de la enfermedad.

191. SARCOMA DE EWING GASTROINTESTINAL PRIMARIO QUE DEBUTÓ CON CUADRO DE ABDOMEN AGUDO: REPORTE DE CASO.

Jadyra Guadalupe Sanchez Moreno, Oncología pediátrica, jefatura, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí | Ricardo Pérez Narváez, Pediatría, Médico interno de pregrado, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí | Edgar Iván Vargas Neri, Pediatría, Residente tercer año, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí | eivn_100@hotmail.com

Introducción: Los tumores del sarcoma de Ewing originados de células madre mesenquimatosas, usualmente tejido óseo; siendo la segunda neoplasia ósea más común en niños. Solo un 15% de los casos son originados extraóseos. Existen pocos reportes de caso de SE intestinal en edad pediátrica, por lo que divulgar este caso adquiere importancia para profundizar la comprensión del desarrollo de la enfermedad. **Descripción del caso:** inició con pérdida de peso de 8 meses y saciedad temprana sin ningún otro síntoma. Posterior a trauma contuso abdominal accidental, inicio dolor de tipo opresivo en flanco derecho con irradiación a flanco izquierdo 10/10 EVA; acompañado de náusea, vómito y síncope. Se realizó ultrasonido el cual reportó una masa sólida en hueco pélvico de morfología irregular, aumento de vascularidad y líquido libre. En LAPE se encontró múltiples lesiones en tracto gastrointestinal de aspecto similar; se empaquetaron y cerraron. En segundo tiempo quirúrgico se realizó un estudio transoperatorio de implante peritoneal con reporte de adenocarcinoma poco diferenciado. Se realizó peritonectomía, hemicolectomía derecha, rectosigmoidectomía, sigmoidectomía, ileotransversoanastomosis y colostomía descendente. **Evolución:** La biopsia reportó neoplasia maligna indiferenciada de patrón embrionario compatible con tumor neuroectodérmico primitivo/sarcoma de Ewing. La inmunohistoquímica reportó CKA E1/AE3+, WT1+, FLI-1+, CD57+, desmina-. El paciente se mantiene en quimioterapia, seguimiento nutricional y consejo genético. **Conclusión(es):** La literatura indica la resección del tumor como estándar de oro terapéutico y quimioterapia coadyuvante; la cual se inició con el esquema VIDE. Aunado a esto, al paciente se le solicitaron estudios de extensión correspondientes (PET/TC y panel genético).

190. PERFIL DE RESISTENCIA BACTERIANA Y FACTORES CLÍNICOS ASOCIADOS ANIDADOS EN UNA COHORTE EN HOSPITAL PEDIÁTRICO.

Annick Sofia Ochoa Robles, Residente de tercer año. Hospital Infantil del Estado de Chihuahua. Chihuahua, México | Asia Perez Castro, Infectóloga pediátra. Hospital Infantil del Estado de Chihuahua | annyck_sofia@hotmail.com

Introducción: La farmacoresistencia es la capacidad de los microorganismos para resistir a los antibióticos, lo que dificulta o imposibilita el tratamiento de las infecciones. Esta situación es causada por el uso inadecuado de los antibióticos, y tiene graves consecuencias para la salud pública. **Objetivo(s):** Identificar el perfil de resistencia bacteriana y los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de bacterias con resistencia PDR en la población pediátrica del Hospital Infantil del Estado de Chihuahua. **Material(es) y Método(s):** El estudio presentado analiza la resistencia bacteriana a los antibióticos en el Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua (HIECH) entre 2017 y 2020. Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y de casos y controles. Se analizaron datos de pacientes con procesos infecciosos, evaluando la resistencia bacteriana a diversos antibióticos, categorizándola como multiresistente (MDR), extremadamente resistente (XDR) y panresistente (PDR). **Resultado(s):** • Los hombres presentaron mayor riesgo de resistencia MDR, XDR y PDR. • Las unidades de unidad de cuidados intensivos neonatales y unidad de terapia intensiva (UTIP) tuvieron mayor prevalencia de resistencia MDR y XDR. • Los patógenos más frecuentes fueron *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* y *Escherichia coli*. • El uso de diferentes antibióticos (vancomicina, cefepime, meropenem, ceftazidima y colistina) se asoció con mayor riesgo de resistencia PDR. • La resistencia MDR y XDR se asoció con mayor estancia hospitalaria. **Conclusión(es):** El estudio revela una alta prevalencia de resistencia bacteriana en el HIECH, especialmente en UCIN y UTIP. Los patógenos más resistentes son *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* y *S. aureus*. El uso de diferentes antibióticos y la resistencia MDR y XDR se asocian con mayor estancia hospitalaria.

192. IMPACTO DE DUPILUMAB EN NIÑOS CON DERMATITIS ATÓPICA ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE MUNDO REAL EN CENTRO ESPECIALIZADO MEXICANO.

Luis Ángel Hernández Zárate, AlergiaMx, Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, Ciudad de México | Carlos Andrés Gómez Núñez, Hospital Infantil de México Federico Gómez, AlergiaMx, Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, Ciudad de México | Ricardo Martínez Tenopala, Facultad Mexicana de Medicina Universidad La Salle, Ciudad de México | Héctor Rodrigo Pastrana Ayala, AlergiaMx, Ciudad de México | Víctor González Uribe, Hospital Infantil de México Federico Gómez, AlergiaMx, Ciudad de México | luis98_04@hotmail.com

Introducción: Dupilumab, anticuerpo monoclonal que inhibe interleucina-4 e interleucina-13 está autorizado para el tratamiento de la dermatitis atópica (DA) de moderada a grave en pacientes de ≥ 6 meses de edad. **Objetivo(s):** Evaluar resultado en mundo real de dupilumab. Evaluar la seguridad en niños mexicanos con DA moderada a grave que acuden a un centro especializado. **Material(es) y Método(s):** Estudio de vida real, retrospectivo donde se evaluaron las puntuaciones en clinimetría y escalas de calidad de vida, eventos adversos y las tasas de interrupción. Se incluyeron pacientes de ≤ 18 años con DA de moderada a grave evaluados y al menos cuatro visitas de seguimiento durante un año. La eficacia y la seguridad se evaluaron mediante estadística descriptiva **Resultado(s):** 12 niños/adolescentes, (rango 4-16). Los inmunosupresores sistémicos orales no lograron controlar la DA en el 88%. Todos los pacientes que comenzaron con dupilumab tenían puntuaciones antes del tratamiento de enfermedad moderada a grave, con una media del Índice de Área y Gravedad del Eccema (EASI) de 27 [IC 20-31]. Las puntuaciones EASI disminuyeron en una media del 94% (IQR 82-100) y se disminuyeron consistentemente durante 10-52 meses del estudio, con una media de EASI al año 8 (IQR 0-6). De los 12 niños, 8 (66%) pudieron interrumpir el tratamiento esteroideo tópico. 2 (16%) experimentaron eventos adversos leves, siendo los más comunes la conjuntivitis (2 pacientes; 100%). 1 (8%) presentó exantema centro facial. **Conclusión(es):** Este estudio confirma la eficacia y seguridad de dupilumab para niños con dermatitis atópica moderada a grave, mostrando mejorías en EASI, SCORAD, prurito NRS, y calidad de vida. A pesar de limitaciones muestrales, los resultados indican una respuesta sostenida, superando a tratamientos inmunosupresores previos, consolidando a dupilumab como tratamiento efectivo y seguro

193. MANEJO DE BRUCELOSIS CON ESQUEMA ALTERNATIVO EN MÉXICO.

Diego Gutiérrez Cantú, Pediatría, residente, Tecnológico de Monterrey, Nuevo León | Abraham Patricio Garza Castro, Pediatría, residente, Tecnológico de Monterrey, Nuevo León | María Mayela Rodríguez Saldivar, Pediatría, residente, Tecnológico de Monterrey, Nuevo León | Erika Aide Larragoity González, Infectóloga pediátrica, médico adscrito, Hospital Regional Materno Infantil, Nuevo León | Luz Antonia Rodríguez Carrillo, Pediatría, médico adscrito, Hospital Regional Materno Infantil, Nuevo León | diego_gutierrez_cantu@hotmail.com

Introducción: La brucelosis es una patología infectocontagiosa causada por bacterias del género *Brucella*, la cual se caracteriza por fiebre que puede acompañarse de sudoración nocturna, artralgias, cefalea, fatiga, anorexia, mialgias, pérdida de peso, meningitis o involucro a órgano blanco. **Descripción del caso:** Femenina de 12 años, con antecedente de consumo de lácteos no pasteurizados y 4 meses de pérdida de peso. Inicia 7 días previos con alza térmica no cuantificada, tratada con medios físicos, obteniendo mejoría parcial. Cinco días previos presenta cefalea que cede a la administración de Paracetamol (15 miligramos/kilo/dosis). Un día previo, al presentar alza térmica con enrojecimiento y dolor en cadera derecha que imposibilita totalmente la marcha, decide acudir a valoración a nuestra institución. **Evolución:** Ultrasonido de cadera: La región posterior de la cavidad articular derecha es de mayor espesor y de aspecto hipoecoica. Muestra serológica para Rosa de Bengala: positiva. Aglutinación estándar en placa (SAT) y aglutinación con 2-Mercaptoetanol (2-ME) reportándose ambas positivas con dilución 1:320. Inicia doxiciclina (4.4 miligramos/kilo/día) y gentamicina (4 miligramos/kilo/día) vía intravenosa. Paulatinamente presenta mejoría en la movilidad. Completa 14 días de tratamiento y egresa a domicilio con indicación de completar 6 semanas de monoterapia con doxiciclina. Un mes después acude a consulta, negando alzas térmicas o artralgias y con recuperación completa de la movilidad. **Conclusión(es):** En México, la definición operacional de caso confirmado para brucelosis es toda persona con una SAT con dilución igual o mayor a 1:80, o 2-ME con dilución igual o mayor a 1:20, o hemocultivo positivo. En México, la brucelosis tiene 3 esquemas de tratamiento el cual no siempre está disponible. Dentro de las alternativas, existen reportes internacionales que avalan el uso de doxiciclina + gentamicina y este esquema reduce la falla al tratamiento.

195. TUMOR ABDOMINAL SECUNDARIA A ACTINOMICOSIS INTESTINAL EN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS I.

Daniel Contreras Zamorano, Médico residente, CMN 20 de noviembre, Benito Juárez, Ciudad de México. | Eduardo Augusto Ordóñez Gutiérrez, Médico adscrito jefe de servicio Medicina Interna Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Benito Juárez, Ciudad de México | Juan Carlos Rivas Rodríguez, Médico residente, CMN 20 de noviembre, Benito Juárez, Ciudad de México. | Carlos Ricardo Flores Soriano, Médico residente, CMN 20 de noviembre, Benito Juárez, Ciudad de México. | Frida Chin López Alvarado, Médico residente, CMN 20 de noviembre, Benito Juárez, Ciudad de México. | Juan Miguel Bermeo Alvarado, Médico adscrito jefe de servicio Medicina Interna Pediátrica, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, Benito Juárez, Ciudad de México | Mayra Paola Padilla Gomeo, Médico residente, CMN 20 de noviembre, Benito Juárez, Ciudad de México. | contreraszd01@gmail.com

Introducción: La actinomicosis es una infección crónica causada por actinomyces, bacilos gram positivos anaeróbicos o microaerofílicos, no formador de esporas, no móviles, no alcohol-ácido-resistentes y forma parte del microbiota normal del intestino, cavidad oral y aparato genital femenino. **Descripción del caso:** Fem. 8 años, ant. DM1 e hipotiroidismo primario, hospitalizaciones por CAD, (11.21), inició dolor abdominal tipo cólico FID, intermitente, predominio vespertino – nocturno, valorada y diagnosticada por EII, tratada con analgésicos y procinéticos, (01.22) aumento de volumen en región umbilical, progresiva, hiporexia y diaforesis nocturna; EF abdomen globoso, masa palpable en mesogastrio paraumbilical derecho, no desplazable, bordes redondeados, 7x8cm, doloroso a la palpación profunda, USG abdominal reportó tumoración en fosa iliaca derecha a descartar divertículo de Meckel vs adenopatía retroperitoneal, TAC abdominal D.C. aumento del diámetro de paredes de ileon terminal, edema de pared; dilatación ciego, colon ascendente, flexura cólica derecha, sin líquido libre, imagen ovoidea, heterogénea paravesical derecha en patrón “miga de pan”, longitud 21x20mm. 02.22 resección en bloque de 20 cm de ileon terminal, válvula ileocecal, ciego con masa tumoral y 20 cm de colon ascendente). **Conclusión(es):** El principal agente es *Actinomyces israelii*, factores asociados a inmunosupresión (VIH, DM, trasplante renal), 50% de pacientes sin factores de riesgo, a nivel gastrointestinal la región íleo – cecal es la más afectada, síntomas asociados: anorexia, pérdida de peso, diaforesis nocturna, dolor abdominal y presencia de una tumoración que sospecha de una neoplasia. El diagnóstico definitivo es por histopatología con la observación de “gránulos de azufre” y el cultivo de tejido

194. DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS CON PCR RÁPIDA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL PRIVADO.

María del Rosario Contreras Peregrina, Servicio de pediatría, Médico Adscrito, Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco | José Manuel Ramírez Rodríguez, Jefe de Epidemiología, Médico Adscrito, Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco. | María Guadalupe Ortiz Inclán, Médico Cirujano, Guadalajara, Jalisco. | Danae Betzabeth Arellano Varela, Médico Pasante del Servicio Social, Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco. | Estefanía Ochoa Padilla, Médico Interno de Pregrado, Hospital San Javier, Guadalajara, Jalisco. | inclup9230@gmail.com

Introducción: Las infecciones de vías respiratorias agudas son las enfermedades más comunes que se producen tanto en niños como en adultos; 80% de éstas se atribuyen a virus respiratorios, se espera que cuando el médico cuente con estudios que le permitan identificar la posible etiología de la infección respiratoria, hará un uso más racional de los antibióticos. **Objetivo(s):** Dar a conocer la epidemiología de las infecciones respiratorias que se presenta en la población pediátrica que acuden a un hospital privado. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio transversal, retrospectivo de tipo epidemiológico en pacientes que recibieron una atención en el Hospital San Javier de Guadalajara, Jalisco, México, en el cual se incluyeron pacientes de 0 a 17 años de edad con enfermedad respiratoria aguda a quienes se les solicitó Panel de virus y bacterias respiratorias Allplex™ Respiratory Panel Assays durante el periodo del 29 de abril del 2018 al 23 de noviembre del 2023. **Resultado(s):** Este estudio nos ayudó a detectar que la principal causa de las infecciones respiratorias en la población pediátrica es de tipo viral y el principal agente causante fue el rinovirus, seguido del virus sincitial respiratorio. **Conclusión(es):** El uso de panel respiratorio es una gran alternativa diagnóstica, ya que gracias a él ha disminuido el número de días de estancia intrahospitalaria, y se espera también la disminución del uso de antibioticoterapia y con ello las resistencias bacterianas. De la misma manera, nos revela que pese al uso de pruebas diagnósticas específicas con las que se cuenta, lo que nos lleva a la necesidad de fomentar una mayor confianza en dichas pruebas para dar un tratamiento más eficaz y preciso.

196. SÍNDROME DE LOEYS-DIETZ TIPO 2 RELACIONADO A FRACTURAS MÚLTIPLES, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Leslye Alejandra Zárate Fuentes, Servicio de Pediatría. R2. Residente de Medicina familiar del Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | Melisa Zárate Hernández, Servicio de Pediatría. Interna de Pregrado del Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | Adriana Salas Herrera, Pediatría, Médico de base, Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | Ernesto Cortés Ramos, Pediatría, Médico de base, Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | César Augusto Flamenco Antonio, Servicio de Pediatría. R3. Residente de Medicina familiar del Hospital General de Zona No. 32, Minatitlán, Veracruz. | sheyslye_79@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Loeys-Dietz (LDS), se identificó en 2005 como un trastorno del tejido conectivo autosómico dominante causado por una mutación en los genes TGFBR1, TGFBR2, SMAD3, TGFB2, TGFB3 y SMAD2. La prevalencia es desconocida. Fenotípicamente presenta hábitos marfanoides, del subconjunto de enfermedades de tejido conectivo con afectación esquelética, ocular y cardiovascular. La complicación más grave es el aneurisma y la disección aórtica. **Descripción del caso:** Masculino de 10 años de edad, antecedente de una tía con muerte súbita; historia de fracturas en huesos largos desde los 3 años de edad y múltiples luxaciones de hombro, a la exploración física presenta hipertelorismo, escleras azuladas, paladar alto ojival, hiperlaxitud, test de Brighton positivo. **Evolución:** Estudios: Se realizó análisis de exoma mediante secuencia masiva reportándose una mutación en el gen TGFBR2, probablemente patogénica en forma heterocigota, variante con patrón de herencia autosómico dominante asociada al fenotipo de síndrome de Loeys-Dietz tipo 2. Tratamiento: Fue valorado por equipo multidisciplinario. Tratamiento quirúrgico de las fracturas y rehabilitación física. Se descartó aneurisma de la aorta **Conclusión(es):** Discusión: Este es el primer caso de LDS tipo 2 diagnosticado y reportado en nuestra región. No existen casos reportados en México. El LDS el fenotipo esquelético se ha relacionado con la baja densidad mineral ósea y fracturas en el 50% de los casos antes de los 14 años, características observadas en este caso. Conclusión: Conocer la asociación de síntomas esqueléticos y cardiológicos en este síndrome contribuirá al seguimiento y tratamiento oportuno con el fin de reducir las complicaciones y mortalidad.

197. MENINGITIS TUBERCULOSA RESISTENTE A RIFAMPICINA. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO Y REVISION DE LA LITERATURA.

Enrique Emmanuel Medellín Bermudez, PEDIATRIA, RESIDENTE, HOSPITAL GENERAL DE MATAMOROS | Eliana Soledad Carrillo Estrada, PEDIATRIA, RESIDENTE, HOSPITAL GENERAL DE MATAMOROS | anaile_949@hotmail.com

Introducción: La TB del SNC es una de las formas menos frecuentes, pero más devastadoras, dentro de las infecciones por micobacterias. Se estima que ocurre entre el 1% de pacientes con TB activa, así mismo del 5-10% de todos los casos extrapulmonares que ocurren en individuos inmunocompetentes. El cuadro suele ser precedido por un periodo de síntomas constitucionales, lo cuales son inespecíficos y pueden confundirse con otros cuadros. **Descripción del caso:** Masculino de 14 años de edad, que ingreso a urgencias pediátricas con historia de 2 semanas de evolución con cefalea, fotofobia, fiebre, alteraciones del estado de consciencia y evento convulsivo tónico clónico generalizado un día previo a su internamiento. Se recibe paciente Hipoactivo, desorientado, marcha atáxica, Glasgow 11 puntos, rigidez de nuca, ROTS conservados, signo de Babinsky presente. Antecedentes de contacto directo con familiar diagnosticado con tuberculosis pulmonar 2 meses previos. **Evolución:** Evolución tórpida durante sus primeros días de estancia, realizando los siguientes estudios complementarios: RMN de cráneo simple y contrastada, cultivo, citológico y citológico de líquido cefalorraquídeo, GENEXPERT. Se integra diagnóstico de meningitis tuberculosa iniciando tratamiento con Isoniacida, Pirazinamida, Linezolid, Moxifloxacin, vitamina B6. Al contar con manejo con fenitoína y encontrarse interacción con la Isoniacida se cambia manejo por cicloserina 250 mg. Presentando evolución clínica favorable hasta su egreso hospitalario. **Conclusión(es):** Al considerar nuestra ciudad como zona endémica de tuberculosis sabemos que la morbimortalidad ocasionada por esta enfermedad es excepcional, sin embargo, las formas extrapulmonares pueden generar importantes complicaciones y secuelas de no ser tratada a tiempo. Tratar de curar un paciente portador de una cepa resistente a fármacos de primera línea es un reto clínico ya que la eficacia de los fármacos antituberculosos de segunda línea tienen una menor eficacia.

199. REPORTE DE CASO DE PROTRUSIÓN DE LA ÍNTIMA ARTERIAL ADOSADA A VAINA; EN ANGIOPLASTIA AÓRTICA.

Nadia Marlene Rodríguez Ledesma, Médico Residente de Pediatría, Servicio de Cardiología Pediátrica, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Alberto Zarate Fuentes, Servicio de Cardiología Pediátrica, Médico Adscrito de Cardiología Pediátrica, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México | Cristian Samara Godínez García, Servicio de Cardiología Pediátrica, Médico Residente de Pediatría R3, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México | marleneledesma89@gmail.com

Introducción: La coartación aórtica ocurre en aproximadamente 4 de cada 10,000 nacidos vivos y comprende del 5 - 8 % de las cardiopatías congénitas, es posible que la coartación aórtica no se detecte hasta la adolescencia. En pediatría generalmente se tratan quirúrgicamente. Pueden tratarse quirúrgica o percutáneamente. La angioplastia con balón de CoA conlleva un riesgo relativamente mayor de lesión de la pared aórtica. Esto ha llevado al uso de stents metálicos, aunque estas intervenciones son generalmente seguras, se han informado disección, aneurisma y rotura de la aorta. **Descripción del caso:** Paciente femenino de 12 años, se programa para cateterismo diagnóstico/terapéutico por diagnóstico de coartación aórtica, donde se realiza angioplastia aórtica y colocación de stent aórtico cubierto 8Zx39mm, sin embargo, al retirar vaina de 12 Fr, se evidencia protrusión de la íntima arterial adosada a la vaina, por lo que se decide introducir vaina y se realiza angiografía de control sin extravasación de contraste hacia el abdomen. **Evolución:** Se interconsulta a Angiología quienes realizan arteriografía diagnóstica de arteria iliaca derechas, retiro de introductor femoral derecha, mediante fluoroscopia y exploración vascular, el segundo tiempo se lleva a cabo en quirófano donde se realiza exploración vascular iliaca retroperitoneal derecha, interposición de injerto de termino-terminal iliofemoral derecho, safenectomía derecha por procuración, trombolectomía (3Fr) en AFS y Arterias tibiales. **Conclusión(es):** La Coartación aórtica ahora se puede tratar con métodos mínimamente invasivos basados en catéteres. Las recomendaciones actuales de la AHA y del American College of Cardiology para el tratamiento de la CoA en adultos respaldan la colocación de un stent transcáteter como la terapia preferida. Los stents cubiertos representan una opción atractiva para la terapia primaria de CoA.

198. DISCINESIA CILIAR PRIMARIA, REPORTE DE UN CASO.

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

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

200. PRIMER CASO DE INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM CHIMAERA EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA.

Uriel Francisco Pérez Blanco¹, Lizbeth Blancas Galicia¹, Nancy Aguilar Gómez², Patricia Saltigeral Simmental³, Jacinta Bustamante⁴, Sara Espinosa Padilla¹

¹Laboratorio de Inmunodeficiencias, Instituto Nacional de Pediatría, ²Departamento de Infectología Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría, ³Departamento de Infectología Pediátrica, Instituto Nacional de Pediatría. Ciudad de México, México, ⁴Laboratory of Human Genetics of Infectious Diseases, Necker Branch, Necker Hospital for Sick Children, Paris, France. Paris Cité University, Imagine Institute, Paris, France. Study Center for Primary Immunodeficiencies, Necker Hospital for Sick Children, Paris, France. St Giles Laboratory of Human Genetics of Infectious Diseases, Rockefeller Branch, Rockefeller University, New York, NY, USA. uryfrank00@gmail.com

Introducción: La enfermedad granulomatosa crónica (EGC) es un error innato de la inmunidad caracterizado por alteraciones funcionales en la fagocitosis con susceptibilidad a infecciones fúngicas y bacterianas, incluidas las micobacterias (en los que reciben la vacuna BCG o zonas de alta prevalencia de tuberculosis). **Descripción del caso:** Femenino de 15 años, de padres consanguíneos, con BCG al nacimiento sin reacciones adversas. A los 4 años sinusitis crónica y neumonía. A los 5 años linfadenitis cervical, reporte histopatológico de inflamación granulomatosa crónica, necrosis caseosa con Ziehl-Neelsen positivo y prueba positiva de la tuberculina. A los 9 años, neumonía por *Aspergillus spp* tratada con voriconazol, diagnosticó EGC. Secuenciación de Sanger reveló una variante patogénica en CYBA. A los 16 años, presentó neumonía de focos múltiples, falla hepática aguda, coagulación intravascular diseminada y síndrome hemofagocítico. Se realizó lavado broncoalveolar (LBA) que reveló *Aspergillus niger*, baciloscopia de esputo con tinción de Ziehl-Neelsen positiva y PCR GeneXpert negativa, indicando la presencia de una infección por MNT. Se observó crecimiento de *M. chimaera* por cultivo de LBA. La paciente falleció por hemorragia pulmonar. **Conclusión(es):** Las infecciones por MNT son raras. Hasta la fecha, se han descrito 11 pacientes con EGC e infecciones por MNT causadas por *M. avium*, *M. immunogenium*, *M. gordonae*, *M. mucogenicum*, *M. fortuitum*, *M. flavescens*, *M. chelonae*, *M. abscessus* y *M. intracellulare* (1-11). El caso descrito aquí (Ziehl-Neelsen positivo y GeneXpert MTB/RIF negativo) ilustra la necesidad de incorporar métodos, como el cultivo y la identificación genética de micobacterias, así como la sospecha de EGC.

201. UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO EN SEPSIS NEONATAL DE INICIO TARDÍO EN RECIÉN NACIDOS PREMATUROS.

Juan Carlos Barrera de León, División de Salud, Centro Universitario de los Valles. Universidad de Guadalajara, Jalisco | Carlos Alberto Frausto Cervantes, Neonatología, UMAE Hospital de Ginecología CMNO IMSS Jalisco | José Guadalupe Maldonado González, Neonatología, UMAE Hospital de Ginecología CMNO IMSS Jalisco | Luz Angélica Rodríguez Rojo, Neonatología, UMAE Hospital de Ginecología CMNO IMSS Jalisco | jcbarrer@hotmail.com

Introducción: El Índice Neutrófilo/Linfocito (INL), un biomarcador de fácil acceso, ha mostrado efectividad como herramienta de apoyo diagnóstico de Sepsis Neonatal, antes del reporte del hemocultivo. **Objetivo(s):** determinar la utilidad diagnóstica del Índice Neutrófilo/Linfocito en sepsis neonatal de inicio tardío en recién nacidos prematuros **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio transversal comparativo tipo evaluación de prueba diagnóstica en recién nacidos prematuros de edad igual o menor a 32 semanas de gestación, con sospecha de sepsis neonatal de inicio tardío con sospecha de sepsis, divididos en 2 grupos, uno con hemocultivo positivo y el segundo con hemocultivo negativo. EL INL se calculó como la relación entre la cuenta de neutrófilos sobre la de linfocitos, en la Biometría hemática **Resultado(s):** Participaron 96 pacientes con sospecha de sepsis, divididos en 2 grupos: 48 con hemocultivo positivo y 48 con hemocultivo negativo. Se encontró diferencias significativas en ambos grupos con respecto a las variables sociodemográficas: edad gestacional, peso al nacimiento, acceso venoso y presencia de defunción. Se obtuvo una sensibilidad del 79% y una especificidad del 56%, para el Índice Neutrófilo/Linfocito, como predictor de sepsis neonatal. También se identificó un VPP del 64% y VPN del 72%, con una exactitud diagnóstica del 70%. **Conclusión(es):** El Índice Neutrófilo/Linfocito, un método fácil, rápido y económico, es una opción, con una sensibilidad considerable, para el diagnóstico de sepsis neonatal de inicio tardío, asociada a hemocultivo positivo, contribuyendo a la decisión de inicio o progresión de antibioterapia en recién nacidos prematuros.

203. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROORGANISMOS AISLADOS EN PACIENTES CON SEPSIS NEONATAL EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MORELIA.

Diana Goretta Rangel Torres, Servicio De Neonatología, Residente De Pediatría, Hospital Infantil De Morelia, Michoacán. | Sarai Estefanía Ángel Espino, Servicio de neonatología, Médico adscrito, Hospital Infantil de Morelia "Eva Samano de Lopez Mateos", Michoacán. | gorettrangel05@gmail.com

Introducción: La sepsis neonatal es una disfunción orgánica potencialmente mortal, causada por una respuesta desregulada del recién nacido a una infección sistémica de cualquier etiología. Los recién nacidos cuentan con un sistema inmunológico inmaduro lo que vuelve muy inespecíficas sus manifestaciones clínicas ante el desarrollo de sepsis. Se han propuesto en la literatura factores de riesgo maternos, neonatales y asociados a estancia hospitalaria. Con base en lo anterior se planteó realizar la presente investigación con la finalidad de identificar los principales factores de riesgo, así como los principales microorganismos causales de sepsis neonatal en el Hospital Infantil de Morelia, con la finalidad de plantear estrategias de prevención y disminuir la morbimortalidad. **Objetivo(s):** Describir las características clínicas y microorganismos aislados en pacientes con sepsis neonatal atendidos en el Hospital Infantil de Morelia del 01 enero al 31 de diciembre del 2023. **Material(es) y Método(s):** Población, todos los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales con diagnóstico de sepsis neonatal en base al CIE-10 P.36.0-P36.9 en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del 2023. Se recolectaron expedientes se revisaron de cada expediente nota de ingreso, hoja de historia clínica, notas de evolución, notas de alta y se registraron en una hoja de recolección de datos. **Resultado(s):** El 18 % del total de pacientes fueron diagnosticados con sepsis neonatal, viéndose mas afectados los prematuros de entre 28-31.6 sdg, con peso menor a 2.5 kg y predominando en el sexo masculino, de los cuales 61% presentaron sepsis tardía, 54% de ellos, portadores de catéter percutáneos o venoso central. Como germen mas frecuentemente aislado por medio de hemocultivo obtuvimos *Klebsiella pneumoniae*. **Conclusión(es):** Se presentó con mayor frecuencia sepsis neonatal tardía asociada a manipulación de catéteres venosos centrales y el germen mayormente aislado fue *Klebsiella pneumoniae*.

202. COMPLEJO EXTREMIDAD- PARED CORPORAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO.

Omar Daniel Cortés Enriquez, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría, Claudia Vanessa Tapia Fonseca, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría, Paola Berenice Torres Riojas, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría, Maria Angelina Torres Fuentes, Residente de Pediatría, Servicio de Pediatría, Laura Patricia Raya Garza, Jefe del Servicio de Pediatría. Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. Instituto Mexicano del Seguro Social. San Nicolas de los | omarcortes@outlook.com

Introducción: Las anomalías del cierre de la pared corporal comprenden un extenso grupo de patologías. El complejo extremidad- pared corporal representa el extremo más severo de este espectro, con malformaciones que comprometen la vida prácticamente en la totalidad de los casos, y que incluyen anomalías craneofaciales, defectos amplios de la pared corporal y anomalías en las extremidades. No existe consenso sobre su etiología, si bien se han sugerido defectos en el plegamiento y en la gastrulación, así como en la angiogénesis como su origen probable. **Descripción del caso:** Masculino producto de la primera gesta de una madre de 15 años, aparentemente sana. Es obtenido a las 31 semanas de gestación por ruptura espontanea de membranas. **Evolución:** Presenta múltiples malformaciones congénitas mayores que incluyen malformaciones craneofaciales, un defecto amplio de la pared abdominal con herniación de múltiples órganos, y amelia en la extremidad inferior derecha. **Conclusión(es):** Se presenta a un paciente con diagnóstico clínico de complejo extremidad- pared corporal, el cual representa una patología severa e invariablemente fatal. No existen factores de riesgo establecidos, sin embargo, este caso se presentó en una madre adolescente, algo bien establecido como factor de riesgo para otras anomalías de la pared corporal. Su diagnóstico temprano permite distinguirla de otras patologías que requieran un tratamiento prenatal o post natal especializado.

204. RAI COMO MODELO PREDICTOR EN DETECCIÓN DE LRA PACIENTES DE UCIP DEL HGZ PERIODO DE UN AÑO.

Griselda Alvizo Anguiano, Pediatría, Residente de Pediatría, Hospital General Zacatecas, Zacatecas | grisalvizo17@gmail.com

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) es una complicación frecuente que ocurre en hasta el 30% de los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos, sin importar el diagnóstico de ingreso. Es especialmente común en pacientes pediátricos críticamente enfermos que están hospitalizados. La LRA se caracteriza por una disminución en el filtrado glomerular y alteraciones en el equilibrio hidroelectrolítico y ácido base. Detectarla tempranamente es de suma importancia para mejorar el pronóstico. **Objetivo(s):** En este estudio, realizado en el Hospital General Zacatecas durante un periodo de 1 año, se evaluó la utilidad del Índice de Angina Renal como herramienta para la detección oportuna de lesión renal en pacientes pediátricos ingresados en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. **Material(es) y Método(s):** Se utilizó un enfoque observacional, descriptivo, retrospectivo, analítico y transversal. Se incluyeron 65 pacientes en el estudio. **Resultado(s):** El 18.5% presentaron lesión renal aguda. Todos estos casos mostraron un índice de angina renal positivo, con un puntaje igual o superior a 8, y esta asociación fue estadísticamente significativa (valor de $p < 0.05$). Sin embargo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el índice de angina renal y la estancia prolongada en la UCIP, la mortalidad o la necesidad de terapia de sustitución renal. **Conclusión(es):** En conclusión, el índice de angina renal demostró ser una herramienta fácil y accesible que puede utilizarse en la práctica clínica diaria para la detección temprana de pacientes pediátricos en riesgo de desarrollar lesión renal aguda. Para validar estos resultados, se requieren futuros estudios en población pediátrica mexicana y en otros contextos.

205. TUBERCULOSIS PULMONAR Y EXTRAPULMONAR EN ADOLESCENTE TRASPLANTADA RENAL EN UNIDAD DE TERCER NIVEL. REPORTE DE UN CASO.

Marel Alejandra Ramírez González, Residente de tercer año de Pediatría del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco | Gabriela Hermsillo Márquez, Nefróloga pediátrica del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. | marelarg24@gmail.com

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad oportunista y atípica en pacientes con trasplante de órgano sólido. México reporta prevalencia de tuberculosis activa del 1.7% de pacientes postrasplante renal. La manifestación más común es pulmonar y extrapulmonar en columna vertebral. **Descripción del caso:** Adolescente de 15 años, receptora de trasplante renal hace 13 años, con triple inmunosupresión y función renal estable. Acude por fiebre, rinorrea, tos y dolor lumbar. Por síntomas respiratorios y patrón intersticial en radiografía de tórax manejada como neumonía atípica. Persistió con fiebre de predominio nocturno y claudicación por dolor lumbar por lo que se amplió abordaje. **Evolución:** Baciloscopia en esputo positiva. Quantiferon TB-gold indeterminado. GeneXpert en líquido bronquioalveolar positivo a micobacterium tuberculosis. Resonancia magnética: deformidad en vertebras de T11 hasta L2. Recibió tratamiento de primera línea para tuberculosis. Utilizó corsé y medidas de higiene de columna. Con adecuada evolución, refirió mejoría de dolor lumbar al mes, completó 18 meses de tratamiento sin complicaciones ni secuelas. Requirió incremento en dosis de inmunosupresores, sin alteración en función renal. **Conclusión(es):** Se maneja con quinolonas presentando mejoría, al suspender antibiótico presentó nuevamente fiebre, llegando al diagnóstico de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar. Si bien no se cuenta con confirmación histopatológica vertebral, el estudio molecular, dolor lumbar característico y los datos de espondilitis tuberculosa en resonancia magnética nos confirma la sospecha de mal de Pott. La tuberculosis es una infección oportunista en receptores de trasplante renal asociado a la inmunosupresión. Caracterizada por un cuadro clínico inespecífico y por la capacidad de afectar a cualquier órgano por lo que es primordial tener un alto grado de sospecha diagnóstica para brindar tratamiento oportuno y reducir el riesgo de complicaciones así como la mortalidad.

207. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN NUTRICIÓN APLICADO EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DEL COLEGIO "MALALA".

Sofía Jimena Olmedo Correa¹, Montserrat Adonai De la Torre Del Castillo¹, Josue Aldair García Hoyos¹, Juan Diego Panduro Ortiz¹, Alison Judith Pérez Rangel¹

¹Licenciatura en Nutrición, Centro Universitario de Tlajomulco, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco. sofia.olmedo6931@alumnos.udg.mx

Introducción: Según la OMS, la educación nutricional no contempla solo la difusión de información acerca de los alimentos y nutrientes, también proporciona las herramientas para saber qué hacer y cómo actuar para mejorar la nutrición. Según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la educación alimentaria y nutricional motiva a los adolescentes a convertirse en agentes de cambio. **Objetivo(s):** Aplicar un programa educativo orientado en nutrición, así como evaluar el conocimiento sobre nutrición de los estudiantes de secundaria del colegio "Malala" Santa Cruz del Valle. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio transversal y descriptivo en el cual se incluyeron 42 participantes de ambos géneros, de entre 11 a 15 años, con muestreo a conveniencia. Los participantes fueron informados del proyecto, se firmó el consentimiento y asentimiento informado. Se recogieron datos respecto al conocimiento en nutrición y la frecuencia en el consumo de alimentos, usando el cuestionario "Polymetrix". **Resultado(s):** El 73.8% de la población seleccionada consume 3 comidas al día, el 62.5% de las niñas cumplen con tal patrón; tan solo el 7.1% de los niños ingiere la cantidad mínima de agua recomendada. Se encontró un bajo consumo de frutas y verduras, de 1 ración diaria. El 19% de la población consume refresco diariamente y el 45.23% consume bebidas endulzadas no lácteas diariamente. Antes de la intervención, el 40.4% pensaba que la proteína sólo puede obtenerse de la carne, después de la intervención el 42.9% aprendió sobre otras fuentes de proteínas. **Conclusión(es):** Un programa de educación nutricional puede ser una herramienta efectiva para alfabetizar en materia de nutrición. Es indispensable crear y fortalecer estrategias de educación que tengan un alcance positivo en la población.

206. EVALUAR Y ANALIZAR LA CALIDAD DEL SUEÑO Y COMPONENTES DEL ESTADO NUTRICIONAL DE TRABAJADORES DEL TURNO NOCTURNO.

Vanessa Custodio Madrid, Centro universitario de Tlajomulco | Martha Falcón García, Centro universitario de Tlajomulco | Kenia Abexair Beltran Gutierrez, Centro universitario de Tlajomulco | Citlali Dessire Pérez Cossio, Centro universitario de Tlajomulco | Vannia Naomi Mercado Navarrete, Centro universitario de Tlajomulco | vanessa.custodio6936@alumnos.udg.mx

Introducción: La calidad de sueño es un factor que influye en la salud general, una mala calidad de sueño puede generar múltiples complicaciones. Dormir es parte fundamental en la vida del ser humano, es necesario para lograr nuestras actividades y poder acceder a un estado de salud óptimo. El ambiente es importante para determinar la duración del sueño, así como la carga horaria laboral. Los trabajadores del área de la salud constituyen un sector laboral que debe estar disponible las 24 horas del día para brindar atención inmediata a las personas que requieren cuidados especializados. Ello implica que estén expuestos a largas jornadas de trabajo. **Objetivo(s):** Evaluar la calidad de sueño y asociación de componentes nutricionales en profesionales de salud que cubren turno nocturno. **Material(es) y Método(s):** Estudio descriptivo, observacional de corte transversal. Muestra: 21 sujetos/conveniencia. Solicitamos su autorización para analizar sus resultados una vez recaudados. Toda la información la mantendremos en estricta confidencialidad. **Resultado(s):** Los porcentajes son 86.4% en mujeres mediana/edad de 32, el 13.6% de los hombres mediana/edad de 35. La MG muestra que las mujeres presentaron 35.1% MG y los hombres un 27.8% MG. Se evidencia que las mujeres tienen una mala calidad de sueño con un puntaje 11 de acuerdo al PSQI, los hombres muestran un puntaje de 9, que de acuerdo al PSQI lo califica como buena calidad de sueño. **Conclusión(es):** Se encontró que la calidad de sueño tiene estrecha relación con los componentes nutricionales, por la exposición a laborar en turnos nocturnos, ya que esto conlleva a disminuir las horas de sueño, siendo este factor principal en las alteraciones del ciclo de sueño.

208. ENFERMEDAD DE KAWASAKI REFRACTARIO. REPORTE DE CASO CLINICO.

Andrea Parra Gonzalez, Residente de pediatría, Segundo Año, Hospital General San Juan del Río | Judith Gabriel Estrada, Residente de pediatría, Tercer Año, Hospital General San Juan del Río | Maria del Carmen Trinidad Perez, Médico Neonatólogo Pediatra, Hospital General San Juan el Río, Querétaro. | andreaparra3011@gmail.com

Introducción: La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis aguda febril, autolimitada y de causa desconocida que afecta predominantemente a niños menores de 5 años; conduce a aneurismas de las arterias coronarias aproximadamente en el 25% de los casos no tratados. **Descripción del caso:** Masculino de 6 años, sin antecedentes médicos de importancia, ingresa por fiebre de más de 5 días de evolución, acompañado de eritema multiforme generalizado e inyección conjuntival bilateral no exudativa y linfoadenopatía cervical unilateral izquierda de 1.5 cm de diámetro aproximadamente, cavidad oral con fisuras, descamación y agrietamiento de labios, lengua eritematosa y prominentes papilas fungiformes (lengua en fresa), iniciando manejo inmediato con inmunoglobulina y ácido acetilsalicílico, se realiza ecocardiograma, encontrándose afectación coronaria. Pese a un abordaje inicial adecuado, persiste fiebre por más de 48 horas, ante alto riesgo de refractariedad a inmunoglobulina según escalas predictoras, se inicia manejo con corticoesteroide con remisión de sintomatología a las 24 horas de administración. **Evolución:** Paraclínicos al ingreso Hb: 11.2, hto: 32.9, MCV: 85.5, HCM: 29.1 plq: 277,00, leucocitos 19 400, neutrófilos: 89.9%, linfocitos: 8%, PCR: 31.8, VSG: 50 mmhr, Na: 125.9, ALT: 31.3. Alb: 3.09 Ecocardiograma inicial con reporte de coronaria derecha con dilatación en la región proximal de origen de 3.3 mm (Z+2.7) y coronaria izquierda de 3.5 mm (Z +2.5), resto de los trayectos de ambas sin dilataciones o ectasias. **Conclusión(es):** Estudios de investigación demuestran que pacientes con alto riesgo de resistencia al tratamiento primario de acuerdo a escalas predictoras Kobayashi y Harada, la administración de corticosteroides disminuye fiebre, niveles de PCR y presenta menor incidencia de anomalías de las arterias coronarias definidas por puntuación Z.

210. CISTEINIL-LEUCOTRIENOS (CYS-LTS) Y SU RELACIÓN CON LOS VALORES ESPIROMÉTRICOS, EN NIÑOS CON Y SIN ASMA.

Juan Eduardo Morales Ramírez, Pediatría. Residente 3 año de Pediatría. Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México. | Benigno Linares Segovia, Pediatría. Médico Pediatra. Hospital Regional de Salamanca de Petróleos Mexicanos. Guanajuato. | Rocío Stephanie Bermúdez Pérez, Maestra en Investigación Clínica. Universidad de Guanajuato. Guanajuato. | edumoram111@gmail.com

Introducción: Los Cisteinil-Leucotrienos (Cys-LTs) (C-LT:LTC₄, LTD₄ y LTE₄) tienen un papel importante en la inflamación de la vía aérea de los pacientes con asma, inducen obstrucción e hiperreactividad bronquial, aumento de la permeabilidad vascular y secreción excesiva de moco. **Objetivo(s):** Determinar relación entre niveles de Cisteinil-Leucotrienos (Cys-LTs) y valores espirométricos en niños con y sin asma. **Material(es) y Método(s):** Estudio transversal anidado en un estudio de cohorte, incluyeron niños con y sin asma, de 6 a 12 años de edad, originarios y residentes de un municipio del centro de México. Los antecedentes clínicos y demográficos se obtuvieron a través del cuestionario ISAAC (Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia). Se realizó espirometría forzada siguiendo los criterios de ATS. Los niveles de Cisteinil-Leucotrienos (Cys-LTs) se midieron en condensado del aliento exhalado mediante ELISA (Cayman Chemical, Ann Arbor, MI) a una longitud de onda de 410nm. **Resultado(s):** Se estudiaron 66 escolares, de 6-12 años de edad (7.8 ± 1.7 años), 29 (43.9%) con asma y 37 (56.1%) sin asma. Los niños con asma presentaron mayor frecuencia de broncoespasmo e ingresos a urgencias. No observaron diferencias en las concentraciones de Cisteinil-Leucotrienos (Cys-LTs) entre los grupos. No hubo correlación entre los valores espirométricos y niveles de Cys-LTs, tanto en valor absoluto de la FVC y de la FEV1 como en el porcentaje del predicho. **Conclusión(es):** La presente investigación trató de relacionar un biomarcador de inflamación con una prueba de función pulmonar, sin embargo, no se logró establecer esa correlación, lo que contrasta con los resultados obtenidos por Basyigit et al. en adultos asmáticos. En ausencia de exacerbaciones, no existe correlación entre niveles de Cisteinil-Leucotrienos (Cys-LTs) y los parámetros espirométricos.

212. TERATOMA MEDIASTINAL ANTERIOR, PATOLOGÍA POCO FRECUENTE EN ETAPA NEONATAL.

Alejandra Sofía Guillén Guerrero, Residente tercer año pediatría, Hospital de Especialidades del niño y la mujer, Querétaro | Lucía López Arzate, Residente quinto año de neonatología, Hospital de Especialidades del niño y la mujer, Querétaro | asofia.guilleng@gmail.com

Introducción: Los tumores neonatales ocurren en 12.500 a 27.500 nacidos vivos y comprenden el 2% de las neoplasias malignas infantiles. Los teratomas corresponden al principal tumor neonatal. El abordaje de los tumores mediastinales se realiza por división anatómica, correspondiendo a tumores y masas más frecuentes del mediastino anterior: linfomas, tumores germinales, timomas y tumores mesenquimatosos. Los teratomas son la única neoplasia que comprende las tres capas germinales, histológicamente se dividen en maduros o inmaduros, la estirpe celular se determina por histología y por marcadores tumorales como alfafetoproteína y gonadotropina coriónica humana. **Descripción del caso:** Presentamos el caso de RN masculino, de término, embarazo normo-evolutivo, obtenido por parto, APGAR 3/5/7, 39 sdg, requiriendo dos ciclos de presión positiva sin respuesta, se decide manejo avanzado de la vía aérea, diagnóstico de asfisia perinatal. En UCIN se mantiene bajo ventilación mecánica por 72 horas, se programa extubación fallida. Presenta datos de miocardiopatía hipóxico-isquémica, se realiza ecocardiograma reportando presión pulmonar de 40 mmHg, hallazgo incidental de masa torácica quística, con desplazamiento de arco aórtico. TAC con evidencia de masa mediastinal anterior. Se realiza toracotomía con resección total de masa mediastinal y timectomía. Evolución estable en el postquirúrgico inmediato, extubación programada a las 72 horas. **Evolución:** Alfa feto proteína 17,738 ng/mL y hCG <1.2 mUI/mL, TSH 1.8 uU/mL y tiroxina libre 1.6 ng/dL. Reporte patológico con tumor mediastinal de 13 gramos, 5 X 5 X 3 cm, múltiples lesiones cavitadas. **Conclusión(es):** Los teratomas constituyen la neoplasia germinal extragonadal más común en neonatos representando 3% de lesiones malignas, siendo de baja incidencia, pero indicativa de altas complicaciones. El ultrasonido prenatal es de gran ayuda y la intervención quirúrgica es crítica para mejorar el pronóstico. (TCG) se presentan habitualmente en las gónadas.

211. USO DE NANOFIBRAS ANTIINFLAMATORIAS PARA FAVORECER LA REGENERACIÓN DE LA PIEL EN UN MODELO MURINO DE QUEMADURA.

Atlantida Margarita Raya Rivera, Jefa del Laboratorio de Ingeniería de Tejidos del Hospital Infantil de México Federico Gomez | atlantiraya1@yahoo.com

Introducción: Las quemaduras de segundo grado profundas se curan mediante la formación de cicatrices queloides debido a pérdida de células y matriz extracelular1, lo que indica que se necesitan nuevos entornos regenerativos para tratarlas2-11. **Objetivo(s):** Evaluamos la efectividad de incorporar señales anti-inflamatorias, en el templete de colágena (SIS), del neo-tejido autólogo, en un modelo murino de quemadura. **Material(es) y Método(s):** Se autoensamblaron cinco péptidos anfífilos antiinflamatorios (SAAPs) sobre SIS y se sembraron con epitelio, fibroblastos y adipocitos cultivados a partir de biopsia de piel de ratón. Los ratones (C5BL/12) se dividieron en 4 grupos, quemados y tratados con implante de nueva-piel/SIS recubierta con péptidos y no tratados. Se evaluó H/E e inmunohistoquímica, en el sitio de lesión a 1h, 6h y 6 días después de la quemadura. La respuesta inmune se evaluó mediante citometría de flujo para detectar neutrófilos, células dendríticas, macrófagos M2 y linfocitos de células T en los ganglios linfáticos axilares e inguinales. **Resultado(s):** Cinco péptidos anti-inflamatorios-anfífilos auto-ensamblados al templete SIS y sembrados con células. Hasta los 6 días, el tejido conectivo tenía mayor celularidad y depósito más sustancial de matriz extracelular. Se registró un perfil de respuesta inmunológica proinflamatoria 1h y 6 h, después del tratamiento que cambió a perfil anti-inflamatorio a los 6 días (p<0,0001 para ambos efectos). **Conclusión(es):** El uso de autoensamblable de (SAAPs) al templete de colágena para mejorar cicatrización en quemaduras profundas, representa la primera aplicación exitosa de esta tecnología para el manejo de quemaduras profundas. Se demostró que influyen en la modulación de la respuesta inmune innata y adquirida. Consiguientemente se produce una mejor regeneración del tejido dañado. El uso de péptidos anfífilos antiinflamatorios autoensamblados para cubrir una estructura de colágeno produjo una nueva piel, excelente alternativa para mejorar la curación de lesiones por quemaduras profundas.

213. RETOS TERAPÉUTICOS DEL BEBE ARLEQUÍN QUE SOBREVIVE.

Raquel Shaddai Castillo Almazán, Departamento de Pediatría, Residente, Hospital Central Dr. Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, S.L.P. | Ana Sofía Torres Fraga, Pediatría, Residente, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, CDMX. | Abril Monserrat Amaro Leal, Pediatría, Residente, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, CDMX. | Adriana Jonguitud Aguilar, Departamento de Pediatría, Médico adscrito, Hospital de Especialidades Médicas de Rioverde, Rioverde, S.L.P. | Ediverto Ruiz Martínez, Departamento de Pediatría, Médico adscrito, Hospital de Especialidades Médicas de Rioverde, Rioverde, S.L.P. | Verónica Sánchez Pérez, Departamento de Pediatría, Médico adscrito, Hospital de Especialidades Médicas de Rioverde, Rioverde, S.L.P. | César Antonio Noyola Salazar, Departamento de Pediatría, Médico adscrito, Hospital de Especialidades Médicas de Rioverde, Rioverde, S.L.P. | Salvador Calvillo Robles, Departamento de Pediatría, Médico adscrito, Hospital de Especialidades Médicas de Rioverde, Rioverde, S.L.P. | Silvia Fayad Fuentes, Departamento de Pediatría, Médico adscrito, Hospital de Especialidades Médicas de Rioverde, Rioverde, S.L.P. | raquel.castillo.almazan@gmail.com

Introducción: El feto arlequín representa la forma más grave y agresiva de las ictiosis congénitas. Su herencia sigue un patrón autosómico recesivo y, lamentablemente, en la mayoría de los casos, tiene un pronóstico fatal durante el primer mes de vida. Sin embargo, se han documentado casos de supervivencia prolongada, especialmente en aquellos tratados precozmente con isotretinoína y cuidados de terapia intensiva. **Descripción del caso:** Femenino de 2750 g de peso, de padres no consanguíneos. La paciente presentaba grandes placas queratósicas, duras, gruesas y de coloración marrón-amarillenta, separadas por fisuras profundas de fondo eritematoso, que recubrían toda la superficie corporal. También presentaba ectropión severo, con hiperemia conjuntival que ocultaba los globos oculares, eclabium y aplanamiento de la pirámide nasal y los pabellones auriculares. Necrosis de falanges distales. **Evolución:** Se maneja en terapia intensiva neonatal con cuidados de piel, hidratación, dextanotol, líquidos parenterales y antibióticos por sobreinfección. Se agregó manejo con isotretinoína y se egresó a las 6 semanas de vida. **Conclusión(es):** Los niños que sobreviven a la genodermatosis ictiósica necesitan una variedad de tratamientos y cuidados paliativos. La evolución de este paciente fue satisfactoria en términos de supervivencia, aunque su pronóstico a largo plazo aún es incierto.

214. MASTOIDITIS AGUDA COMPLICADA CON TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS REPORTE DE CASO EN PEDIATRÍA.

Keila Yadira Mendoza Martínez¹, José Luis Almanza Chanona², Ana Lidia Beltrán López³, Yanyn Ameyaly Cabrera³, José Ivan Castillo Bejarano³

¹Departamento de Pediatría, Residente, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, ²Departamento de Pediatría, Servicio de Infectología Pediátrica, Residente, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, ³Departamento de Pediatría, Médico Adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León., keila3094@hotmail.com

Introducción: La trombosis de los senos venosos es una complicación infrecuente pero grave, actualmente la mortalidad es cercana al 10%. La presentación clínica es variable y puede ser difícil detectarla. El retraso en el diagnóstico y tratamiento aumenta el riesgo de daños permanentes. Debido a la morbilidad es importante conocer las características clínicas para un pronto diagnóstico y tratamiento oportuno. **Descripción del caso:** Masculino de 3 años, acude a urgencias por nistagmo horizontal después de 5 días con rinorrea, fiebre, tos y otalgia, tratado con amoxicilina/ácido clavulánico (50 mg/kg/día), previo a su ingreso se agrega cefalea frontotemporal y vómito. Los estudios de imagen contrastados evidencian mastoiditis bilateral y trombosis parcial de seno transverso y sigmoideo derecho. Estudios de laboratorio con 471,000/mm³ plaquetas; PCR 5.3 mg/dL y VSG 38 mm/hr. **Evolución:** Se inicia Ceftriaxona (100 mg/kg), Vancomicina (60 mg/kg) y enoxaparina (1 mg/kg). Pasa a quirófano para colocación de tubos de ventilación, se obtiene secreción ótica para panel de neumonía FilmArray® positivo para Streptococcus pyogenes 100,000 copias/mL, Staphylococcus aureus 10,000 copias/mL. y Rinovirus/Enterovirus. Se suspende Vancomicina, luego de 8 días con Ceftriaxona se realiza cambio a amoxicilina (90 mg/kg). Con adecuada respuesta terapéutica se decide su egreso. Durante el seguimiento ambulatorio se observa resolución completa de los síntomas y se suspende enoxaparina. **Conclusión(es):** Aunque es poco común, es una entidad que debe tenerse en cuenta por la alta morbimortalidad que conlleva. Requiere una valoración detallada con el fin de diagnosticar y tratar oportunamente. El uso de paneles de neumonía FilmArray® permite dirigir la terapia antibiótica, proponiéndolo como una alternativa eficaz para el diagnóstico microbiológico de infecciones no pulmonares.

216. EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y DENSIDAD CALÓRICA DE REFRIGERIOS DE LA PRIMARIA DE SAN SEBASTIANITO.

Katherine Sarai Jiménez Gómez, Centro Universitario de Tlajomulco, Universidad de Guadalajara | Mariangelica Gómez Penilla, Centro Universitario de Tlajomulco, Universidad de Guadalajara | Atziri Juana María Orozco Sánchez, Centro Universitario de Tlajomulco, Universidad de Guadalajara | Karina Ortiz León, Centro Universitario de Tlajomulco, Universidad de Guadalajara | Johanna Lizbeth Tepepa Muñoz, Centro Universitario de Tlajomulco, Universidad de Guadalajara | leonk237@gmail.com

Introducción: La mala nutrición se comprende como el desequilibrio entre los nutrimentos que los individuos necesitan para realizar sus funciones adecuadamente y los nutrimentos que obtiene. La mala nutrición en los escolares puede impactar sobre su composición corporal y su desarrollo físico e intelectual. **Objetivo(s):** Evaluar la composición corporal y la densidad calórica de los refrigerios escolares de alumnos de la escuela primaria de San Sebastianito, Jalisco. **Material(es) y Método(s):** Estudio descriptivo, transversal que incluye 30 niños de ambos géneros con edad de 8 y 9 años, que cursan el tercer año de primaria. Los padres de los menores firmaron el consentimiento informado y los participantes asentimiento informado. Se tomaron peso, talla, pliegue cutáneo bicipital y tricipital, se calculó el índice cintura talla. Para el cálculo de la densidad calórica del refrigerio se utilizó un recordatorio de 24 horas. **Resultado(s):** El 43.3 % de la población presentó normopeso el 23.3% sobrepeso, el 13.3%, obesidad y el 20% desnutrición. 16.6% corresponde a desnutrición en niñas. El 70% de la población presenta un ICT <0.50. Los niños que llevan refrigerio de casa son el 63.33% y los que compran en la escuela son 36.33. El consumo calórico promedio de las niñas fue de 526 Kcal y de los niños de 741 kcal. Los niños que compran refrigerio en la escuela su promedio calórico es de 369 kcal y los que lo llevan de casa 694 kcal. **Conclusión(es):** La composición corporal de los niños en relación al refrigerio escolar en la salud de los menores de acuerdo los datos evaluados podemos concluir que el IMC de los niños da resultados de normopeso en menos de la mitad de la población. Se revela una preocupante situación de salud en la población estudiada con una alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y desnutrición.

215. PACIENTE CRÍTICO CON MÚLTIPLES HERIDAS POR ARMA DE FUEGO.

Gilberto Mauricio Suárez, Medico Interno, Facultad de Medicina UASLP, S.L.P | Rosalina Rivera Vega, Jefa de UTIP, Hospital Central de San Luis Potosí, S.L.P | Edgar Ignacio Ponce Canseco, Medico Interno, Facultad de Medicina UASLP, S.L.P | gilbertosv99@gmail.com

Introducción: Las lesiones por arma de fuego van a la alza debido al aumento de violencia en la sociedad, estas agresiones generan lesiones múltiples y severas que conllevan a un estado de choque hipovolémico; el cual es un desafío clínico debido a su rápida evolución, la necesidad de intervención inmediata y lo complejo de su manejo. **Descripción del caso:** Masculino de 12 años, después de ser atacado con arma de fuego, presenta dos orificios en tórax anterior, otro abdominal supraumbilical, dos en región glútea y dos en muslo izquierdo. 90kg, FC: 130, FR: 40 y TA: 95/50. **Evolución:** Presenta hemoneumotórax tratado con sello endopleural. Hb: 9.7, acidosis metabólica y lactato elevado, manejado con 2 cargas de cristaloides 1000 ml para 10 minutos. Pasa a quirófano donde se encuentra lesión grado III intestinal a 70-90 cm de ángulo de Treitz, lesión grado I en colon transverso, grado III en colon descendente y lesión grado IV en segmento 7 y 8 las cuales son reparadas satisfactoriamente. Pasa a UTIP con datos de choque y se maneja con 2 cargas de cristaloides a 10ml/kg y norepinefrina además de ser transfundido con plasma. Evolución favorablemente y 5 días después presenta deterioro hemodinámico y dehiscencia de herida por lo cual pasa a quirófano y UTIP nuevamente donde progresa adecuadamente y egresa 34 días después de su ingreso. **Conclusión(es):** Para el manejo exitoso se debe realizar un abordaje multidisciplinario, reconociendo rápidamente signos de choque y dificultad respiratoria. (3,4,5) El caso representa un choque hipovolémico, el cual representa la mayoría de los choques de origen traumático y el manejo con líquidos cristaloides es el tratamiento de primera opción para expandir el volumen con el consiguiente abordaje quirúrgico.

217. SÍNDROME HEMOLÍTICO URÉMICO ATÍPICO, REPORTE DE CASO.

Alejandra Sofia Guillén Guerrero, Residente tercer año pediatría, Hospital de Especialidades del niño y la mujer, Querétaro | asofia.guilleng@gmail.com

Introducción: El síndrome urémico hemolítico (SHU) caracterizado por anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda, la mayoría causado por infección entérica por E. Coli productora de toxina Shiga. La presentación atípica representa aproximadamente 10% de todos los casos de SHU, como consecuencia de desregulación de la vía alterna del complemento, que conduce al desarrollo de daño endotelial y microangiopatía trombótica, incidencia 1-2/1.000.000 habitantes. La mutación de proteínas reguladoras como cofactor de membrana (MCP), FH y FI, representan el 60% de los pacientes con SHUa, son portadores de mutaciones en los genes reguladores del complemento, causando activación no regulada y daño a los componentes propios. El SHUa asociado a mutación de MCP se caracteriza por inicio en la primera infancia, pronóstico renal frecuentemente, recaídas recurrentes y riesgo de recurrencia en el aloinjerto renal. **Descripción del caso:** Se aborda masculino 6 años de edad, con antecedente de hermano que padeció SHUa con mutación de la proteína MCP, además nuestro paciente con reporte de un evento de SHU al año de vida, tratada con plasma fresco congelado, con recaída 5 años posteriores, ingresando febril, anuria, anemia, trombocitopenia, elevación creatinina sérica, frotis de sangre periférica con esquistocitos. **Evolución:** hemoglobina 11.4mgdl, plaquetas 31.2 10m3, DHL >4500 UI/L, C3 67mg/dl, reticulocitos 0.32%, C3 67mg/dl, reticulocitos 0.32%. **Conclusión(es):** Durante su estancia se realizó abordaje con tóxina shiga negativo, ADAMS-13 actividad normal, haptoglobinas sin alteración, Coombs negativo. Ameritando manejo avanzado de la vía aérea, falla renal aguda tratada con diálisis peritoneal de emergencia, con mejoría significativa, recuperación renal y línea roja. Si bien no se cuenta con reporte de mutación genética cuenta con todas las características de SHUa probable mutación MCP por relación familiar, presentación típica de esté.

218. REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS CON TRASTORNO MIELOPROLIFERATIVO TRANSITORIO NEONATAL ASOCIADO A SÍNDROME DE DOWN.

Georgina Lozano Pineda, Residente de pediatría, IMSS, Chiapas | María Isabel Cadena De Aquino, Hematóloga pediatra, IMSS, Chiapas | María José García Tevera, Hematóloga pediatra, IMSS, Chiapas | georginalp94@hotmail.com

Introducción: La Mielopoyesis Anormal Transitoria también llamada Leucemia Transitoria o Trastorno mieloproliferativo transitorio, es una proliferación clonal de células blásticas mieloides, con presencia de precursores mieloides y elementos blásticos en sangre periférica, y medula ósea. La mayoría de los pacientes progresan favorablemente con remisión de la enfermedad dentro de los primeros tres meses de vida sin ninguna intervención; el resto desarrollan formas graves de la enfermedad. **Descripción del caso:** CASO1: Recién nacido de término, femenino, con fenotipo Down producto de gesta 1, ameritado reanimación neonatal avanzada, APGAR 4/8, SA 2/2, ingresa a UCIN por síndrome de dificultad respiratoria y datos clínicos de choque séptico. CASO2: Recién nacido masculino de término, se obtiene por cesárea debido a cardiopatía congénita, ameritando maniobras de reanimación avanzada, peso: 3520 gramos, APGAR 6/9, SA 0/0 ingresando a UCIN para su manejo. Ambos valorados por hematología pediátrica debido a leucocitosis al nacimiento. **Evolución:** CASO1: Leucocitos al nacimiento: 67.200, Neutrófilos: 41.700, Linfocitos: 21.00, Inmunofenotipo compatible con leucemia aguda transitoria. CASO2: Leucocitos al nacimiento de 88.400, Neutrófilos 26.400, Linfocitos 32.300, Inmunofenotipo compatible con leucemia mieloides aguda megacarioblástica. Ambos casos tratados con hiperhidratación. Con buena evolución y egreso antes de los 30 días de vida extrauterina. **Conclusión(es):** Entre el 10% al 30% de los pacientes con síndrome de Down, desarrollarán mielopoyesis anormal transitoria, lo cual predispone 10 a 20 veces más a desarrollar leucemia linfoblástica aguda y cursa con los mismos datos clínicos y de laboratorio de la leucemia mieloides aguda. La mayoría tendrá remisión espontánea sin requerir tratamiento, el diagnóstico temprano de este trastorno es determinante en el pronóstico y desenlace del paciente. Los pacientes aquí mencionados fueron tratados con hiperhidratación presentando buena evolución y egreso hospitalario temprano.

220. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CON AFECTACIÓN PRINCIPAL DERMATOLÓGICA EN PACIENTE MASCULINO PEDIÁTRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Paulo Edwin Pacheco Patiño, Residente de segundo año de Pediatría Médica, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México. | Martín Eduardo Flores Munguía, Servicio de Infectología Pediátrica, Inmunólogo Pediatra, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México. | Karen Viramontes Olmos, Residente de tercer año de Pediatría Médica, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México. | paulo_281293@hotmail.com

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja, de etiología multifactorial, con múltiples manifestaciones clínicas y de laboratorio. Caracterizado por la presencia de autoanticuerpos y depósito de complejos antígeno-anticuerpo. El lupus de inicio en la niñez también se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, incluso antes de la pubertad (4-5:1). **Descripción del caso:** Masculino, 12 años, agricultor, padres analfabetas, previamente sano. Inicia padecimiento tres meses previos a su ingreso, con exantema eritematoso malar, y región distal de manos y pies, con descamación y costras melicéricas, fiebre. Progresó a lesiones ulcerosas y hemáticas en mucosa oral, dolorosas. Presenta tos, pierde 5 kg, diaforesis, mialgias y dolor abdominal y diarrea. **Evolución:** Qs: normal. PFH: Hipoalbuminemia de 1.9, elevación de transaminasas, DHL 1553. PCR /PCT negativas BH: Hemoglobina 8.5, hematocrito 26, leucocitos 2.2, neutrófilos 1.2, linfocitos 0.9, plaquetas 122. ES: Sodio 128, potasio 3.7, cloro 105, fósforo 2.7, magnesio 2.2, calcio 6.8. EGO: Sangre 25, proteínas 25. Radiografía: derrame pleural izquierdo. - Tratamiento: hidroxycloquina, micofenolato, metilprednisolona, inmunoglobulina, losartán, furosemida, espironolactona y ácido ursodesoxicólico. - Evolución: Afección hematológica, renal, hepática, derrame pericárdico y pleural. Proteinuria persistió, pendiente toma de biopsia renal. Lesiones dérmicas con evidente mejoría. **Conclusión:** A nivel pediátrico, hay pocos informes sobre diferencias clínicas asociadas al género, considerando las manifestaciones extrarenales, si consideramos población latinoamericana. Pacientes masculinos con LES son mayor afectados con manifestaciones renales y extrarenales. Hombres tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica en etapa terminal, por lo que requieren mayor monitorización y seguimiento. El paciente masculino tiene pronóstico igual o peor que el paciente femenino, pero no mejor.

219. APENDICITIS Y GASTROENTERITIS EN PEDIATRÍA: EL DISTRACTOR EN UN PAÍS EN VÍAS DE DESARROLLO.

Pastor Escárcega Fujigaki, Departamento de Cirugía Pediátrica, Cirujano Pediatra adscrito, Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Veracruz, México | Guillermo Hernández-Peredo Rezk, I Departamento de Cirugía Pediátrica, Cirujano Pediatra adscrito, Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Veracruz, México | Keren Hapuc Vargas Amador, Departamento de Pediatría Médica, Residente 1 año, Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Veracruz, México | Gerardo Alonso Acosta, Departamento de Cardiología, Cardiólogo pediatra adscrito, Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio, Xalapa, Veracruz, México. | kerenhvarg@gmail.com

Introducción: La Apendicitis es la emergencia quirúrgica más frecuente en Pediatría, se presenta atípicamente en gran porcentaje de pacientes ocasionando errores diagnósticos. **Objetivo(s):** Determinar el impacto de un cuadro de gastroenteritis asociado a apendicitis, que conduce a retraso en el diagnóstico en un País Subdesarrollado. Sensibilizar al médico de primer contacto en la posibilidad de apendicitis cuando existe un cuadro de diarrea asociado a dolor abdominal y fiebre. **Material(es) y Método(s):** Estudio prospectivo, comparativo de 207 pacientes pediátricos con apendicitis divididos en dos grupos: A 117 (56.5%) con error diagnóstico y B 90 (43.4%) sin error diagnóstico. Se compararon datos clínicos, laboratorio e imagen mediante las pruebas de Mann Whitney, odds ratio (OR), 95% confidence interval (CI) con un nivel de significancia de $p < 0.05$. **Resultado(s):** Confundieron el diagnóstico con gastroenteritis en 66 (56.4%), ocasionando retraso en el manejo quirúrgico, siendo estadísticamente significativo (OR: 2.25; 95% CI: 1.23-4.09; $p < 0.005$) al comparar con el grupo B. La segunda causa de confusión fue colitis en 40 (34.2%). El número de apendicitis perforadas predominó en el grupo A (OR: 3.22; 95% CI: 1.81- 5.72; $p < 0.01$), con más días en iniciar la vía oral (OR: 3.68; 95% CI: 1.32-10.27; $p < 0.01$) y más días de estancia hospitalaria (OR: 6.83; 95% CI: 1.85-25.11; $p < 0.01$). Fue mayor el error diagnóstico por el médico general en comparación al Pediatra (OR: 0.17; 95% CI: 0.07-0.43; $p < 0.01$). **Conclusión(es):** Se confundió el diagnóstico de Apendicitis por gastroenteritis y Colitis en 106 (90.6%), por lo que se debe sensibilizar al médico de primer contacto la posibilidad de apendicitis en un paciente con dolor abdominal, diarrea y fiebre.

221. DEFICIENCIA SELECTIVA DE ANTICUERPOS COMO CAUSA DE INFECCIONES DE REPETICIÓN EN PACIENTE INMUNIZADO: REPORTE DE UN CASO.

Dania Anaid Sierra Zamora, Pediatría Médica, Residente, Hospital Juárez de México, Ciudad de México. | Erika Gómez Zamora, Directora Médica, Hospital Juárez de México, Ciudad de México. | Thelma Urbina Mejía, Pediatría Médica, Residente, Hospital Juárez de México, Ciudad de México. | Carol Vivian Moncayo Coello, Encargada de Jefatura, Servicio de Alergias e Inmunología Clínica, Hospital Juárez de México, SSA, Ciudad de México, México. | dannannsz@gmail.com

Introducción: La deficiencia selectiva de anticuerpos (SAD) es un tipo de inmunodeficiencia primaria poco frecuente caracterizada por valores normales de inmunoglobulinas con una respuesta disminuida a los antígenos de polisacáridos; ocasionando infecciones bacterianas recurrentes de vías respiratorias y en casos graves sepsis o meningitis. **Descripción del caso:** Femenino de 10 años con padres sanos sin comorbilidades. Producto de la Gesta 1, obtenida por cesárea electiva. Peso al nacer 2,800 grs, Apgar 8/9, Silverman 0, inmunizaciones completas para la edad. Inicia padecimiento al año, con múltiples consultas y hospitalizaciones por cuadros de vías respiratorias superiores, esquemas completos de antibiótico sin mejoría. Se inicia protocolo por probable inmunodeficiencia. **Evolución:** Biometría hemática: Normal, perfil de alergia: Normal, inmunoglobulinas normales. Cultivo de expectoración: Streptococcus Mitis. Tomografía de tórax: Broncoespasmo del bronquio principal izquierdo. Nasobroncoscopia: Traqueobronquitis crónica de predominio derecho, hipersecreción, hipertrofia de cornetes y rinitis leve. Secuenciación genética para fibrosis quística: Variantes con significancia clínica incierta. Tratamiento: Factor de transferencia. Inmunostimulación con vacuna neumocócica 23 serotipos observando aumento en los niveles séricos de IgG. La evolución actual se refiere asintomática, sin eventos de infecciones de vías aéreas. **Conclusión(es):** El síndrome de deficiencia selectiva de anticuerpos es una inmunodeficiencia primaria donde los niveles de inmunoglobulinas permanecen normales pero con respuesta disminuida a los antígenos polisacáridos pese a la vacunación contra microorganismos encapsulados, presentando mayor susceptibilidad a infecciones graves. El abordaje diagnóstico requiere medición de niveles de inmunoglobulinas específicas posterior a la vacunación antineumocócica de 23 serotipos (siendo una respuesta favorable valores de IgG mayor o igual a 1.3mcg/ml ó el aumento de al menos 4 veces sus valores basales). Su tratamiento se basa en el uso de antimicrobianos profilácticos y terapia de reemplazo con inmunoglobulina.

222. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, BIOQUÍMICA E HISTOLÓGICA DE HEPATITIS AGUDA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA EN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Rebeca Sarahí Pérez Gutiérrez, Pediatría, residente de tercer año, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes. | Nadine Frank Márquez, 2Gastroenterología y nutrición pediátrica, médico adscrito, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México. | Minerva Hernández Ramírez, 2Gastroenterología y nutrición pediátrica, médico adscrito, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, México. | rebeca.perez.gtz@hotmail.com

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió caso probable de hepatitis de origen desconocido como todo paciente <16 años que presente hepatitis aguda, con AST o ALT mayor de 500 UI/L, sin etiología evidente. **Objetivo(s):** Realizar la caracterización clínica, bioquímica e histológica de los pacientes pediátricos que cumplen con la definición de caso sospechoso para hepatitis de origen desconocido durante el periodo del 01 de octubre del 2021 al 01 de julio del 2023. **Material(es) y Método(s):** Se incluyeron todos los pacientes <16 años que cumplieran con la definición de caso sospechoso. Estudio descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: Edad, sexo, estado nutricional, síntoma predominante, niveles de ALT y INR, serología virus hepatotropos, PCR-multiplex, anticuerpos ANA, antiLKM1, anti SMA, reporte histológico. Los resultados fueron analizados con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, promedio y desviación estándar. **Resultado(s):** Se identificaron ocho pacientes menores de dieciséis años con diagnóstico de hepatitis de origen desconocido según la definición de la OMS en el Centenario hospital Miguel Hidalgo. El sexo predominante fue el femenino (75%). El síntoma predominante fue la ictericia (75%). Los valores de ALT se reportaron con una media de 2,093.1±858.51. Ningún paciente cumplió criterios para falla hepática aguda. Dentro de la etiología se identificó causa autoinmune (37.5%), infección por adenovirus F40/41 (25%), toxicidad por sustancias en el 25% e infección por Epstein-Barr en 12.5%. **Conclusión(es):** La etiología más frecuentemente identificada fue la autoinmune. El adenovirus fue el principal agente infeccioso identificado, seguido del virus Epstein-Barr. Otra causa identificada fue toxicidad por sustancias.

224. SÍNDROME DE MCCUNE-ALBRIGHT CON MANIFESTACIÓN ATÍPICA A LOS 2 MESES DE VIDA.

Alejandra Ivonne Arancibia Córdova, Pediatría, Residente, ISSSTE. CMN 20 Noviembre, Ciudad de México. | Aketzalli Piedragil Segura, Pediatría, Residente, ISSSTE. CMN 20 Noviembre, Ciudad de México. | Daniel Contreras Zamorano, Pediatría, Residente, ISSSTE. CMN 20 Noviembre, Ciudad de México. | Eduardo Augusto Ordoñez Gutiérrez, Pediatría, Jefe de Servicio Medicina Interna Pediátrica, ISSSTE CMN 20 de Noviembre, Ciudad de México | ale.arancibia42@gmail.com

Introducción: El síndrome de McCune-Albright es causado por mutaciones activadoras o de ganancia de función en el gen GNAS1 en estado de mosaico. Las características del síndrome de McCune-Albright se presentan en: huesos, piel y sistema endocrino. Un manejo multidisciplinario es fundamental para brindar la mejor atención posible a los pacientes. **Descripción del caso:** Femenina que presentó sangrado vaginal a los 2 meses de edad y a los 2 años 2 meses; acompañado de elevación de estradiol y prolactina; quistes ováricos, así como displasia fibrosa en la región frontotemporal del cráneo. A los tres años cursó con pubertad precoz tratada con leuprolida y criptoterona durante dos años. **Evolución:** Niveles bajos de LH y GH, y niveles altos de estradiol, prolactina e IGF-1. Actualmente (7 años de edad) la paciente presenta exostosis craneal en zona frontotemporal, engrosamiento del esfenoides con extensión al clivus, crista galli, lámina papirácea y celdillas etmoidales anterior y posterior, así como proptosis derecha y edad ósea de 11.5 años. Desarrollo puberal medido mediante escala Tanner en II-III, tamaño mamario de 4.0 a 4.5 cm, niveles bajos de LH y GH, y niveles altos de estradiol, prolactina e IGF-1. En el último control su tratamiento incluye leuprolida y hormona de crecimiento. **Conclusión(es):** El caso presentado destaca tanto manifestaciones comunes como poco comunes del síndrome de McCune-Albright que incluyen sangrado vaginal temprano, pubertad de inicio temprano, quistes ováricos, displasia ósea en cráneo y anormalidades endocrinas, por ello la sospecha de esta entidad. Resulta necesario, a pesar de ser patologías consideradas raras, pensar en ellas dentro de la práctica médica en pediatría ya que el diagnóstico oportuno y un manejo multidisciplinario es fundamental para brindar la mejor atención y calidad de vida posibles a los pacientes.

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

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

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

225. DISPLASIA ÓSEA GEN SLC26A2 CASO CLÍNICO EN EL HOSPITAL MILITAR DE ESPECIALIDADES DE LA MUJER Y NEONATOLOGÍA.

Paloma del Carmen Salazar Villanueva, Médico adscrito de Genética- Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología | Claudia Edith Cruz Alvarado, Médico adscrito de Neonatología- Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología | Cristina Nallely Reza Leal, Residente de Pediatría- Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología | nallelyrezaalea@gmail.com

Introducción: Las displasias óseas son un grupo extremadamente heterogéneo de afecciones que afectan el desarrollo óseo. Abarcan más de 400 trastornos, las cuales ocurren con una frecuencia de 1 individuo afectado por cada 5,000 nacimientos vivos, no obstante, la frecuencia podría estar subestimada. **Objetivo(s):** Dar a conocer las características clínicas que se presentaron en el paciente para tener documentación en la literatura y mayor conocimiento sobre este tipo de patologías. **Descripción del caso:** Recién nacido masculino que se obtiene a las 38 semanas de gestación por Capurro, vía abdominal por feto pélvico, se obtiene sin tono por lo que se pasa de inmediato a cuna caliente para realizar pasos iniciales, sin respuesta se brindan 3 ciclos de ventilación con presión positiva, realizándose intubación orotraqueal secundario a no obtener respuesta favorable, se obtuvo Apgar 3/5/8, peso de 2510gr y talla 45cm, perímetro cefálico 34cm, se observó deformidad de extremidad superior derecha e izquierda y extremidad inferior izquierda motivo por el cual se ingresa a unidad de cuidados intensivos neonatales. Se interconsulta a ortopedia pediátrica solicitando radiografías con presencia de fractura diafisaria bilateral de húmero y fractura diafisaria de fémur izquierdo, dejando manejo conservador. A la exploración micropene y criptorquidia bilateral interconsultando a endocrinología pediátrica por indiferenciación de genitales y a genética por síndrome dismórfico, solicitando cariotipo y exoma clínico. **Evolución:** Cariotipo 44XY Exoma clínico con resultado de estado heterocigoto c.1299T>A(p. Cys433*) localizada en el gen SLC26A2. **Conclusión(es):** Las displasias óseas son enfermedades con incidencia baja, además existe poca información en la literatura. En este caso solo se encontró una mutación trastorno relacionado al gen, hubiera sido bueno encontrar un mecanismo en el otro alelo y poder confirmar o descartar una variación en el número de copias en el otro alelo.

226. CORRELACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD CON LA ALTERACIÓN DE MARCADORES RENALES EN PACIENTES DE 2 A 17 AÑOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Zyanya Stephanie Flores Sánchez, residente de pediatría | Margarita Irene Rocha Gómez, Servicio de nefrología pediátrica, médico adscrito, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón", Villahermosa, Tabasco. | Guillermina Chablé Cupil, Servicio de endocrinología pediátrica, médico adscrito, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón", Villahermosa, Tabasco. | zyanyastephanie@gmail.com

Introducción: La finalidad de este trabajo es encontrar la correlación de la alteración de marcadores renales con el IMC en pacientes diagnosticados con sobrepeso y obesidad en edad pediátrica. Para este estudio, se incluyeron pacientes 95 pacientes con rango de edades de 2 a 17 años de cuatro instituciones hospitalarias en el Golfo de México. Se determinó una correlación positiva entre el IMC y las siguientes variables: creatinina, ácido úrico, tasa de filtrado glomerular y microalbuminuria. Se encontró correlación positiva entre estas variables. **Objetivo(s):** Determinar la correlación del sobrepeso y obesidad (IMC) y los marcadores de función renal en pacientes pediátricos. **Material(es) y Método(s):** Estadística descriptiva, tablas de frecuencias. Coeficiente de correlación de Pearson, análisis de varianza, significancia del 0.05 e intervalo de confianza de 95%. **Resultado(s):** Correlación positiva en los pacientes con sobrepeso y obesidad en edades de 2-17 años entre el IMC y las siguientes variables: creatinina por arriba de 0.5 mg/dl, ácido úrico mayor a 5mg, correlación positiva importante entre el IMC y la TFG en pacientes masculinos mayores a 11 años. La TFC presenta correlación con el IMC en pacientes masculinos mayores de 11 años. Hombres de 11 a 17 años con IMC >25 kg/m², presentan una TFG aumentada o hiperfiltración. Se observó que a mayor IMC, mayor nivel de proteinuria (10-30 mg/dl), la microalbuminuria aumenta a partir de un IMC mayor a 23.4 kg/m². **Conclusión(es):** Los valores séricos de creatinina por arriba de 0.5 mg/dl, ácido úrico sérico mayor a 5 mg/dl y albuminuria son marcadores precoces de hiperfiltración glomerular previa a la instalación de la nefropatía, por lo tanto, en pediatría pueden usarse como criterios para detectar la existencia de una afectación renal incipiente o la progresión de una existente.

228. PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL HOSPITAL GENERAL ZACATECAS.

Daniela Hernández Abrego, Médico pediatra | dhernandezabrego@gmail.com

Introducción: El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune crónica de etiología desconocida, caracterizada por la producción de autoanticuerpos que generan inflamación sistémica a nivel del tejido conectivo, afectando cualquier parte del cuerpo, su curso clínico es impredecible y el pronóstico en la edad pediátrica es desfavorable. Dado que el Lupus Eritematoso Sistémico es una patología heterogénea representa un desafío diagnóstico para el médico pediatra. **Objetivo(s):** Describir las características demográficas, factores de riesgo disruptores y complicaciones de los pacientes pediátricos con Lupus Eritematoso Sistémico del Servicio de Pediatría en el Hospital General Zacatecas. **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Estadística descriptiva y análisis bivariado, con pruebas de Chi cuadrado de Pearson, el análisis se realizó con el paquete estadístico (software SPSS 24). **Resultado(s):** Los resultados obtenidos en el Hospital General Zacatecas revelan una relación mujer:hombre inversa en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico respecto a los datos internacionales (1.2:1 y 3:1 respectivamente). Se observa que la concentración de casos es mayor en las localidades de Sain Alto y Fresnillo, las cuales forman parte del área minera conocida como el "Trópico de cáncer". En esta zona se acumula sílice, una sustancia inhalable de alto riesgo que se ha relacionado con la aparición de la enfermedad. La comorbilidad más común en estos pacientes es la nefropatía lúpica, siendo la clave IV la más representativa y afectando principalmente a hombres (p=0.007). **Conclusión(es):** Este estudio facilita el análisis crítico de la situación, ponen de manifiesto la magnitud del problema de salud que representa el Lupus Eritematoso Sistémico en la región y destacan la necesidad de que la comunidad médica le otorgue la debida importancia y prioridad.

227. MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE LA VÍA AÉREA PULMONAR EN PACIENTE RECIÉN NACIDO SIN DIAGNÓSTICO PRENATAL.

Mariana Elizabeth Magdaleno Hernández¹, Victoria Josefina Ríos Vargas², Laura Estefany Salinas Núñez³, Luis Alberto Vaquera Morán³, Raquel Arenas Rojas.³

¹R2 de Neonatología, Hospital de pediatría del centro médico nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, ²Pediatra neonatóloga, Hospital de pediatría del centro médico nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco, ³Unidad de terapia intensiva neonatal, R2 de Neonatología, Hospital de pediatría del centro médico nacional de Occidente, Guadalajara, Jalisco. marieli.curso@gmail.com

Introducción: La malformación congénita de la vía aérea pulmonar, aunque rara, es la malformación pulmonar más frecuente, 1 en 35,000 embarazos. Es una lesión de predominio parenquimatoso consistente en una masa multiquística benigna de tejido pulmonar no funcional, generalmente restringida a un lóbulo pulmonar. **Descripción del caso:** Recién nacido pretérmino tardío quien desde sus primeras horas de vida desarrolla dificultad respiratoria grave, amerita manejo avanzado de la vía aérea, con falla ventilatoria hipoxémica e hipercárbica, diagnóstico de neumonía intrauterina, en falla ventilatoria, amerita ventilación de alta frecuencia de manera prolongada, no responde a múltiples esquemas antibióticos, ante evolución tórpida e imágenes de quistes en pulmón derecho en controles radiológicos, se realiza pocus pulmonar y TAC de tórax, corroborándose sospecha diagnóstica de malformación congénita de la vía aérea pulmonar. Se realiza cirugía con hallazgo transquirúrgico de lóbulo medio derecho con presencia de quistes de aspecto aperlado de múltiples tamaños. **Evolución:** gasometría arterial: pH 6.87 PCO₂ >115mmHg PO₂ 39mmHg HCO₃ indetectable. TAC de tórax con contraste: Malformación adenomatoidea quística en segmento medio, medial y lateral de lóbulo medio derecho de 4.20x3.5x3.39cm. Cirugía: Lobectomía derecha, hallazgos lóbulo medio derecho con múltiples quistes de aspecto aperlado. Posterior a cirugía el paciente permite descenso de soporte ventilatorio hasta la extubación, mejorando constantes gasométricas. **Conclusión(es):** Las malformaciones congénitas pulmonares son patologías poco frecuentes, de las cuales en nuestro medio hay pobre diagnóstico prenatal, lo que conlleva a un diagnóstico tardío y por descarte, con consecuente mal pronóstico para la función pulmonar.

229. PUBERTAD PRECOZ CENTRAL: REPORTE DE CASO DE NIÑA DE 6 AÑOS.

Cristian Samara Godínez García, Servicio de Pediatría, Médico Residente de Pediatría R3, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México | Alejandra Vizuet Gamez, Servicio de Pediatría, Médico Adscrito de Endocrinología Pediátrica, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México. | Nadia Marlene Rodríguez Ledesma, Servicio de Pediatría, Médico Residente de Pediatría R3, Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos", Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México | c.samarag@gmail.com

Introducción: El comienzo de la pubertad implica un aumento en la liberación intermitente de la hormona liberadora de gonadotropina, desde el hipotálamo, estimulando la producción de gonadotropinas y la actividad gonadal. La pubertad precoz central se define por el inicio del desarrollo sexual antes de los 8 años en niñas y 9 años en niños. Sin embargo, informes recientes señalan un adelanto en la telarquía, lo que genera una mayor atención médica en niñas de 6 a 8 años. Aunque existen nuevos tratamientos con GnRH de acción prolongada, la eficacia en el crecimiento y bienestar psicosocial aún carece de evidencia sólida, especialmente en niñas con desarrollo mamario entre 6 y 8 años. **Descripción del caso:** Paciente de sexo femenino que es referida a la consulta de endocrinología a los 6 años 7 meses de edad, por telarca de 12 meses de evolución, sin menarca, sin pubarca. Sin antecedentes de importancia. En el examen físico se observa estadio de Tanner III/II, con tiroides aumentada de tamaño blanda de 4 cm de longitud y 1.5 cm. En su consulta de seguimiento se da el diagnóstico de Pubertad Precoz e Hipertiroidismo primario. **Evolución:** Determinaciones hormonales: TSH <0.015, T3T 5.2, T3L 7.9, T4T >24.9, T4L 2.95, Estradiol 43.4, FSH 1.07, LH <0.216, Progesterona 0.99, Prolactina 9.3, Testosterona 27.5, EA 286, DHL 252, Fosforo 5.6, Colesterol 122.5, Triglicéridos 95.5 Radiografía de mano izquierda con edad ósea: 11 años y 6 meses En manejo a base de Leuproterina y Tiamazol El paciente presenta adecuada respuesta a manejo. **Conclusión(es):** La pubertad precoz es más frecuente en mujeres, principalmente relacionada con formas idiopáticas de pubertad precoz central. Es esencial diagnosticar y tratar adecuadamente a niños con desarrollo puberal patológico, con el objetivo de preservar el potencial de crecimiento.

230. EFECTO DEL USO DE OREJERAS PARA LA REDUCCIÓN DEL RUIDO EN UN CUNERO PREMATURO.

Claudia Vanessa Tapia Fonseca¹, Omar Daniel Cortés Enriquez², Laura Patricia Raya Garza³, María de Jesús Martínez Rodríguez⁴, Vicenta Addilene Bartolo Mendoza.⁴

¹Residente de Pediatría, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. IMSS. San Nicolas de los, ²Jefe del Servicio de Pediatría, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. IMSS San Nicolas de los, ³Pediatra Neonatólogo, Servicio de Pediatría del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. IMSS. San Nicolas de los, ⁴Médico Interno de Pregrado, Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 6. IMSS. San Nicolas de los | tapiafonssec@gmail.com

Introducción: Los neonatos son pacientes con riesgo incrementado a los efectos nocivos del ruido. Se ha demostrado que la reducción se relaciona con un mejor desenlace en el estado clínico del paciente, una mayor ganancia de peso y un estado basal con mayor tendencia al sueño y a la tranquilidad. **Objetivo:** Valorar si el uso de orejeras en prematuros tiene un efecto benéfico en su desarrollo, al evaluar la respuesta de los signos vitales, medir el aumento de peso promedio diario, evaluar el comportamiento, y reportar si existen diferencias cuando los pacientes usan orejeras comparado con el periodo en el que no las usan. **Material y Método:** Investigación prospectiva, experimental y longitudinal de tipo casos y controles realizada en noviembre a diciembre del 2023. Se estudió una población de 8 pacientes en un cunero prematuro (se incluyó a todos los tipos de prematuros menores de 37 semanas de gestación). Los pacientes fueron evaluados mientras usaban orejeras (grupo de casos) durante 4 días y mientras no las usaban (grupo control) durante 4 días. Se evaluaron cada 8 horas durante 8 días consecutivos los signos vitales, presencia de apneas, ganancia de peso, así como el estado basal medido con Anderson Behavioral State Scoring System (ABSS). **Resultado:** Los pacientes presentaron mayor estabilidad mientras usaban las orejeras, con una disminución en la frecuencia respiratoria y en la tensión arterial, y un incremento en la saturación de oxígeno. El número de episodios de apneas fue menor mientras usaron orejeras (p 0.029). Los pacientes presentaron un mejor estado de sueño con las orejeras (p <0.05). **Conclusión:** El uso de orejeras como mecanismo para promover el aislamiento acústico de los prematuros demuestra ser una estrategia efectiva en el desenlace clínico de los prematuros.

232. ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

Xochitl Espinoza Vasquez, Estudiante, Universidad Veracruzana, Veracruz | sowhat1310@gmail.com

Introducción: La endocarditis infecciosa es la inflamación valvular o mural del endocardio, la infección de las prótesis valvulares o de cualquier otro material protésico intracardiaco causada por microorganismos. La lesión característica de esta afección es la vegetación, que consiste en una masa de fibrina y plaquetas donde proliferan agentes bacterianos y/o fúngicos. **Objetivo(s):** Analizar los factores de riesgo, cuadro clínico y diagnóstico de la enfermedad en los niños. **Material(es) y Método(s):** Investigación bibliográfica referente a la endocarditis infecciosa en los niños. Se recolectaron datos de artículos de investigación de fuentes como PubMed, Imbiomed, medigraphic. **Resultado(s):** Factores de riesgo: Válvulas cardíacas protésicas (artificiales) Antecedentes de endocarditis Enfermedad cardíaca congénita Trasplante de corazón, con válvulas no funcionales Patologías dentales Manifestaciones clínicas: Cambios en los ruidos cardíacos por valvulitis o vegetaciones Lesiones de Roth (raras en niños y excepcionales en neonatos) Embolia renal y/o abdominal Osteomielitis Meningitis Neumonía Cuadro de sepsis por bacteriemia o fungemia Recién nacidos con presentación clínica insidiosa con hiporexia, pérdida de peso, dificultad respiratoria o datos francos de choque séptico. Diagnóstico: Ecocardiograma Hemocultivos Biopsia Prevalencia: 1-4 casos por cada 100,000 niños. **Conclusión(es):** Aunque la prevalencia es baja, se debe hacer un buen diagnóstico de la enfermedad, esto influirá en el manejo y pronóstico del paciente pediátrico.

231. CONSECUENCIAS EN LA SEPARACIÓN MADRE-RECIÉN NACIDO DURANTE LAS RESTRICCIONES POR COVID-19.

Paulina Guadalupe Briseño Sahagun, Neonatología, Pediatra, Hospital Materno Infantil de Mexicali, Baja California | Gamaliel Cruz Ramírez, Neonatología, Residente 3º año de Pediatría, Hospital Materno Infantil de Mexicali | Ana Laura Gomez Verduzco, Facultad de Medicina, Médico Pasante de Servicio Social, Universidad Autónoma de Baja California, Baja California | María Esther Mejía León, Facultad de Medicina, Profesor de Tiempo Completo, Universidad Autónoma de Baja California, Baja California | paulina.briseo@uabc.edu.mx

Introducción: Las restricciones en la pandemia por COVID-19 afectaron las visitas familiares de los prematuros hospitalizados, incluyendo la realización del método madre canguro (KMC). En México, la suspensión de la visita y los informes médicos por vía telefónica ocasionó un nulo contacto entre la madre y el recién nacido. **Objetivo(s):** Demostrar el impacto en la evolución clínica de prematuros sin contacto con sus madres durante la pandemia por COVID-19. **Material(es) y Método(s):** Se incluyeron 2 grupos, uno de 20 prematuros hospitalizados en el 2018 con KMC diario durante 2 horas al día y otro del 2020, sin KMC. Se registró la presencia de comorbilidades, el tiempo para recuperar el peso al nacer, para alcanzar los 2 kg de peso y de estancia hospitalaria, así como la presencia de restricción del crecimiento posnatal (RCPN). **Resultado(s):** Se obtuvieron diferencias significativas en la calidad del crecimiento posnatal, con menor promedio de ganancia de peso diario (p<0.001), mayor porcentaje de pérdida de peso inicial (p=0.007) y mayor tiempo para recuperar el peso al nacer (p<0.001), para alcanzar los 2 kg de peso (p=0.002) y para el egreso (p=0.002) en el grupo sin KMC; así como mayor incidencia de RCPN (p<0.001) y de magnitud del descenso en la puntuación Z de peso y de perímetro cefálico (p<0.001, en ambos). El grupo del 2018 presentó mayor porcentaje de alimentación con lactancia materna (p=0.056) y menor incidencia de retinopatía del prematuro estadio 3 (p=0.045) y de número de días con necesidad de oxígeno suplementario (p=0.003). **Conclusión(es):** La ausencia de KMC en los pacientes incluidos tuvo impacto negativo a corto plazo en la curva de crecimiento, dependencia de oxígeno y riesgo de retinopatía del prematuro, pero es necesario estudiar el efecto a largo plazo en el desarrollo neurológico y el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas.

233. IMPACTO DEL USO DE PANTALLAS SOBRE EL NEURODESARROLLO EN MENORES DE 6 AÑOS.

Diana Laura Gutiérrez Ramírez, pediatría, residente, SSA, Coahuila | dianagr.1994@gmail.com

Introducción: El neurodesarrollo es un proceso ordenado, por el cual el cerebro adquiere una organización compleja para obtener diferentes habilidades. **Objetivo(s):** Determinar si la exposición temprana y excesiva a pantallas afecta el neurodesarrollo de los menores de 6 años. Determinar las áreas del neurodesarrollo más afectadas en nuestra población Identificar probables factores asociados a alteración en el neurodesarrollo independientes al uso de pantallas. **Material(es) y Método(s):** Se programaron citas para realizar la prueba EDI a menores de 6 años y una encuesta acerca del uso de pantallas. Análisis de datos utilizando frecuencias, T de student y prueba exacta de Fisher, las variables con significancia estadística se sometieron a regresión logística univariada y multivariada. La media de exposición a pantallas en horas se analizó también con ANOVA de medidas repetidas. **Resultado(s):** Variables: sexo femenino (p=0.044), presentar señales de alerta (p=0.003), grupos de evaluación 8 a 10 (edad: 13 meses a 24 meses, 29 días) (p= 0.003), grupo de evaluación 13 (edad: 37 meses y 48 meses, 29 días) (p=0.004), nivel socioeconómico bajo (p=0.005) y exposición a pantallas en horas (p= <0.001). Se consideraron factores de riesgo para un resultado anormal: el nivel socioeconómico bajo, las horas de exposición y el grupo 13 de evaluación. **Conclusión(es):** El área del neurodesarrollo más afectada, independiente del uso de pantallas, es el área de conocimiento, seguida de área de lenguaje. Existe relación entre el uso de pantallas y las alteraciones en el neurodesarrollo en menores de 6 años, por cada hora que se incrementa la exposición, se consideró un incremento del 57% del riesgo de resultado anormal. Pertener al grupo 13 de evaluación, incrementó 3.4 veces la probabilidad de presentar un resultado de la prueba EDI anormal, mientras que el nivel socioeconómico bajo implicó un aumento 2.1 veces de la probabilidad.

234. PREVALENCIA DE HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIÓN DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR EN MENORES DE 5 AÑOS QUE RECIBIERON PALIVIZUMAB.

Iván Alberto Cumpeán Garcén, pediatría, residente de tercer año, ISSSTE Querétaro | Jose Luis Piedra Peña, pediatría, jefe de pediatría y de residentes, ISSSTE QRO | María Fernanda Espinoza Figueroa, epidemiología, residente de tercer año, ISSSTE QRO | ivalcuga@gmail.com

Introducción: En México durante el año 2021 se registró una mortalidad un 5.62 % secundario a infecciones del tracto respiratorio inferior (IRB) colocando este trastorno en las primeras 10 causas de mortalidad infantil. **Objetivo(s):** Determinar la prevalencia de hospitalización secundaria a infecciones del tracto respiratorio inferior en menores de 5 años que recibieron palivizumab. **Material(es) y Método(s):** se realiza un estudio observacional retrospectivo a través de expedientes cinco de 41 prematuros que recibieron esquema de palivizumab por lo menos con 3 dosis durante el 2017 al 2023 en el Hospital General de Querétaro ISSSTE aprobado por el comité de ética e investigación de dicha unidad médica. **Resultado(s):** El 61.54 % (24) fueron hombres contra 38.46 % (15) mujeres con una distribución similar entre la semana 30 a 37 de gestación con una prevalencia del 12.83 % (5); En relación con el peso al momento del nacimiento se pudo observar que el 35.9 % (14) presentaba un peso bajo, donde el 38.46 % (11) requieren maniobras avanzadas de reanimación al momento de su nacimiento. Presentando una frecuencia mayor de ingresos hospitalarios para pacientes con para cardiopatías congénitas entre las semanas de gestación 28, 32, 36 con 4 y 5 dosis con respecto a la prevalencia de hospitalización de manera global secundaria IRB fue mayor en sexo masculino que recibió a 3 dosis palivizumab con 33.33 % (13) **Conclusión(es):** Dichos resultados colocan a los pacientes que reciben al menos 3 dosis con palivizumab a una proporción de hospitalización por IRB similar a la de niños menores de 5 años a término y sanos sin embargo el número de las dosis no puede ser considerada como un factor protector por el tipo de diseño y distribución de la muestra.

236. IDENTIFICACIÓN DE DETERMINANTES DE GRAVEDAD EN BRONQUIOLITIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL INFANTIL DE CARTAGENA.

Gennys Gutierrez Ramirez, Residente de Pediatría | Maria Nieves Ramirez, Residente de Pediatría | Melissa Rivero Roca, Residente de Pediatría | Monica Holguín Barrera, Residente de Pediatría | Mauricio Guerrero Román, Pediatra del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja | Jorge Luján Pinzón, Residente de Pediatría | Natalia Ordosgoitia Moreno, Residente de Pediatría | José Escamilla Arrieta, Neumólogo del Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja | camilaniebles@hotmail.com

Introducción: La bronquiolitis, una infección común del tracto respiratorio inferior en bebés, constituye el 20% de todas las hospitalizaciones pediátricas, con el Virus Sincitial Respiratorio como principal agente causal. Aunque los casos leves pueden ser manejados en casa, los casos graves pueden requerir atención médica intensiva e incluso ser fatales. Este estudio se realizó para entender mejor los factores que influyen en su gravedad. **Objetivo(s):** Determinar los factores clínicos, demográficos y ambientales asociados con la gravedad de la bronquiolitis en pacientes pediátricos atendidos en un Hospital Infantil de Cartagena. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio retrospectivo sobre pacientes con bronquiolitis en Casa del Niño entre julio de 2023 y enero de 2024, utilizando datos de historias clínicas y análisis de panel respiratorio múltiple RT-PCR. Se aplicaron técnicas estadísticas descriptivas y se analizaron las asociaciones entre variables utilizando la razón de posibilidades (Odds Ratio) y regresión logística. **Resultado(s):** Se revisaron los datos clínicos de 225 pacientes, principalmente menores de 6 meses, con antecedentes de prematuridad y cardiopatía congénita. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron tirajes, sibilancias y taquipnea. El 43.56% presentó complicaciones como neumonía y sepsis. En cuanto a la severidad de la bronquiolitis, la mayoría fue moderada. El 95.11% tuvo un aislamiento de microorganismo positivo, con presencia de VSR y Rhinovirus/enterovirus principalmente. Se encontró una asociación entre la infección por Coronavirus y la bronquiolitis moderada/severa. **Conclusión(es):** Este estudio nos permitió realizar una descripción epidemiológica y clínica de la bronquiolitis en pacientes con reportes de panel respiratorio. Se encontró asociación de severidad de mayor importancia en aquellos con infección con Coronavirus salvaje y en aquellos que presentaron prueba negativa, esté último bien podría corresponder que se asocie a infección a bacterias más comunes, por lo que se requiere de más investigaciones.

235. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CRÍTICOS POSTERIOR A ESTANCIA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA.

Hector Obed Ahumada Rodríguez, Pediatría, Pediatra Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua, Chihuahua | obedahrdz@gmail.com

Introducción: El síndrome postcuidados intensivos pediátrico (PICS-P) es un conjunto de secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que presentan niños con enfermedad crítica posterior a la estancia en unidad de terapia intensiva pediátrica (UTIP). **Objetivo(s):** Evaluar y conocer la incidencia del impacto en la calidad de vida (ICV) y deterioro del estado funcional de los pacientes posterior a su estancia en UTIP. Conocer los factores de riesgo para desarrollar ICV Valorar su evolución en los siguientes 1, 3 y 6 meses. **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, en pacientes que ingresaron a UTIP del Hospital Infantil de Especialidades de Chihuahua durante el periodo de 1 año. Se incluyeron 173 pacientes, aplicando la escala FSS previo a UTIP, egreso y seguimiento a 1, 3 y 6 meses. El ICV se determinó con >3 puntos de la escala FSS y disfunción adquirida como >1 punto al egreso de UTIP comparado al ingreso. Se aplicó el consentimiento informado del hospital al ingresar. Estudio aprobado por el comité local de investigación. **Resultado(s):** Se encontró ICV del 22% y 39.3% disfunción adquirida al egreso de UTIP. Factores de riesgo identificados para ICV: estancia en UTIP >2 semanas, ventilación mecánica (VM) >1 semana y edad <1 año. Sin riesgo con relación al sexo. Durante su seguimiento a 1, 3 y 6 meses del egreso de UTIP, la mayor tasa de recuperación fue en pacientes con disfunción leve y moderada. **Conclusión(es):** La incidencia de ICV fue del 22% asociado a estancia >2 semanas en UTIP, VM >1 semana y edad <1 año. La recuperación a largo plazo es mejor en aquellos con disfunción leve o moderada.

237. MENINGITIS TUBERCULOSA EXISTE COMO FOCO PRIMARIO O SECUNDARIO REPORTE DE UN CASO EN MASCULINO 7 AÑOS.

Mercedes Liliana Salazar Hernandez, IMSS neumóloga pediatra | melisaheer@hotmail.com

Introducción: La Organización mundial de la salud (OMS) calcula 8,8 millones de nuevos casos de todas las formas de tuberculosis (TB) y 1.4 millones de muertes por la infección en el mundo cada año. La incidencia de meningitis tuberculosa se relaciona directamente con la prevalencia de tuberculosis pulmonar y aunque solo representa alrededor del 1% de todos los casos de tuberculosis y 5%-10% de todos los casos de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis es causada por un grupo de bacterias del orden Actinomycetales de la familia Mycobacteriaceae; el complejo M.tuberculosis se compone por *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canettii*, *M. caprae* y *M. pinnipedi*. **Descripción del caso:** Descripción de un caso clínico Escolar 7 años de edad en Hospital General Regional IMSS Especialidades, Orizaba, Veracruz. **Evolución:** Obtener las herramientas más actualizadas, así como la descripción de técnicas de laboratorio, microbiológicas, características de crecimiento del patógeno, como ampliar los estudios de gabinete con los que podemos contar para su diagnóstico y seguimiento. **Conclusión(es):** Indiscutiblemente es necesario ampliar los estudios de Laboratorios, Microbiología y de Imagen para lograr el discernimiento de este caso, ya que se trata de una potencial entidad de Tuberculosis Pulmonar latente con manifestaciones Meningeas tiene asociación de 1 caso Epidemiológico con familiar de Ranchería y reporte de microbiología con *M. Bovis*. Así mismo tener en cuenta que el seguimiento con NF- γ como referencia de corte > 6.4 IU/ML, sensibilidad 70% y especificidad 94%. Utilidad solo uso simultaneo PCR e INF- γ , 80% sensibilidad y 92.3% especificidad.

238. LA EXPERIENCIA EN MONTERREY EN HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL X.

Blanca Patricia Gerez Martínez, Pediatría, Nefrologo Pediatra, Hospital Regional Materno Infantil, Nuevo León | Luis Alberto Gonzalez Treviño, Pediatría, Pediatra, Hospital Regional Materno Infantil Nuevo León | Diego Gaytan Saracho, Pediatría, Endocrino Pediatra, Hospital Regional Materno Infantil, Nuevo León | endocrinopediamx@gmail.com

Introducción: La hipofosfatemia ligada al X es una enfermedad rara causada por una mutación genética en el gen PHEX, provocando alteración en la absorción de fosfatos dando como resultados niveles bajos de fósforo sérico, lo cual ocasiona una mineralización ósea deficiente provocando raquitismo en la edad pediátrica. La presentación clínica es por alteraciones en el eje mecánico, alteraciones en la marcha, dolor óseo. **Descripción del caso:** Femenino 6 años de edad, al año de edad presenta alteraciones en la marcha es revisada por ortopedista, tratamiento irregular, acude a los 3 años nuevamente a revaloración con otro traumatólogo, quien decide enviar con nefrólogo pediatra por sospecha de raquitismo ligado al X, se realizan estudios confirmando diagnóstico se inicia tratamiento habitual con Solución de Fosfatos y Calcitrol, así como se solicita prueba genética, resultando positiva por lo que se suspende tratamiento habitual y se inicia tratamiento novedoso con anticuerpo monoclonal. **Evolución:** Genética: Alteración gen PHEX. Actualmente Calcio sérico y Fósforo sérico normal. Radiografías de eje mecánico con disminución importante de severidad de raquitismo Burosumab 10 mg cada 14 días subcutáneo en su dosis número 30 Mejoría clínica significativa, ya sin dolor óseo, mayor actividad física. **Conclusión(es):** La hipofosfatemia ligada al X es rara, pero existen pacientes con dicha patología, con el tratamiento novedoso los pacientes presentan mejoría clínica significativa, presentando mejor velocidad de crecimiento, mejoría en la marcha, disminución importante del dolor incluso estar ausente y se espera esta paciente no requiere cirugías ortopédicas.

240. HIPOGLUCEMIA HIPERINSULINÉMICA PERSISTENTE DE LA INFANCIA.

Diana Guadalupe López Chuc, Servicio de pediatría, R3, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, Veracruz, Ver. | Lissette del Rubi González Aliyán, Servicio de endocrinología pediátrica, médico adscrito, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, Veracruz, Ver. | Raúl Antonio Espinosa Palencia, Jefatura de pediatría, médico adscrito, Hospital de Alta Especialidad de Veracruz, Veracruz, Ver. | dianachuc_96@hotmail.com

Introducción: Paciente con hipoglucemia hiperinsulinémica neonatal, principal causa de hipoglucemia severa recurrente. **Descripción del caso:** Masculino sin antecedentes perinatales de importancia, APGAR 9/9, peso 4,650gr, talla 54cm, 40SDG. Tres días después acude por presentar supravversión de la mirada y movimientos espásticos, se toma glucometría reportando 17mg/dL, se administra solución glucosada 10% e infusión, requiriendo aporte alto con lo que recupera. **Evolución:** Referencia: Glucosa 17 mg/dL, insulina 8.4 mcU/ml, índice 0.45. Ingreso: Glucosa 17 mg/dL, insulina 17 mcU/ml, índice de 0.71. Seguimiento: Péptido C 1.0 ng/ml. USG abdominal: Páncreas con morfología normal, incremento difuso de ecogenicidad, con sospecha de nesidioblastosis. PET/CT: Páncreas con captación fisiológica difusa, zona focal con incremento de la concentración en el cuerpo, sin lesión identificable. Incremento de la de la captación en proceso uncinado. Se inicia tratamiento con octreotide, posteriormente resección pancreática parcial 50% sin mejoría. Se decide reintervención dos semanas después con pancreatectomía subtotal 95% y se agrega dizóxido y maltodextrinas vía oral, disminuyendo paulatinamente aporte intravenoso de glucosa, con adecuada alimentación enteral hasta el egreso hospitalario. Actualmente sin alteraciones en la mecánica de la deglución con adecuada ganancia ponderal y curva de crecimiento. **Conclusión(es):** La hipoglucemia hiperinsulinémica persistente de la infancia es una entidad poco común, presentándose en 1 de cada 50 mil recién nacidos, siendo causa más común de hipoglucemia secundaria a secreción inadecuada de insulina. El diagnóstico y tratamiento tardío pueden generar secuelas neurológicas e incluso la muerte. Inicialmente el tratamiento médico consiste en diazóxido, como terapia de rescate se administra ocreotide generando aumento rápido y transitorio de glucosa. El 95% de los pacientes no presentan respuesta requiriendo pancreatectomía subtotal siendo el pilar del tratamiento. El paciente inició con ocreotide y posteriormente diazóxido, sin mejoría hasta su segunda cirugía logrando así egreso hospitalario.

239. ENCEFALITIS DESMIELINIZANTE AGUDA: REPORTE DE CASO EN PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DEL RIO.

Irlanda Auxilio Piñon Medina, Pediatría, Residente de Tercer Año, Maria Del Carmen Trinidad Perez, Pediatría, Médico Neonatólogo, Hospital General de San Juan del Rio, Querétaro. | irlanda0medina@gmail.com

Introducción: La Encefalitis Desmielinizante Aguda, es un trastorno inflamatorio desmielinizante, inmunomediado del sistema nervioso central, caracterizado por encefalopatía aguda y déficits neurológicos tras un proceso infeccioso o posterior a aplicación de una vacuna en un paciente genéticamente predispuesto, afecta la sustancia blanca, ganglios basales, sustancia gris y médula espinal, es monofásico y puede cursar con recaídas. **Descripción del caso:** femenino de 14 años, con 9 días con ptosis palpebral bilateral, diplopía, oftalmoplejía bilateral, agotamiento muscular a la elevación de párpados, sin otro déficit, se sospecha de Miastenia Gravis Ocular. **Evolución:** Inicio tratamiento con esteroide e inhibidor de colinesterasa, a los 2 días nuevamente dificultad para la apertura palpebral, somnolencia, letargia, deterioro del estado de conciencia, sin signos meníngeos, LCR con células mononucleares, y cocos Gram+, se inicia antiviral y antibiótico. Se recaban anticuerpos Anti Receptor de Acetilcolina negativos, suspendiendo piridostigmina y descartándose Miastenia; por deterioro neurológico se realiza TAC simple de cráneo con hipodensidad en hipotálamo, sospechando EDMA se realiza RMN que confirma proceso desmielinizante agudo, se inician pulsos de esteroide seguido de dosis de mantenimiento, y descenso, así como fisioterapia, egresa 18 días posteriores sin déficits motores y al momento sin presentar nuevos eventos de encefalopatía. **Conclusión(es):** Aunque la paciente no contaba con factores de riesgo por rango de edad, proceso infeccioso o vacunal, ante la encefalopatía persistente e imagen tomográfica sospechosa, se tuvo como sospecha diagnóstico y ameritó corroborarse por RMN, permitiendo así el tratamiento oportuno, remisión del déficit neurológico y actualmente en seguimiento por neurología sin reporte de nuevo cuadro de encefalopatía.

241. COMPARACIÓN DE MONITOREO DE GLUCOSA INTERSTICIAL Y GLUCOSA CAPILAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA.

Vanessa Gámez Sánchez, Pediatra, Hospital del Niño, Saltillo, Coahuila | Victor Hugo García Olmos, Endocrinólogo pediatra, Hospital del Niño, Saltillo, Coahuila | Artemio Velasco Morales, Endocrinólogo pediatra, Hospital del Niño, Saltillo, Coahuila | Carlos Sánchez García, Pediatra, Hospital del Niño, Saltillo, Coahuila | vannegamez@gmail.com

Introducción: Objetivo(s): Comparar el sistema de monitorización de glucosa intersticial y capilar en niños y adolescentes con cetoacidosis diabética (CAD) moderada y severa para comprobar la eficacia del sistema tipo flash para monitorear la CAD. **Material(es) y Método(s):** Estudio experimental, prospectivo y descriptivo, a través de mediciones de glicemia intersticial y capilar, de manera pareada y horaria, durante la CAD en los pacientes. Previo consentimiento informado, colocación del sensor tipo flash en pacientes con gasometría venosa en rangos establecidos. Análisis estadístico: prueba de Kolmogorov-Smirnov, correlación de Spearman y análisis de la relación de datos utilizando la gráfica de regresión. Prueba de T de una muestra para evaluar la diferencia entre los valores de ambas mediciones y su diferencia a cero. Se valoró la relación mediante la gráfica de puntos de Bland-Altman y la regresión lineal para evaluar el sesgo de distribución. **Resultado(s):** Los casos de CAD severa+moderada: 262 registros, correlación de 0.926 (p<0.001), Severa: 107 registros, correlación 0.929 (p<0.001). Moderada: 155 registros, correlación 0.920 (p<0.001); con significancia positiva para la utilización del sensor de glicemia intersticial. Mediante la prueba de T de una muestra, se obtuvo una media de diferencia de 25.87 mg/dl (DE21.62) en moderada+severa y en moderada de 24.15 mg/dl (DE26.82), sin presencia de sesgo proporcional, sin embargo en la severa se encontró una media de diferencia de 28.3 (DE37.50) con sesgo proporcional. **Conclusión(es):** La monitorización continua tipo flash demuestra adecuada correlación con su control durante el estado de CAD severa y moderada en pacientes pediátricos, se sugiere que se podría utilizar esta monitorización durante la CAD, sin embargo se necesitan más estudios, con una población más grande y diferentes características epidemiológicas para tener valores más estandarizados para la población pediátrica mundial al no haber estudios previos comparativo en pacientes pediátricos con CAD.

242. SIRENOMELIA, PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Diana Janeth Bazán Castro, Residente de especialidad Pediatría | Estefanía de Jesús Angulo González, Residente de especialidad Pediatría | Estefany Valle Rodríguez, Médico Pediatra | estefangulo21@gmail.com

Introducción: La sirenomelia es una patología congénita letal muy rara, se caracteriza por la fusión completa o parcial de los miembros inferiores causada por un defecto del blastema caudal axial posterior en la cuarta semana del desarrollo embrionario. Se ha asociado con la edad materna, diabetes materna (0,5 a 3,7 % de los casos) y exposición a teratógenos. **Descripción del caso:** Femenino de 31 años, gesta 3, cesáreas 2. Inició control prenatal en el primer trimestre, Diabetes pregestacional en tratamiento con Metformina 450mg cada 12 horas. Ultrasonido obstétrico estructural reportando producto único vivo de 31 semanas de gestación, malformación renal bilateral tipo poliquistosis con riñón en herradura, restricción del crecimiento intrauterino secundario a defecto del nacimiento y oligohidramnios severo. Se programa interrupción del embarazo por vía abdominal, se obtiene producto único vivo, el cual no llora ni respira al nacer, en presentación de pies, se observan múltiples malformaciones, cianosis generalizada, se inician maniobras de reanimación avanzada con 2 ciclos de presión positiva bolsa-mascarilla, APGAR 5/5. A la exploración física recién nacido de 31 semanas de gestación por Capurro con un peso de 1810 gramos y talla de 42 cm, sexo indeterminado, cianosis predominio en extremidades, nariz aplanada, pabellones auriculares con baja implantación, barbilla en retroceso, cuello corto con piel redundante, no se palpa riñones, masas o megalias, cordón umbilical con 1 arteria y 1 vena, ano imperforado, ausencia de genitales externos, extremidades superiores con ectrodactilia, extremidades inferiores fusionadas, con pies indiferenciados, pie único longitud plantar de 7 cm, se realiza diagnóstico de Sirenomelia, fallece recién nacido a las 4 horas de vida. **Conclusión(es):** El pronóstico, debido a la agenesia renal asociada y a sus complicaciones, se trata de una anomalía congénita, incompatible con la vida. Esta entidad es generalmente fatal, y sólo se han descrito cuatro casos vivos en aproximadamente 300 informados.

244. SEPTICEMIA EN UN NEONATO INMUNOCOMPETENTE POR PATÓGENO OPORTUNISTA EMERGENTE (BREVUNDIMONAS DIMINUTA): REPORTE DE CASO.

Allena Paula Dominick Lara, Residente de Neonatología, Christus Muguerza Hospital Conchita, Privado | Laura Alicia Flores Hinojosa, Residente de Neonatología, Christus Muguerza Hospital Conchita, Privado | Pablo Daniel Treviño Valdez, Infectología Pediátrica, Adscrito, Christus Muguerza Hospital Conchita, Privado | Gerardo Arturo Nava Fuentes, Neonatología, Adscrito, Christus Muguerza Hospital Conchita, Privado | Jesús Arturo Saldívar Martínez, Terapia Intensiva Pediátrica, Adscrito, Christus Muguerza Hospital Alta Especialidad, Privado | Rodrigo del Toro Rojas, Inmunología Pediátrica, Adscrito, TecSalud Hospital Zambrano Hellion, Privado | allenadl@hotmail.com

Introducción: La sepsis neonatal tardía corresponde a la infección sistémica que se presenta en el recién nacido después de las 72 horas de vida. Los patógenos comúnmente involucrados incluyen las bacterias adquiridas en el nosocomio, sin embargo, existen reportes de infecciones por bacterias emergentes, como la *Brevundimonas* spp. **Descripción del caso:** Neonato pretérmino moderado de 33.5 SDG por USG, hospitalizado por 12 días por síndrome de dificultad respiratoria neonatal, egreso sin eventualidades. Se hospitaliza en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales a los 24 días de vida por sepsis neonatal tardía, destaca trombocitopenia de 28,000, así como dificultad respiratoria a expensas de quejido espiratorio constante, tiraje intercostal, además de apneas, se coloca oxígeno suplementario por alto flujo, inicio de antibioticoterapia y esteroide sistémico. Como parte de su abordaje, se toma hemocultivo, urocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo. En su cuarto día de estancia, presenta deterioro respiratorio súbito, ameritando intubación endotraqueal, se obtiene cultivo de LCR positivo para *Brevundimonas* diminuta. **Conclusión(es):** Las *Brevundimonas* spp. forman parte del grupo de microorganismos emergentes, con una incidencia sumamente baja en la población pediátrica, sin régimen de tratamiento antibiótico estandarizado. La septicemia neonatal puede ser una manifestación de la infección por *B. diminuta*, incluso en pacientes inmunocompetentes.

243. SÍNDROME DE PATAU: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Karla Mireya Arellano Gómez, Pediatría. Residente de pediatría. ISSSTE. Nayarit | Francisco Haro Enriquez, Pediatría. Médico adscrito de pediatría. ISSSTE. Nayarit | karlah-7@hotmail.com

Introducción: Los síndromes dismórficos tipo trisomía 13 presentan anomalías congénitas múltiples detectadas antenatalmente por medio de ecografía, como anomalías del SNC, malformaciones faciales, cardíacas, renales, retraso en el crecimiento intrauterino. La prevalencia es aproximadamente 1:12000 nacidos vivos, predominando sexo femenino. **Descripción del caso:** Pretérmino femenina, hija de madre de 30 años de edad G2, embarazo de 37.3 SDG por FUM, durante la realización de USG en semana 13, documentan translucencia nucal con restricción del crecimiento. Se realiza cesárea sin eventualidades. **Evolución:** Síndrome congénito polimalformativo grave, con una supervivencia que raramente supera el año de vida, causado por la existencia de tres copias del cromosoma 13 en el cariotipo. La prevalencia de la trisomía 13 es de aproximadamente 1:12.000 nacidos vivos. La tasa de abortos espontáneos es elevada y representa alrededor del 1% del total de abortos espontáneos reconocidos. Existe un ligero exceso de casos del sexo femenino respecto al masculino. **Conclusión(es):** El caso reportado de síndrome de Patau constituye una cromosomopatía rara pero altamente letal, el 5% representan un mosaicismo en los cuales el cuadro es menos grave.

245. ENFERMEDAD DE OSGOOD SCHLATTER REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Anai Quezada Herrera, Médico Adscrito a Pediatría, Hospital General Regional No. 1, IMSS. Cuernavaca, Mor | Yenerid Rocio Guzman Parilla, Residente de Primer Año de Pediatría, Hospital General Regional No. 1, IMSS. Cuernavaca, Mor | anaqueza2014@gmail.com

Introducción: La enfermedad de Osgood Schlatter es una apofisitis por tracción del tubérculo tibial, con mayor incidencia en sexo masculino, entre los 10 - 15 años y en las niñas los 8 - 13 años. Se desconoce la causa exacta de la enfermedad, pero se han visto relacionados factores traumáticos, mecánicos y asociados al crecimiento. El principal signo clínico es el dolor anterior en la rodilla intensificado por la actividad física, así como prominencia excesiva de la tuberosidad tibial con dolor a la palpación. **Descripción del caso:** Masculino de 14 años de edad acude a valoración por dolor articular en rodilla izquierda. Practica soccer desde los 6 años de edad, niega antecedente de traumatismo. EF: Dolor a la palpación de rodilla izquierda con prominencia ósea en tuberosidad anterior de tibia. **Evolución:** Biometría hemática: normal, glucosa 89.6, urea 17.8, creatinina 0.7, deshidrogenasa láctica 248, fosfatasa alcalina 292. Radiografía anteroposterior y lateral de rodillas con pérdida de la cortical a nivel de tuberosidad anterior de la tibia izquierda. Radiografía lateral de rodilla izquierda con alteración de la densidad radiológica y fragmentación de la apófisis tibial. Tratamiento: manejo conservador: con reposo, analgésicos (naproxeno y paracetamol) y fisioterapia, con buen pronóstico funcional al cerrar la placa de crecimiento tibial. **Evolución:** Seguimiento en Medicina Física y rehabilitación con disminución del dolor con analgésicos y fisioterapia. **Conclusión(es):** La enfermedad de Osgood Schlatter es el resultado del traumatismo continuo (tensión o estrés) al que se ve sometido el hueso tibial por el musculo cuádriceps, combinado con el crecimiento rápido en la adolescencia provoca la aparición de una inflamación visible y dolorosa por debajo de la rodilla. El pronóstico es bueno al cerrar la placa de crecimiento tibial

246. FACOMATOSIS PIGMENTOVASCULAR TIPO II CESIOFLAMMEA EN UN NIÑO DE 2 AÑOS DE EDAD CON MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS.

Fernanda Zavala Estrada, Servicio de pediatría, R3, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Gto. | Jessica Michelle Castillo Aguirre, Servicio de pediatría, R3, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Gto. | Marlene Berenice Muñiz Villagrana, Servicio de pediatría, R3, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Gto. | Dulce María de las Mercedes Ortiz Solís, Médico adscrito, Hospital de Especialidades Pediátricas de León, Gto. | fernandazavalaestra@gmail.com

Introducción: Las malformaciones vasculares son anomalías de la morfogénesis de los vasos donde la rotación endotelial es normal. La facomatosis pigmento vascular es un síndrome raro caracterizado por la asociación de una malformación capilar con la melanocitosis dérmica (punto mongol, nevo de ota), nevo spilus o nevo epidérmico. Todos los grupos étnicos pueden verse afectados. 1,3. Los individuos con afectación vascular facial tienen más probabilidad de sufrir convulsiones y retraso del neurodesarrollo. Se describe además una asimetría de las extremidades y malformaciones venosas superficiales o profundas. **Descripción del caso:** Masculino de 2 años de edad referido al servicio de dermatología pediátrica por presencia de una dermatosis generalizada de predominio en cara y tronco superior caracterizada por manchas eritematosas afectando la hemicara de lado derecho. Además de una pigmentación ocular en conjuntiva izquierda de color violáceo (nevo de ota). Con antecedente de diagnóstico de epilepsia a los 6 meses de edad. Se inicia abordaje multidisciplinario para Facomatosis Pigmento Vascular y Síndrome de Sturge Weber. **Evolución:** 07.07.22 Resonancia Magnética: Sustancia cerebral con pérdida del volumen de manera generalizada en el hemisferio derecho. Además de pequeños depósitos con intensidad de señal alta en T1 e isointensos en T2 que pueden corresponder a calcificaciones corticales. EEG 07.06.22 Reporta ondas lentas occipitales izquierdas constantes, sin generalización secundaria. **Conclusión(es):** La facomatosis pigmento vascular es un síndrome raro caracterizado por la asociación de una malformación capilar con la melanocitosis dérmica. Se han identificado 5 tipos entre ellos los más comunes la tipo II o la facomatosis cesioflammea. El 50% de los pacientes tiene afectación sistémicas y extra cutaneas como melanocitosis ocular, glaucoma, hemihipertrofia, convulsiones y melanoma ocular.

248. TUBERCULOSIS CONGÉNITA. UN ENEMIGO NEONATAL SILENCIOSO.

Jorge Alfredo Bermudez Nava, Servicio de Neonatología. Residente de Segundo año de la Subespecialidad de Neonatología, Hospital de Gineco-obstetricia. Unidad Médica de Alta Especialidad. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco. | Mildred Paola Rios Moreno, Servicio de Neonatología. Médico Adscrito. Hospital de Gineco-obstetricia. Unidad Médica de Alta Especialidad. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guadalajara, Jalisco. | joalf18156@gmail.com

Introducción: La tuberculosis congénita, ocurre por transmisión del Mycobacterium tuberculosis a partir de una bacteremia materna. No existe información precisa respecto a su incidencia. Sus marcadores diagnósticos son poco específicos y poco sensibles. El diagnóstico clínico es difícil debido a su similitud con otras entidades y permanece como el estándar de oro que se confirma con la detección microbiológica del bacilo. **Descripción del caso:** Recién nacida femenina, producto de la primera gestación, hija de madre de 18 años, epiléptica tratada con carbamazepina, originaria de Acaponeta, Nayarit. Control prenatal adecuado. Serología para VIH y VDRL negativas. Ultrasonido prenatal reporta feto con calcificaciones hepáticas y ascitis. Cesárea a las 34 semanas de gestación por bradicardia fetal, requirió intubación endotraqueal y una dosis de surfactante. Apgar 7/9, Peso 3,050 gramos, talla 47 cm, perímetro abdominal 37 cm. Extubación a las 24 horas de vida. Clínicamente con hepatomegalia y ascitis. **Evolución:** Biometría hemática con leucopenia y neutropenia. Radiografía de tórax con patrón retículo nodular bilateral que consolida en pulmón izquierdo. Sin datos de enfermedad por depósito lisosomal. Pruebas de función hepática normales. Perfil TORCH negativo, IgG para Citomegalovirus alta. Serologías para Hepatitis B, hepatitis C, Sífilis y VIH negativas. PPD negativo. BAAR seriado en jugo gástrico negativo. Tomografía abdominal contrastada reporta líquido libre y calcificaciones perihepáticas. Doppler hepático con hipertrofia del lóbulo caudado, hipertensión en vena porta principal, líquido ascítico sugiere detritus o infección intraabdominal por tuberculosis. Citológico de líquido ascítico BAAR positivo (+++). PPD materno positivo (21 mm). Se concluye tuberculosis congénita e inicia manejo: Rifampicina, pirazinamida, etambutol e isoniazida. Egresada a los 43 días de vida con vigilancia por la consulta externa. **Conclusión(es):** La tuberculosis congénita plantea un desafío diagnóstico y debe descartarse en recién nacidos con ascitis, hepatomegalia y calcificaciones hepáticas.

247. DENGUE GRAVE CON AFECTACIÓN A SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

Alejandra Berenice Ramos Diaz, residente pediatría | Oscar García Olivera, residente de pediatría | Alina Ruiz Velasco Alonso, Terapia Intensiva Pediátrica, Médico de base, Hospital Regional Universitario del Estado de Colima Médico. | draaleramos2111@gmail.com

Introducción: El Dengue es la virosis humana transmitida por artrópodos más importante, causada por un arbovirus, del cual existen cuatro serotipos relacionados (DENV-1, 2, 3 y 4), es una enfermedad sistémica y dinámica y la infección puede cursar de forma asintomática hasta un aspecto clínico amplio con manifestaciones graves. En los últimos años se ha observado un incremento de las manifestaciones neurológicas reportadas incluyendo encefalitis, mielitis, Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y miositis. Estas manifestaciones están asociadas principalmente con DENV-2 y DENV-3. **Descripción del caso:** escolar masculino de 8 años, previamente sano, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual, residente de Colima, Colima (zona endémica de dengue), acude por presentar 7 días previos a su ingreso cefalea frontal, mialgias y artralgias, 4 días previos a su ingreso presenta náusea, vómito y fiebre de hasta 39°C y 24 horas previas deterioro neurológico con ataxia, disartria y somnolencia. Se recibe en urgencias pediatría estupefactual, con palidez generalizada e inestabilidad hemodinámica, Escala de coma de Glasgow 8/15 puntos, rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski positivo, exantema eritematoso morbiliforme y petequias generalizadas. **Evolución:** Estudios de laboratorio de ingreso con anemia microcítica hipocrómica leve, trombocitopenia moderada, hiponatremia moderada, acidosis respiratoria descompensada normolactatémica, tiempos de coagulación prolongados. Se asegura vía aérea por deterioro neurológico y se inicia manejo de choque. **Conclusión(es):** Resaltamos que el virus de dengue puede afectar al sistema nervioso central a varios niveles utilizando diferentes mecanismos fisiopatológicos y por ende con múltiples presentaciones clínicas es por ello la importancia de tener presente el diagnóstico en todos los pacientes que acuden con fiebre y deterioro neurológico sobre todo al encontrarnos en una zona endémica.

249. HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE BOCHDALEK. REPORTE DE UN CASO.

Martha Itzel Galindo Alcantara, Pediatría, Residente de primer año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | Paula María Picazo Lechuga, Pediatría, Residente de tercer año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | Christian Guadalupe Godínez Borrego, Pediatría, Adscrito Al Servicio De Cirugía Pediátrica, Hospital General Regional 1, IMSS, Querétaro | CN.Blue.Itz@gmail.com

Introducción: La hernia diafrágica congénita es un defecto anatómico del diafragma de etiología desconocida; se relaciona con morbilidad y mortalidad importante; y su síntoma principal es la dificultad respiratoria severa de inicio temprano en el periodo neonatal. **Descripción del caso:** RN masculino con los siguientes antecedentes perinatales: producto de la gesta uno, madre de 24 años con antecedente de hipotiroidismo controlado, buen control prenatal, recibió esteroides antenatales por amenaza de parto pretérmino a las 33 SDG. Último USG un mes previo al nacimiento en donde reportaron malformación adenomatoidea quística tipo 2 izquierda con hipoplasia pulmonar. Nació el 27.12.2022 a las 00:001 por vía abdominal con complicaciones para su extracción, con pobre esfuerzo respiratorio, Apgar 7/9, SA 5, por deterioro respiratorio se decidió asegurar la vía aérea. Somatometría: peso de 2.580 kg, talla 48 cm, PC 34 cm. Se realizó tomografía de tórax simple inmediatamente posterior al nacimiento con reporte de hernia diafrágica de Bochdalek con 90% de ocupación en cavidad pulmonar e hipoplasia pulmonar izquierda del 30%. Se realizó plastia diafrágica abierta y procedimiento de Ladd 27.12.22 sin complicaciones. Requirió ventilación invasiva por 12 días (27.12.22-08.01.23) pasando a puntas nasales de alto flujo y su retiro definitivo de oxígeno el 14.01.23. Cursó con sepsis neonatal temprana con tratamiento antibiótico con ampicilina y amikacina por 8 días. Tuvo Neumonía nosocomial el día 04.01.23, con radiografía con patrón de infiltrado reticular bilateral corroborado por TAC, requirió progresión de antibióticos a cefotaxima y Vancomicina. Valorado por cardiología pediátrica 29.12.22 quien descartó hipertensión pulmonar y reportó Foramen oval permeable de 1.77mm sin repercusión hemodinámica. Valorado por Neumología pediátrica quien consideró evolución favorable. **Conclusión(es):** A pesar de que el paciente tenía factores de mal pronóstico, con el manejo multidisciplinario se logró su supervivencia.

250. CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN) EN ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO.

Silvia Angelica Oviedo Hernandez, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | Paula Maria Picazo Lechuga, Pediatría, Residente de tercer año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | Victor Hugo Herrera Aboytes, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | Alonda Orozco Zavala, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | Maria Jose Ramirez Mora, Pediatría, Residente de segundo año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | Andrea Vidal Romero, Pediatría, Residente de tercer año de pediatría, Hospital General Regional 2 El Marqués, Querétaro | silvia_oviedoh@hotmail.com

Introducción: El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein es una rara enfermedad caracterizada por su típica localización perineal, gran agresividad local y su llamativo aspecto macroscópico. Se asocia a infección por el virus del papiloma humano (VPH). **Descripción del caso:** Masculino de 13 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, al interrogatorio dirigido niega abuso sexual o inicio de vida sexual activa, se da notificación al ministerio público. Inició hace 5 meses con presencia de verrugas en región perianal, sin más sintomatología, hace un mes inició con dolor durante evacuaciones, rectorragia en 2 ocasiones, acudió a hospital de segundo nivel, se realiza VIH y VDRL negativos. Días después tuvo sangrado abundante durante evacuación remitida de manera espontánea, después tuvo secreción fétida por lo que acudió a urgencias pediátricas. A su ingreso se realiza exploración en conjunto con la madre y personal de salud, se observan condilomas acuminados en región perianal con coloración violácea, huellas aparentemente hemáticas, con exudado fétido, no doloroso a la palpación, sin datos de sangrado activo en este momento. Durante su estancia intrahospitalaria se indicó manejo antimicrobiano con metronidazol y ciprofloxacino por 14 días. Fue valorado por dermatología quien indica sesiones de crioterapia, posteriormente se realizó programación para resección de condilomas por parte del servicio de coloproctología. **Conclusión(es):** El tumor de Buschke-Lowenstein requiere un tratamiento agresivo, siendo la cirugía la opción más segura en lo que a recidivas se refiere. La escisión quirúrgica radical es la técnica de elección, el seguimiento es esencial para la detección de las recidivas y el diagnóstico precoz y una pronta intervención disminuyen el riesgo de transformación maligna.

252. QUISTE GIGANTE DE COLÉDOCO, UNA CAUSA INUSUAL DE DOLOR ABDOMINAL EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS.

Alejandro Dariel Paredes Alcocer¹, Oriana Parra Gaiani², Yazmín Quiñones Pacheco³, Gustavo Peniche Gonzalez⁴, Gabriel Herrera Can⁵, Jorge Vázquez Contreras.⁶
¹Residente 3er año; Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" SS; Mérida, Yucatán, México, ²Médica interna de pregrado; Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" SS; Mérida, Yucatán, México, ³Médica adscrita de gastroenterología pediátrica; Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" SS; Mérida, Yucatán, México, ⁴Médico adscrito de cirugía pediátrica; Hospital General "Dr. Agustín O'Horán" SS; Mérida, Yucatán, México. adpar02@gmail.com

Introducción: Los quistes de colédoco son dilataciones congénitas de la vía biliar extrahepática. Quistes mayores a 10 centímetros se conocen como quistes gigantes, una malformación congénita de la vía hepatobiliar, poco frecuente en pediatría. Con una incidencia de 1 caso por cada 150.000 habitantes. **Descripción del caso:** Caso clínico 1: Mujer de 3 años con padecimiento de 1 semana de evolución con dolor abdominal, estreñimiento, fiebre intermitente y masa abdominal palpable. Tratada de manera sintomática sin mejoría. Caso clínico 2: Hombre de 5 años con padecimiento de 3 semanas de evolución con dolor abdominal y vómitos tratada de manera sintomática sin mejoría. Caso clínico 3: Mujer de 2 años con padecimiento de 1 mes de evolución con dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal con empeoramiento progresivo. Tratada de manera sintomática sin mejoría. **Evolución:** Caso clínico 1: ultrasonido abdominal "Datos de dilatación quística del colédoco de 35 mm, TODANI I-A" se realizó colecistectomía + derivación biliodigestiva con hepato-duodeno anastomosis. Caso clínico 2: ultrasonido abdominal "Datos de dilatación quística del colédoco, de 10 mm, TODANI I-C" Se realizó colecistectomía + derivación biliodigestiva con hepato-yeyuno anastomosis. Caso clínico 3: ultrasonido abdominal "Datos de dilatación quística del colédoco de morfología fusiforme de 9 mm, TODANI IV-A" se realizó colecistectomía + derivación biliodigestiva con hepato-yeyuno anastomosis. **Conclusión(es):** El quiste gigante de colédoco es una rara entidad en el espectro de anomalías congénitas de la vía biliar, con pocos casos reportados en la literatura. ¹ El diagnóstico requiere de alta sospecha clínica y debe ser incluida como diagnóstico diferencial dolor abdominal. Se presenta una serie de casos, con presentación clínica variable y con complicaciones al diagnóstico.

251. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA ASOCIADA A HIPOPLASIA GENERALIZADA DE VASOS SANGUÍNEOS ARTERIALES, REPORTE DE CASO EN PEDIATRÍA.

Keila Yadira Mendoza Martínez¹, Ana Lidia Beltrán López², Blanca Patricia Gerez Martínez³, Gerardo Alejandro Izaguirre Guajardo⁴, Manuel Enrique De la O Cavazos.⁵
¹Departamento de Pediatría, Residente, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León. ²Departamento de Pediatría, Médico Adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León keila3094@hotmail.com

Introducción: La hipertensión arterial es poco frecuente en la edad pediátrica, afecta al 5-10% de los adolescentes, siendo la hipertensión secundaria poco frecuente, se relaciona con coartación aórtica o enfermedad renal y se asocia a una morbilidad significativa. **Descripción del caso:** Femenina de 13 años con antecedente de hermana con hipertensión secundaria a coartación de aorta. Nacida a las 34 SDG, con microcefalia, retraso del lenguaje, nistagmus congénito y asma, cariotipo normal. Inicia con lateralización de la marcha a la izquierda de inicio súbito, cefalea holocraneana, se registra tensión arterial de 220/115, se inicia manejo con nifedipino, sin presentar mejoría. **Evolución:** Se agrega manejo con IECA, prazosina, hidralazina y nitroprusiato persistiendo TA >p99. Se realiza TAC de cráneo reportando datos de EVC isquémico crónico en sustancia blanca periventricular frontal derecha, ecocardiograma reporta hipertrofia ventricular izquierda, se descarta enfermedad autoinmune. Se realiza angioTAC toracoabdominal observando estructuras vasculares arteriales con disminución de calibre generalizado, simétricas, con zona de estenosis del 30% en aorta infrarrenal. Se realiza gammagrafía renal con captopril, no compatible a hipertensión de origen renovascular. Se decide colocación de stent en zona de estenosis en aorta abdominal por radiointervención, obteniendo con ello adecuada evolución, se mantiene en tratamiento con IECA logrando TA en p50 y se decide su egreso. Durante seguimiento ambulatorio posterior a 2 meses se retiran antihipertensivos. **Conclusión:** Aunque la mayoría de casos de hipertensión arterial secundaria en la edad pediátrica correspondan a casos asociados a coartación aórtica es importante considerar alteraciones vasculares de manera generalizada. En nuestra paciente observamos una respuesta favorable a su patología con el manejo médico mostrado en el presente trabajo.

253. INTOXICACIÓN MUCOCUTÁNEA SECUNDARIA AL USO DE METROTEXATE EN PACIENTE CON LINFOMA DE BURKITT ETAPA 4.

Fadia Yamel Abdala Mendoza, Pediatría, Residente, Hospital Regional Monterrey, Nuevo León | Sandra Liliana Aguillon Treviño, Pediatría, Residente, Hospital Regional Monterrey, Nuevo León | Anakaren Monreal Resendiz, Pediatría, Residente, Hospital Regional Monterrey, Nuevo León | Circe Ancona Castro, Dermatología, Adscrito, Hospital Regional Monterrey, Nuevo León | Monica Patricia Perez Ceballos, Dermatología, Residente, Hospital Regional Monterrey, Nuevo León | fadia_a_01@hotmail.com

Introducción: El MTX es reconocido por su alto riesgo de toxicidad multisistémica, que puede estar influenciada por comorbilidades y antecedentes médicos de cada paciente. Cualquier alteración en la función renal puede resultar en concentraciones plasmáticas persistentemente elevadas y aumentar el riesgo de efectos adversos. Entre las toxicidades sistémicas se incluyen mielosupresión, mucositis, hepatotoxicidad, neurotoxicidad, toxicidades pulmonares y cutáneas. La ulceración mucocutánea es característica en la toxicidad aguda, siendo más graves en dosis antineoplásicas. **Descripción del caso:** Paciente masculino de 11 años con antecedentes de síndrome linfoproliferativo, enfermedad renal aguda y tuberculosis miliar, así como diagnóstico reciente de Linfoma de Burkitt. tratamiento con un régimen de quimioterapia que incluyó Ifosfamida a una dosis de 800mg/m²/día diluido con MESNA 1:1, vincristina a 1.5 mg/m²/día, metotrexato a 5gr/m²/día, citarabina a 150mg/m²/día durante dos días, así como etopósido a 100mg/m²/día durante dos días, acompañado de ácidos folínicos a 15mg/m²/do cada 6 horas durante 5 dosis. **Evolución:** Fue evaluado por el servicio de dermatología debido a la presencia de toxicidad mucocutánea de grado 4. Se indicaron enjuagues bucales con solución Philadelphia, así como el uso de parches de Italdermol, cicaplast y recoveron C tópico cada 12 horas. **Conclusión(es):** El MTX es usado como tratamiento principal en patologías reumatológicas, hemato-oncológicas, dermatológicas entre otras. Es crucial identificar los factores de riesgo asociados con una eliminación retardada y mayor riesgo de toxicidad multisistémica al momento de administrarlo. La identificación y consideración de estos factores de riesgo son esenciales para una administración segura y efectiva del MTX, minimizando riesgo de toxicidad y maximizando beneficios terapéuticos en los pacientes.

254. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DISPLASIA CONGÉNITA DE CADERA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

Karen Urbina Mones, R3 Pediatría del Hospital General Zona Norte de Puebla | urbinamoneskaren@gmail.com

Introducción: La displasia congénita de cadera (DC) describe un espectro de anomalías congénitas anatómicas que afectan la articulación de la cadera en etapa neonatal o infantil. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que del 10 – 15 por ciento de los reemplazos articulares de cadera en pacientes menores de 50 años, son a consecuencia de displasia de cadera no diagnosticada o tratada de forma tardía. En México, la Ley Federal de Salud en el artículo 61 menciona incidencia de 2 a 5 casos por cada 1000 recién nacidos, aunque ha disminuido desde que se utiliza el tamizaje para el diagnóstico temprano a través del ultrasonido usando el método de Graf. La incidencia puede ser mucho mayor debido a la falta de un tamizaje universal. **Objetivo(s):** Asociar los factores de riesgo con la displasia congénita de cadera en un hospital de segundo nivel **Material(es) y Método(s):** Estudio observacional, analítico y prospectivo de septiembre a diciembre del 2022 en el Hospital General Zona Norte Puebla. Se incluyeron recién nacidos con factores de riesgo mayores para displasia congénita de cadera. Se realizó estadística descriptiva **Resultado(s):** Se incluyeron un total de 86 pacientes de los cuales a 41 se diagnosticaron con displasia congénita de cadera al tener una medida del ángulo alfa por debajo a 60 grados. Así mismo, en cuanto a los factores de riesgo analizados se encuentra asociación estadísticamente para presentación pélvica al nacimiento con un valor de p significativo <0.001. **Conclusión(es):** La revisión mostró la importancia que es detectar a recién nacidos con factores de riesgo asociados para displasia congénita de cadera mejorando el rango de detección y así derivar y dar tratamiento temprano disminuyendo el coste económico que conlleva las complicaciones y su respectiva rehabilitación.

256. ACLARAMIENTO DE LACTATO Y SU ASOCIACIÓN CON LA MORTALIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA UTIP.

Elvia Estefanía Noriega Márquez, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Residente, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto padrón", Tabasco | Ricardo Palma Pérez, Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, Médico Adscrito, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto padrón", Tabasco | Manuel Eduardo Borbolla Sala, Departamento de Investigación, Médico Adscrito, Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto padrón", Tabasco | fanoriegam@gmail.com

Introducción: En el paciente crítico existe disrupción de la homeostasis produciendo lesión tisular y puede llevar a disfunción multiorgánica; en la búsqueda de marcadores para identificar esta disrupción, se ha encontrado asociación del lactato con estados de hipoperfusión y está demostrada la asociación de hiperlactatemia persistente (24, 48 o más horas) con mayor mortalidad. **Objetivo(s):** Evaluar la utilidad del aclaramiento de lactato a las 24 horas como predictor de mortalidad en niños críticamente enfermos ingresados en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). **Material(es) y Método(s):** Se realizó un estudio correlacional, observacional, prospectivo, longitudinal y analítico, en los pacientes ingresados en la UTIP del Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto padrón" durante el periodo de abril 2022 a abril 2023 con medición de niveles de lactato en sangre al ingreso y a las 24 horas para calcular su aclaramiento y asociación con la mortalidad a 28 días. **Resultado(s):** Se incluyeron 62 pacientes, en dos grupos en función del aclaramiento de lactato mayor o menor del 30% a las 24 horas de ingreso en UTIP. Se encontró que 34% presento aclaramiento de lactato menor al 30% y 66% exhibió un aclaramiento superior. Se reporto una mortalidad del 48% en el grupo que no presentó aclaramiento de lactato del 30%, en este mismo grupo se reportó que el 48% fueron dados de alta con alguna secuela, en contraste con el 6% de los que consiguieron un 30% de aclaramiento a las 24 horas. No se reportaron defunciones en el grupo con aclaramiento de lactato mayor al 30%. **Conclusión(es):** Los resultados apoyan la hipótesis que el aclaramiento de lactato a las 24 horas de admisión a la UTIP pueden ser un valioso indicador pronóstico de mortalidad a los 28 días y de la aparición de secuelas en pacientes pediátricos.

255. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA.

Victor Manuel Hernandez Ortiz, Residente pediatría Hospital General Juan Maria Salvatierra La Paz Baja California Sur | Alexis Elias Jimenez Alaniz, Facultad de Medicina, Universidad Veracruzana, Camerino Z. Mendoza, Veracruz. | vmhernandez23@gmail.com

Introducción: La colestasis intrahepática familiar progresiva representa un grupo heterogéneo de trastornos autosómicos recesivos en la infancia, la cual puede progresar rápidamente a hipertensión portal, falla hepática, hepatocarcinoma con manifestaciones en los primeros 10 años de vida. Se estima una incidencia entre 1/50,000 y 1/100,000 recién nacidos. **Descripción del caso:** Femenino de 5 meses con antecedente familiar de consanguinidad (primos hermanos), alergia a la proteína de la leche de vaca. Inicia padecimiento con intolerancia a la vía oral, emesis de contenido gastroalimentario con trazas de sangre, fiebre de 39 grados, alteración de los tiempos de coagulación, elevación de transaminasas y niveles de GGT normales. Se hospitaliza con los siguientes diagnósticos: Hepatitis de etiología a determinar con síndrome colestásico. Se inicia manejo con vitamina K con lo que mejoran tiempos de coagulación y se aborda protocolo diagnóstico de síndrome colestásico. **Evolución:** Tamiz metabólico ampliado: sin alteraciones. Panel colestásico: mutación de dos alelos ABCB11 homocigoto. **Conclusión(es):** La detección de una mutación homocigota en los alelos ABCB11 en una paciente con consanguinidad resalta la relevancia de la genética en el desarrollo de esta patología en la cual se desarrolla colestasis persistente con niveles de GGT normales y se asocia a un riesgo aumentado de cáncer hepatocelular en la infancia. A pesar de la ausencia de infecciones comúnmente asociadas y un tamiz metabólico normal, la paciente manifestó signos severos desde una edad temprana, lo que refuerza la necesidad de considerar este diagnóstico ante cualquier síndrome colestásico en infantes, especialmente en contextos de consanguinidad. La gestión a largo plazo de estos pacientes sigue siendo un reto, dada la progresión potencial a complicaciones graves como hipertensión portal y falla hepática.

257. SÍNDROME DE LOEYS-DIETZ CON AFECTACIÓN EN DOS GENERACIONES. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

María Fernanda Ochoa Rentería, Pediatría, Residente segundo año, Hospital Regional valentin Gomez Farias, Jalisco. | Nashieli Lupita Castro Sanchez, Pediatría, Residente tercer año, Hospital Regional valentin Gomez Farias, Jalisco. | Gloria Dora Valadez, Pediatría, Adscrita Pediatría, Hospital Regional valentin Gomez Farias, Jalisco. | mafer.ochoa.renteria@hotmail.com

Introducción: El síndrome de Loey-Dietz es un trastorno del tejido conectivo, transmisión autosómica dominante, caracterizada por aneurismas aórticos, tortuosidad arterial, hipertelorismo y úvula bífida o paladar hendido. También puede presentar manifestaciones esqueléticas, como escoliosis, pectus carinatum o excavatum y laxitud articular. **Descripción del caso:** Masculino de 10 años de edad, antecedentes heredofamiliares padre finado a los 32 años por infarto agudo al miocardio, padecía síndrome de loeys-dietz (SLD), abuelo paterno finado por infarto agudo, primos maternos con SLD. Estrabismo diagnosticado a los 5 años de edad, tratamiento con parches oclusivos por 6 meses. Nace de término, vía vaginal, peso y talla adecuadas al nacer, apgar 9/9, neurodesarrollo normal. Padre del paciente fallece hace 2 años, y ante sospecha de herencia; se realiza valoración por cardiología pediátrica, ecocardiograma y electrocardiograma dentro de la normalidad, se realiza secuenciación encontrando TGFBR1 con resultado c.685g>c. A la exploración física dirigida normocéfalo, hipertelorismo, estrabismo y ptosis palpebral ojo izquierdo, uvula central, pectus excavatum, precordio rítmico sin soplos ni ruidos agregados, campos pulmonares con murmullo vesicular normal; abdomen semigloboso a expensas de pániculo adiposo, blando, depresible, sin masas ni megalias palpables, extremidades íntegras, eutróficas, con hiperelastidad de articulaciones metacarpianas. **Evolución:** Secuenciación del gen TGFBR1: c685G>C. Variante heterocigota, estudio relacionado con su padre y abuelo en análisis de secuenciación de 41 genes incluidos en panel de aortopatías. Ecocardiograma: Sin alteraciones aparentes. **Conclusión(es):** Los individuos con LDS con alteraciones craneofaciales características presentan un riesgo muy alto de disección aórtica. Es de suma importancia el conocimiento de este tipo de enfermedades y la diferenciación con síndromes similares como Marfan para el correcto abordaje y en tiempo preciso para evitar las complicaciones cardiovasculares que pueden llegar a ser mortales.

258. RIESGO DE DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA EVALUADO POR LA ESCALA STAMP EN PACIENTES DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.

Cristhian Ivan Orozco Martínez, Servicio de Pediatría, UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS; Guadalajara, Jalisco | José de Jesús Vargas Lares, Servicio de Pediatría, UMAE Hospital de Pediatría CMNO IMSS; Guadalajara, Jalisco | Juan Carlos Barrera de León, División de Salud. Centro Universitario de los Valles. Universidad de Guadalajara, Jalisco. | cristhianorozco2@gmail.com

Introducción: El tratamiento del cáncer puede contribuir a la desnutrición a corto plazo al inducir anorexia, mucositis, emesis o diarrea. El estado nutricional al momento del diagnóstico oncológico es predictor de resultados y calidad de vida. STAMP basa su puntaje en tres parámetros objetivos, siendo una herramienta adecuada al presentar mayor concordancia. **Objetivo(s):** Determinar riesgo de desnutrición hospitalaria evaluado por escala STAMP en pacientes en oncología pediátrica. **Material(es) y Método(s):** Estudio de cohorte prospectiva en pacientes pediátricos que ingresan a oncología midiéndose antropometría y encuesta STAMP en las primeras 24 horas de ingreso. Consentimiento informado firmado por tutor legal. Tamaño de muestra para dos proporciones. Estadística inferencial con χ^2 cuadrada, U de Mann Whitney y Wilcoxon. Paquete estadístico SPSS 20.0. Registro de R-2023-1302-085 **Resultado(s):** Se incluyeron 54 pacientes dividiéndose en 2 grupos, Grupo 1: Pacientes con deterioro nutricional al egreso hospitalario n=31 pacientes (57%) y grupo 2: Pacientes sin deterioro nutricional al egreso hospitalario n=23 pacientes (43%). Los días de estancia fue mayor en grupo con deterioro del estado nutricional, mediana 12 días (3-90 días) comparado grupo sin deterioro, 7 días (3-18 días). Etiología más común en ambos grupos fue leucemias. En ambos grupos, se alimentaban por vía oral en algún punto de su hospitalización. A pesar de no encontrar una diferencia significativa en el uso de SNG/gastrostomía, son muchos más los pacientes que los utilizaron en grupo de deterioro nutricional. El ayuno en algún momento fue más frecuente en grupo con deterioro nutricional. Sin diferencia significativa en estado nutricional al ingreso y egreso clasificado por OMS, Sin diferencias en estado nutricional al egreso, manteniendo la gran mayoría de pacientes en ambos grupos el mismo estado nutricional registrado al ingreso **Conclusión(es):** no se encontraron diferencias significativas en el comportamiento de estado nutricional ingreso egreso de pacientes oncológicos evaluados por STAMP

260. CARCINOMA PAPILAR EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO. REPORTE DE CASO.

Sofía Páez Bueno¹, Leonor Guadalupe Hinojosa Amaya², Karla Eugenia Hernández Trejo³, Manuel Enrique de la O Cavazos⁴, Sandra Abigail Sánchez García⁴, Alejandra Estefanía González Godínez¹

¹Médico Pasante, Hospital Universitario, Monterrey Nuevo León, ²Servicio de Pediatría, Médico Adscrito, Hospital Universitario, Monterrey Nuevo León, ³Servicio de Pediatría, Jefe del Departamento, Hospital Universitario, Monterrey Nuevo León, ⁴R3 pediatría, Hospital Universitario, Monterrey Nuevo León | draleonorhinojosa@gmail.com

Introducción: El carcinoma papilar de tiroides es una neoplasia de las células foliculares de la glándula tiroides. Es una patología infrecuente en pediatría, incidencia < 1%, más común en las niñas (4.4:1) en comparación con los niños. El subtipo papilar más frecuente representando 58% de los casos, seguido por el subtipo folicular y el medular. **Descripción del caso:** femenina de 9 años con diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides, se describen los hallazgos clínicos, el abordaje diagnóstico y el tratamiento. **Evolución:** presenta tumoración cervical de 6 cm de diámetro de consistencia sólida, bordes irregulares, adherida a planos profundos, no dolorosa, con movilidad a la deglución, se palpan 3 ganglios cervicales mayores de 15 mm, una zona de alopecia y refiere constipación crónica. Perfil tiroideo con hipotiroidismo primario, por ecografía se cataloga como una lesión de tipo infiltrativa en la glándula tiroides, que corresponde con TIRADS 5. Anticuerpos anti-tiroglobulina y anti-peroxidasa positivos. Biopsia por aspiración por aguja fina de ganglio linfático cervical, positiva para metástasis de carcinoma papilar de tiroides. Se descartan metástasis pulmonares por TAC. Se realiza para realizar tiroidectomía total y disección ganglionar. Se indica una dosis ablativa de yodo I31 y se inicia sustitución hormonal con levotiroxina para mantener TSH suprimida y mejorar el pronóstico, la paciente actualmente se refiere asintomática. **Conclusión(es):** El carcinoma papilar de tiroides en pediatría tiene una presentación muy distinta a la de los adultos, debe sospecharse en un nódulo solitario que se presenta en la región cervical, y abordarse de manera temprana; ya que un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno mejoran el pronóstico y la sobrevida de los pacientes.

259. REPORTE DE CASO: RECIÉN NACIDO CON SOSPECHA DE PELIOSIS HEPÁTICA.

Yara Denisse Gómez Trejo¹, María Elena Peña Araujo¹, Grecia Lynett Pedraza González¹, José René Andrade García², Jorge Guillermo Reyes Vaca³

¹Residente de tercer año, Hospital Central Dr Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, ²Pediatría, Médico Adscrito, Hospital Central Dr Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, ³Imagenología Diagnóstica y Terapéutica, Médico Adscrito, Hospital Central Dr Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí | yara_dgt@outlook.es

Introducción: La Peliosis hepática es una condición vascular benigna poco común, con incidencia entre 0,2% y 22%. Se caracteriza por dilatación de las sinusoides hepáticas, con posible afectación a otros órganos. **Descripción del caso:** Recién nacido de 36.4 semanas de gestación, con hepatomegalia y sangrado masivo del tubo digestivo a las 36 horas de vida, presento pérdida >10% del volumen circulante. Requirió reanimación con cristaloides y hemoderivados, aminas por 48 horas, infusión de antifibrinolítico durante 15 días. Angio-TAC de abdomen reveló hipervascularidad hepática, formaciones nodulares de realce difuso, dilatación de sinusoides, venas del sistema portal y suprahepáticas, consistente con Peliosis Hepática. **Evolución:** biometría hemática, reactivos de fase aguda y pruebas de función hepática sin alteraciones. Egresó a los 27 días de vida por evolución satisfactoria, a la espera de programación endoscópica. **Conclusión:** La Peliosis Hepática es un trastorno caracterizado por espacios vasculares llenos de sangre en el parénquima hepático. Es más común en adultos. La etiología no está clara, aunque se ha asociado con fibrosis quística, desnutrición, anemia de Fanconi, síndrome de Marfan, cardiopatía congénita, miopatía miotubular, fármacos citotóxicos, esteroides, exposición a rayos gamma, infección bacteriana o viral e inmunodeficiencia. Suele ser asintomática y la hepatomegalia es la forma de presentación más frecuente en neonatos. Las lesiones se identifican mediante estudios de imagen como hallazgos incidentales. El diagnóstico definitivo es histopatológico, sin embargo, por riesgo de hemorragia o muerte, solo está justificada ante sospecha de malignidad. No existe tratamiento específico. Se ha informado que las lesiones remiten espontáneamente. El tratamiento para las lesiones persistentes es la resección de segmentos afectados para evitar progresión a colestasis, hipertensión portal e Insuficiencia hepática.

261. COINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y SÍFILIS EN RECIÉN NACIDO, REPORTE DE CASO.

Ana Cristina Flores Domínguez¹, Rodrigo García Pérez², José Ivan Castillo Bejarano³, Gloria María Rosales Solís⁴, Adriana Nieto Sanjuanero⁵, Abiel Homero Mascareñas De los Santos⁶, Manuel Enrique De la O Cavazos⁴

¹Residente de Pediatría, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L., ²Residente de Infectología Pediátrica Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L., ³Departamento de Pediatría, Médico Adscrito, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L., ⁴Departamento de Pediatría, Jefe del Servicio, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", Monterrey, N.L. | anna_cristinad@hotmail.com

Introducción: Las infecciones maternas contraídas antes o durante el embarazo pueden transmitirse al feto durante la gestación (infección congénita). La infección congénita de 2 patógenos esta limitada a reportes de caso y podemos encontrar publicaciones de coinfección de citomegalovirus y toxoplasmosis congénitos, pero hasta la fecha solo un reporte de caso de coinfección de sífilis y citomegalovirus congénitos de ahí la relevancia de nuestro trabajo. **Descripción del caso:** Recién nacido masculino de 34.5 semanas de gestación, nacido vía cesárea por preeclampsia severa, hijo de madre de 23 años, con antecedente de consumo de cocaína en el primer trimestre; durante el control prenatal se detecta sífilis latente en la 18ª SDG, tratada con penicilina G benzatínica 3 dosis vía intramuscular, así como ventriculomegalia mediante ultrasonido obstétrico a las 23 SDG. VDRL titulación 1:8 al ingreso. Al nacimiento se observa erupción papular purpúrica con lesiones de entre 2-10 mm de diámetro distribuidas por toda la superficie corporal (Blueberry Muffin), y hepatoesplenomegalia. Peso, talla y perímetro cefálico adecuado para su edad gestacional. **Evolución:** VDRL neonatal reactivo titulación 1:1, serología positiva para IgG e IgM de CMV, PCR para CMV detectada en orina, USG transfontanelar: ventriculomegalia triventricular, sin lesiones sólidas o quísticas. Tratamiento con penicilina sódica cristalina IV y ganciclovir IV por 14 días, con adecuada evolución clínica. Se realiza cambio a valganciclovir VO para completar 6 meses. **Conclusión(es):** Existe escasa documentación de casos clínicos de coinfecciones neonatales por estos agentes. Se debe mantener un alto índice de sospecha en recién nacidos con antecedentes perinatales de riesgo como antecedente de control prenatal inadecuado, abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo para detección temprana y manejo oportuno.



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

INFORMACIÓN PARA AUTORES.

Todos los artículos deben de ir acompañados de una carta firmada por todos los autores del trabajo manifestando que:

- El manuscrito es remitido en exclusiva a Archivos de Investigación Pediátrica de México y que no se está enviando a otra publicación (ni sometida a consideración), que no ha sido previamente publicado total o parcialmente. Estas restricciones no son aplicables a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas.
- Los autores son responsables de la investigación.
- Los autores han participado en su concepto y diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito, que también aprueban el texto final para que, de ser aceptado, sea publicado dentro de la revista.
- El equipo editorial acusará de recibido. El manuscrito será inicialmente examinado por el equipo editorial y si se considera válido, será remitido a dos revisores externos cegados a quienes son los autores, para su evaluación.

El editor en jefe, directamente y una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que consideren necesarias. Antes de la publicación electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán de ser devueltas en el plazo de las 48 horas siguientes a su recepción. Compruebe el contenido de su envío: página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, correo electrónico, recuento de palabras, fecha de envío, resumen en español e inglés, palabras clave en español e inglés, texto, bibliografía, leyendas de las figuras (en hoja aparte), tablas y figuras identificadas.

Enviar trabajos al correo electrónico:
publicaciones@archivospediatria.com



ARCHIVOS
DE INVESTIGACIÓN
PEDIÁTRICA
DE MÉXICO

PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS.

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO y no podrán ser reproducidos parcial o totalmente sin permiso de la misma.

Los componentes tendrán el siguiente orden:

1. PÁGINA PRINCIPAL

Debe presentarse en un documento separado del resto del texto y deberá contener los siguientes datos:

- Título del artículo: deberá ser lo más explícito posible y en cualquier caso de la manera más breve posible. No deberá incluir palabras como “niño”, “infancia”, “pediatría”, etc., ya que queda implícito en el título de la revista.
- Enviar en formato de Word editable (evitar enviar sólo lectura), letra Arial 12, espacio 1.5, márgenes 2.5.
- Título abreviado: no más de 40 letras. Utilizar letras mayúsculas y minúsculas.
- La lista de autores en el mismo orden en el que aparecerán en la publicación. Deben citarse los dos apellidos con un guion entre ellos y el nombre. Se debe tener en cuenta que el formato que los autores elijan para su firma será en caso de publicación del artículo, el mismo que se indexará en las distintas bases de datos bibliográficos en las que se encuentra la revista. Utilizar letras mayúsculas y minúsculas.
- Adscripción: de autores y dirección completa del mismo. Se marcarán con números arábigos consecutivos en su períndice. Utilizar letras mayúsculas y minúsculas.
- Si el trabajo ha sido financiado debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación, así como cualquier conflicto de interés.
- Presentación previa en reuniones, congresos o simposios, con nombre, ciudad y fecha.
- Nombre, dirección, número de teléfono y e-mail del autor al que debe de dirigirse la correspondencia.
- Recuento de palabras del texto propiamente dicho, excluyendo resúmenes, bibliografía, tablas y pies de figuras.
- Fecha de envío.

2. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE (ABSTRACT AND KEY WORDS)

Se incorporará resumen estructurado de 250 palabras a los trabajos originales con los siguientes apartados: introducción, material o pacientes y métodos, resultados, discusión y conclusiones, que describirán el problema/motivo de la investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que deriven de los resultados.

Los autores deben procurar que el resumen incluya con detalle los resultados más importantes del trabajo, debido a que aparecerá en distintos sistemas digitales (en inglés). Se deberán incluir de 3 a 5 palabras clave al final de la página donde figure el resumen. Deberán usarse los términos incluidos en el Medical Subject Headings del Index Medicus y en Descriptores en Ciencias de la Salud de la Biblioteca Virtual en Salud. Deberá incluirse una traducción al inglés del título, resumen y palabras clave.

3. TEXTO

Se recomienda la redacción del texto impersonal. Conviene dividir los trabajos en secciones, los originales en: introducción, material o pacientes y métodos, resultados y discusión; los casos clínicos en: introducción, caso clínico y revisión de la literatura. Se recomienda que cada sección encabece páginas separadas. Todas las abreviaturas deberán ser definidas en el momento de su primera aparición. No deberán existir abreviaturas en el título ni en el resumen. Los autores pueden utilizar tanto las unidades métricas de medida como las unidades del Sistema Internacional (SI). Cuando se utilicen las medidas SI es conveniente incluir las correspondientes unidades métricas inmediatamente después en paréntesis. Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico siempre, salvo que hubiese empleado el de patente, marcando el laboratorio productor y su dirección, y sólo la primera vez en aparecer en el texto. Los instrumentos utilizados para realizar técnicas de laboratorio u otras, deben ser identificados, en paréntesis, por la marca, así como por la dirección de sus fabricantes.

4. BIBLIOGRAFÍA

Las citas bibliográficas deben ser numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto en superíndice con números arábigos. La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: Autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separado cada autor por una coma; el título completo del artículo en lengua original; nombre de la revista según abreviaturas del Index Medicus disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>, año de aparición, volumen(número) e indicación de la primera y última página. Deben mencionarse todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras “et al”. No deben incluirse en la bibliografía citaciones del estilo de “comunicación personal”, “en separación”, “sometido a publicación” o de resúmenes de Congresos que no estén publicados en una revista científica. Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto. Para elaborar la bibliografía puede consultar las normas de Vancouver (edición 1997). Disponible en: <http://www.icmje.org>.

5. TABLAS

Deben ser numeradas en caracteres arábigos por orden de aparición en el texto. Serán escritas a doble espacio, no sobrepasarán el tamaño de un folio y se remitirán en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo. Si se utilizan abreviaturas deben explicarse al pie de la tabla. Debe evitarse presentar los mismos datos en texto, tablas y figura. Enviar en formato editable.

6. FIGURAS

Gráficas, dibujos o fotografías, se numerarán en caracteres árabes de manera correlativa y conjunta como figuras, por orden de aparición en el texto. Para la confección de gráficos, los autores deben seguir las pautas establecidas en el documento “Gráficos de datos estadísticos en medicina” disponible en: <http://www.seh-lelha.org/graficos.html>. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, estos no deben ser relacionados al paciente. En todos los casos deben acompañarse de un consentimiento informado escrito de los padres que autoricen su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel e internet en formato de libre acceso en PEDIATRÍA DE MÉXICO. Las figuras se acompañarán del correspondiente pie de figura, escrito en hoja incorporada al texto. El formato será TIFF a 300 dpi o JPG y no deberá exceder los 5 Mb. Se deberán enviar estrictamente como imágenes separadas y no anexadas a ningún otro tipo de archivo.

7. RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir en ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

8. AUTORÍA

En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
- Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo
- Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. El Comité Editorial de ARCHIVOS DE INVESTIGACIÓN PEDIÁTRICA DE MÉXICO declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

En caso de aceptación del escrito deberá incluir la CARTA DE CESION DE DERECHOS con la firma de todos los autores.