



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 17 de noviembre de 2024

Pediatría

Dom077

REHABILITACIÓN INTESTINAL: CRECIMIENTO, CALIDAD DE VIDA Y SUPLEMENTACIÓN DE VITAMINA D EN PACIENTES CON FALLA INTESTINAL PORTADORES DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

L. L. Rogel-Zárate, A. Arista-Ríos, M. Izquierdo-Abraham, S. Villalpando-Carrón, J. Vilchis-Gil, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome de intestino corto (SIC) es la causa principal de la falla intestinal (FI), lo que produce malabsorción de macronutrientes y micronutrientes y se compromete el estado nutricional del paciente; por ende, la nutrición parenteral (NP) es un pilar del tratamiento. Por otra parte, con el fin de evitar mayor tiempo hospitalario y mejorar la calidad de vida, la NP puede ser domiciliaria (NPD), aunque la NP no cubre los requerimientos de vitamina D y se altera la salud ósea y el crecimiento.

Objetivo: Describir el estado nutricional, la calidad de vida y la complementación de vitamina D, en niños con falla intestinal, insuficiencia de vitamina D y nutrición parenteral domiciliaria de la clínica de rehabilitación intestinal del Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

Material y métodos: Pacientes de la clínica de rehabilitación intestinal del HIMFG portadores de NPD. Tipo de estudio: cohorte observacional-analítica. Variables analizadas: talla, índice de masa corporal, peso para la talla, talla para la edad, calidad de vida mediante cuestionario PedsQL, número de NPD, valores séricos de 25(OH)Vit d y UI de vitamina D. Análisis

estadístico: análisis descriptivo mediante frecuencias, con variables dicotómicas con media, máximos, mínimos y correlación de Pearson.

Resultados: Nueve pacientes con FI de $2,5 \pm 0,75$ años, seis varones y tres mujeres. El 44% se diagnosticó con talla normal para la edad y además 33% tenía suficiencia de vitamina D > 30 ng/dL. Se observa significancia estadística con una $p < 0,52$ en relación con la talla y los valores séricos de vitamina D. Por otro lado, el 87,5% mostró suficiente calidad de vida (calificación PedsQL con puntuación de 83,1). La frecuencia de NPD fue del 40% (tres días) a 25% (dos días) a la semana y no influyó en la calidad de vida, en la cual se no observó correlación con $p = -0,28$.

Conclusiones: Los pacientes con FI tienen talla baja, que se relaciona con los valores de vitamina D plasmáticos. Se observó que las dosis diarias $> 8,000$ UI diarias mantienen las cifras de la vitamina D y por tanto favorecen el crecimiento. Por otro lado, la calidad de vida se vio más relacionada con el estado nutricional y menos con la cantidad de días con NPD a la semana.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento para la realización de esta investigación.

Dom078

EVALUACIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍNDROME DE DESGASTE ENERGÉTICO PROTEICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON TERAPIA DE SUSTITUCIÓN RENAL CON HEMODIÁLISIS

D. Martínez-Subías, I. E. Del Moral-Espinosa, J. C. Romo-Vázquez, C. Flores-Reséndiz, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome de desgaste energético proteico (SDEP) es un trastorno que se caracteriza por la ingestión calórica y proteica insuficiente, lo cual tiene como resultado una pérdida de masa corporal. Esta pérdida de masa no solo puede explicarse por la baja ingestión, sino también por procesos inflamatorios y desgaste muscular.

Objetivo: Determinar la prevalencia de SDEP en pacientes sometidos a hemodiálisis y clasificar el grado de SDEP, además de conocer las variables que se vinculan más con SDEP.

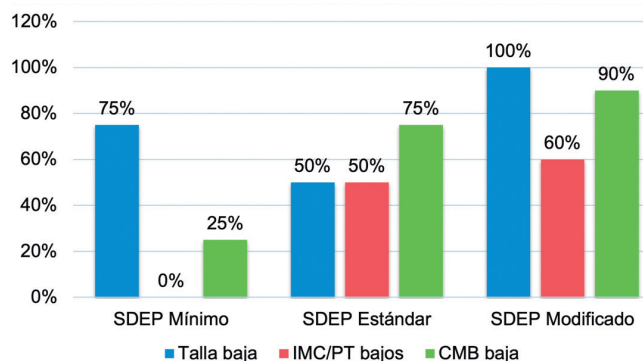
Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica con tratamiento sustitutivo en modalidad de hemodiálisis con edades de 1 a 18 años, atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez en el periodo de 2023 a 2024. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo. Se analizaron datos del último registro en el expediente médico y del seguimiento nutricional: edad, sexo, género y fase de la enfermedad; para el diagnóstico del síndrome de desgaste proteico energético en pediatría se utilizó la clasificación propuesta en el *Chronic Kidney Disease in Children Study* (CKiD): a) parámetros bioquímicos (colesterol < 100 mg/dL, albúmina < 3,8 g/dL, transferrina < 140 mg/dL y proteína C reactiva > 3 mg/L), b), índice de masa corporal (IMC < p5), c) circunferencia media de brazo (CMB < p5), d) disminución del apetito y e) talla baja (talla para la edad < p3). Se consideró como diagnóstico de SDEP a aquellos pacientes que tuvieran más de dos criterios y se estratificó de la siguiente manera: "SDEP mínimo" (dos criterios positivos), "SDEP regular" (tres criterios positivos) y "SDEP modificado" (tres criterios positivos más talla para la edad < p3). Para el análisis estadístico se obtuvieron descriptivos y además se realizó una correlación de Spearman para conocer la correlación de cada una de las variables y el diagnóstico de SDEP.

Resultados: Se analizaron los datos de 27 pacientes; su edad promedio fue de 139,81 meses $\pm$ 51,02, el 51,9% fueron del sexo masculino y 48,1% del sexo femenino. La prevalencia de SDEP global fue de 81,5%, SDEP mínimo de 29,6%, SDEP regular de 14,8%, SDEP modificado de 37% y sin SDEP de 18,5%. Las variables que se correlacionaron fueron IMC (-0,54, $p = 0,004$), CMB (-0,69, $p < 0,001$) y talla edad (-0,56, $p = 0,02$) (Figura 1); las variables de apetito y parámetros bioquímicos no se correlacionaron con el SDEP.

Conclusiones: La prevalencia de SDEP en esta población es alta, especialmente en aquellos de talla baja; se observó que las variables que se correlacionan con SDEP son la talla, edad, IMC y circunferencia media de brazo. Las variables que menos se correlacionan son los parámetros bioquímicos. Las implicaciones nutricionales van más allá del diagnóstico, ya que pueden tener efecto negativo en el estado de salud.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Figura 1. Criterios diagnósticos correlacionados para el SDEP. SDEP, síndrome de desgaste energético proteico; IMC, índice de masa corporal; CMB, circunferencia media de brazo. (Dom078)



Dom079

STRONGKIDS: EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN UNA SALA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A. Rieppi-Díaz, I. Núñez-Barrera, M. Reyes-Apodaca, V. B. Olivar-López, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: En la actualidad están disponibles diversas herramientas de tamizaje de riesgo nutricional, por lo que seleccionar la que mejor se correlaciona con el estado nutricional puede utilizarse como un instrumento de

atención oportuna para el proceso de desnutrición del paciente que acude a emergencias pediátricas.

Objetivo: Determinar la utilidad de las herramientas de tamizaje nutricional, STAMP o STRONGkids, y su correlación con la antropometría en los pacientes que acuden al servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel de atención.

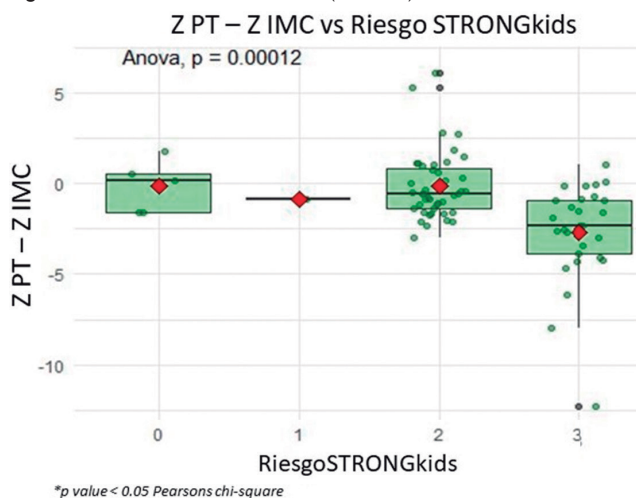
Material y métodos: Estudio transversal analítico. Se aplicaron las herramientas STRONGkids (*Screening tool for risk on nutritional status and growth*) y STAMP (*Screening tool for the assessment of malnutrition*) a cada uno de los pacientes que ingresaron a la sala de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel de atención. Se evaluaron las dos escalas a través de puntuaciones y reactivos y en ambos casos se empleó el tamizaje traducido y validado al español. Para STAMP se consideraron las puntuaciones siguientes: sin riesgo nutricional (< 2 puntos), riesgo moderado (2 a 3 puntos) y riesgo nutricional alto (> 4 puntos). La escala STRONGkids mostró un riesgo elevado cuando se consideró una puntuación > 4 puntos, medio con una puntuación de 1 a 3 puntos y bajo con 0 puntos. La evaluación antropométrica se realizó con peso, talla e índice de masa corporal (IMC) y se interpretaron los indicadores de acuerdo con los parámetros de crecimiento para sexo y edad. Se realizó análisis estadístico por correlación de Pearson y análisis descriptivo.

Resultados: Se incluyó a 78 pacientes (47,3% de mujeres), con una media de edad en meses de 63 ± 18 . En los pacientes < 2 años, el 76,4% sufrió desnutrición por PT, mientras que en los individuos > 2 años se observó el 33,3% de desnutrición por IMC. Al evaluar la correlación entre la puntuación de STRONGkids y el estado nutricional se encontró una sólida correlación de 0,90 en comparación con la clasificación de STAMP que fue de 0,79. En ambos casos (Figura 1) se observó una correlación estadísticamente significativa ($p = 0,0001$), pese a lo cual STRONGkids mostró mejor correlación.

Conclusiones: La aplicación de STRONGkids fue superior a STAMP en una sala de urgencias pediátricas, lo que permite identificar con rapidez y sencillez a los pacientes que tienen un alto y medio riesgo de desnutrición al momento del ingreso hospitalario, lo que permite realizar las intervenciones correspondientes para mejorar el estado nutricional, sobre todo en los pacientes que se mantienen hospitalizados.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Z PT-Z IMC vs. STRONGkids. (Dom079)



Dom080

INTERVENCIONES NUTRICIONALES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA NIÑOS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA: PERSPECTIVAS DE PEDIATRAS, ESTUDIANTES DE PEDIATRÍA Y SUBESPECIALISTAS

C. A. Velasco-Benítez, M. Higuera, A. R. Echávez; Grupo Colaborativo: Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia; Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción: Los niños con trastorno del espectro autista (TEA) muestran dificultades en su alimentación, que puede repercutir en su estado nutricional.

nal. Su alimentación es exclusiva y especial y puede ocasionar síntomas digestivos diversos. Además, los familiares pueden optar por ofrecer alimentos no indicados por los profesionales de la salud.

Objetivo: Evaluar la utilización de intervenciones nutricionales en la práctica clínica para niños con trastornos del espectro autista (TEA) entre pediatras, estudiantes de pediatría y subespecialistas.

Material y métodos: Se realizó una encuesta electrónica anónima que constaba de 12 preguntas. Los temas incluyeron la experiencia de los participantes con niños con TEA, uso o recomendación de dietas terapéuticas y complementación con prebióticos, probióticos, ácidos grasos poliinsaturados y vitaminas. La encuesta también exploró las percepciones del efecto de la intervención sobre los síntomas y los beneficios percibidos por los padres. Los datos se analizaron con el programa Stata 13.

Resultados: Participó un total de 87 profesionales, entre ellos el 47,1% de gastroenterólogos pediátricos, el 14,9% de nutricionistas, el 10,3% de pediatras y el 10,3% de residentes de pediatría. La mayoría (71,3%) trabajaba en el ámbito ambulatorio. Casi todos los participantes (96,6%) informaron estar familiarizados con las intervenciones nutricionales. Sin embargo, el 54,0% tenía experiencia limitada o nula con dietas terapéuticas para niños con TEA. Entre los que sí usaban o recomendaban dietas, las más habituales eran las carentes de gluten y caseína (20,7%), seguidas de las carentes de gluten (14,9%) y las cetogénicas (12,6%). La complementación también fue común: el 32,2% prescribió vitamina D, el 14,9% omega-3 y el 9,2% ácido fólico. Las cepas de *Lactobacillus* (23,0%) fueron los probióticos recomendados con mayor frecuencia. Los profesionales recomendaron en particular intervenciones dietéticas para abordar los síntomas relacionados con los trastornos alimentarios (OR = 6,50; IC95% 1,29-29,19; p = 0,0023). Los estudiantes de pediatría (OR = 0,04; IC95% 0,007-0,17; p = 0,0000) y aquellos con 1 a 10 años de experiencia (OR = 0,22; IC95% 0,004-0,77; p = 0,0082) tenían menos probabilidades de recomendar dietas. Por el contrario, los profesionales con más de 30 años de experiencia fueron más propensos a recomendar dietas para controlar síntomas como las convulsiones (OR = 10,00; IC95% 0,13-219,78; p = 0,0367).

Conclusiones: Existe una variabilidad significativa en las recomendaciones nutricionales para el tratamiento del TEA entre los profesionales de la salud. Es esencial realizar más investigaciones para establecer pautas basadas en evidencia para estos pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Dom081

PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y DESARROLLO DE ANEMIA EN LACTANTES DE 12 A 24 MESES DE EDAD

R. Peña-Vélez, M. Zavala-Rodríguez, M. Pérez-Olivares, N. Gutiérrez-Galicia, P. Cano-Romano, Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro

Introducción: La anemia por deficiencia de hierro es un problema de salud pública mundial. Los lactantes tienen un riesgo mayor de desarrollar anemia debido a que es una etapa de crecimiento rápido y la reserva de hierro proveniente de la madre puede ser deficiente.

Objetivo: Evaluar la relación de las prácticas de alimentación complementaria (AC) con el desarrollo de anemia en lactantes de 12 a 24 meses de edad.

Material y métodos: Estudio analítico y observacional; se incluyeron los expedientes clínicos de pacientes de 12 a 23 meses de edad atendidos en el servicio de pediatría que contaban con citometría hemática completa. Se elaboró un cuestionario para conocer las prácticas de alimentación complementaria enfocadas en el consumo de alimentos del grupo hem. Se realizó comparación de medias con las pruebas t de Student y ji cuadrada para variables categóricas.

Resultados: Se incluyó a 110 lactantes con una edad media de 18 meses; el 38% (n = 42) correspondió al sexo femenino. El 63% (n = 69) de los niños se alimentó con leche humana exclusiva, el 15% recibió solo fórmula láctea (n = 16) y el 22% (n = 24) recibió alimentación mixta. No se identificó un mayor riesgo de anemia durante el primer año de vida de acuerdo con el tipo de alimentación recibida (leche materna exclusiva o fórmula láctea), p = 0,353. Al comparar los parámetros de citometría hemática, de acuerdo con la edad de inicio de la alimentación complementaria, se registraron valores más bajos de hemoglobina y volumen corpuscular medio en los niños que iniciaron AC entre los siete y los 10 meses de edad, en comparación con los niños que iniciaron AC entre el mes y los cuatro a seis de edad (Tabla

1). Asimismo, se compararon los parámetros de la citometría hemática de acuerdo con los días de consumo de alimentos altos en hierro hem y se encontraron cifras menores de hemoglobina (10,98 vs. 12,20; p ≤ 0,00), hematocrito (34,23 vs. 37,91; p = 0,01) y un mayor conteo de plaquetas (398,000 vs. 328,000; p = 0,014) en los niños que consumen alimentos altos en hierro hem menos de tres veces en una semana respecto de los que comen más de tres veces por semana, respectivamente.

Conclusiones: Los niños que iniciaron AC después de los siete meses de edad y aquellos que consumen alimentos del grupo hem menos de tres veces en una semana muestran mayor anemia ferropénica.

Financiamiento: Ninguno.

Tabla 1. Comparación de los parámetros de citometría hemática y la edad de inicio de la alimentación complementaria. (Dom081)

	4 a 6 meses	7 a 10 meses	Valor de p
Hemoglobina	11,9	9,9	0,022
Hematocrito	35,6	31,4	0,220
VCM	79	73	0,023
HCM	26,1	26,5	0,440
Plaquetas	373 000	405 000	0,331

VCM, volumen corpuscular medio; HCM, hemoglobina corpuscular media.

Dom082

EXPERIENCIA DEL USO DE NUTRICIÓN PARENTERAL INDIVIDUALIZADA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ EN PACIENTES QUIRÚRGICOS

D. Macías-Barrera, I. Núñez-Barrera, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La población neonatal tiene una mayor demanda de nutrición parenteral (NPT) debido a aspectos relacionados con la prematurez, así como a la importancia de limitar el catabolismo, ya que a través de ella puede satisfacerse la demanda energética. Contar con NPT favorece la continuidad de un adecuado ritmo de crecimiento extrauterino, al cubrir las necesidades nutrimentales condicionalmente esenciales y favorecer la homeorresis. El conocimiento del apoyo nutricional de los neonatos que reciben NPT con diagnóstico quirúrgico permite describir la evolución de esta, con el objeto de tomar decisiones terapéuticas futuras.

Objetivo: Conocer la experiencia del uso de la nutrición parenteral individualizada en los pacientes con diagnóstico quirúrgico de la unidad de cuidados intensivos neonatales del Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo realizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se realizó una revisión de los expedientes clínicos y la base de datos de NPT y se seleccionó a los pacientes ingresados en la UCIN elegibles para procedimiento quirúrgico con indicación de NPT por más de siete días durante el periodo de enero a junio del 2019. Se consideraron las variables de género, semanas de edad gestacional, peso al nacer, días de nutrición parenteral y requerimiento energético. Los datos se analizaron mediante medidas de tendencia central para obtener porcentajes, promedio y desviación estándar.

Resultados: Se identificó a 34 pacientes por contar con más de siete días NPT y se excluyó a 42 niños por no satisfacer los criterios de inclusión. La edad gestacional promedio fue de 34,4 ± 3,94 semanas de edad gestacional, con 47% de la población del género femenino y 53% del masculino. Se identificó que la NPT se inició en promedio a los dos días de vida extrauterina, lo que representa el 64,7% y el 35,3% para NPT tardía (posterior a las primeras 48 horas). Al día tres, el 73,5% de los pacientes cubrió el 100% del requerimiento energético. Por último, los pacientes recibieron en promedio 7,34 ± 2,71 días, periodo durante el cual se realizaron 3,88 ± 2,15 cambios a la prescripción de NPT.

Conclusiones: La mezcla de NPT en la UCIN de este instituto representa el 30% de las solicitudes diarias en la unidad de NPT. Analizar el número de mezclas para pacientes quirúrgicos permitió identificar que 26,5% de los pacientes no cubre el objetivo energético requerido para satisfacer la demanda metabólica por el proceso quirúrgico, así como el requerimiento para la tasa de crecimiento que esta población exige.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom083

EVALUACIÓN DEL GASTO ENERGÉTICO EN REPOSO, COMPOSICIÓN CORPORAL Y GROSOR DEL CUÁDRICEPS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON EXCESO DE PESO

I. Medina-Vera, A. Domínguez-Barbosa, S. N. Becerra-Morales, M. Guevara-Cruz, D. D. Baldwin-Monroy, A. Gutiérrez-Hernández, A. D. García-Guzmán, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La obesidad infantil es un problema de salud pública que ha alcanzado proporciones epidémicas en varios países del mundo, y en particular en México; se la considera una enfermedad crónica de causa multifactorial. Se ha postulado que es efecto sobre todo de un desajuste entre la ingestión y el gasto de energía, el denominado balance de energía. Un componente importante de este balance es el gasto energético en reposo (GER) que corresponde a la energía gastada para procesos homeostáticos principalmente en órganos y puede medirse por calorimetría indirecta (CI) que es la norma de referencia. El GER puede afectarse por la composición corporal y el balance general de energía por el consumo de calorías.

Objetivo: Evaluar el gasto energético en reposo, la composición corporal y el grosor del cuádriceps en pacientes pediátricos con exceso de peso comparados con un grupo de normopeso.

Material y métodos: Estudio transversal en el que se incluyó a pacientes pediátricos (6 a < 18 años); el grupo de exceso de peso se diagnosticó con el indicador de percentil de IMC > 85 (percentil de IMC de 5-85 en el grupo de normopeso). Se obtuvieron historias clínicas y nutricionales de los participantes de ambos grupos, incluidas mediciones antropométricas y del estado de nutrición, determinación de composición corporal y ángulo de fase por análisis de bioimpedancia eléctrica de multifrecuencia, y se determinó el grosor del cuádriceps y el tejido adiposo subcutáneo de la pierna; además, se realizó un cuestionario de determinación de actividad física y recordatorios de 24 horas para cálculo de calorías y nutrimentos, y al final se cuantificó el GER por CI en ayuno de ocho horas. Se utilizó t de Student de muestras independientes para comparar entre grupos y ji cuadrada para las variables categóricas. Los resultados se analizaron con el programa SPSS (versión 25, SPSS Inc, Chicago, IL) y Graph Prism 7.

Resultados: Se incluyó a los participantes con una edad promedio de $11 \pm 2,7$ años, 55% del sexo masculino; el grupo de exceso de peso tuvo un promedio de peso de 58 ± 9 kg y el del grupo de normopeso de $40,3 \pm 8$. En cuanto a la composición corporal, los participantes del grupo de exceso de peso mostraron un mayor promedio de grasa corporal ($36 \pm 8,6\%$ vs. $19,3 \pm 8,2\%$, $p < 0,05$), y también de área de grasa visceral ($96 \pm 5,2$ vs. $38 \pm 4,3$, $p < 0,05$), sin diferencia estadísticamente de MME ($20 \pm 8,6$ kg vs. $17 \pm 6,8$, $p > 0,05$). No obstante, al analizar la MME por kilogramo de peso, la relación fue menor en el grupo de exceso de peso ($0,34 \pm 0,09$ vs. $0,44 \pm 0,05$). Al analizar el GER, los participantes con exceso de peso presentaron $1\,489 \pm 381$ kcal vs. $1\,124 \pm 321$ kcal en el grupo de normopeso ($p < 0,05$); sin embargo, al analizarlo por compartimentos metabólicamente activos el GER, resultó menor en la población con exceso de peso (25 ± 6 kcal/kg de peso/día vs. 30 ± 11 kcal/kg de peso/día, $p < 0,05$). En el análisis dietético, el promedio de consumo de calorías fue de $2\,100$ kcal ($1\,620-2\,500$) para el grupo de exceso de peso en comparación con el grupo de normopeso $1\,800$ kcal ($1\,700-2\,350$).

Conclusiones: Existe un menor GER ponderado por superficie corporal en los pacientes con exceso de peso, así como una composición corporal diferencial, con un desbalance de energía.

Financiamiento: Este trabajo recibió financiamiento parcial de la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación de la Ciudad de México (SECTEI), clave 2173c23, convocatoria 2023.

Dom084

UTILIDAD DEL TAMIZAJE NUTRICIONAL AL INGRESO HOSPITALARIO Y EL IMPACTO EN EL ESTADO NUTRICIONAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

K. V. Ortega-Díaz, M. C. Martínez-Soto, D. M. Sánchez-Ávila, I. J. Medina-Vera, J. A. Ramírez-Ávila, R. A. Barco-Aguilar, D. Baldwin-Monroy, J. Gris-Calvo Grupo Colaborativo: GINUP, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La desnutrición adquirida en el hospital comprende un deterioro adicional del estado nutricional del paciente en relación con el que muestra a su ingreso. Se considera que la tasa de desnutrición hospitalaria puede oscilar entre 7,7% y 66% en el plano mundial.

Objetivo: Describir la prevalencia de desnutrición intrahospitalaria y determinar el riesgo nutricional con uso del STRONGKids en un hospital pediátrico de tercer nivel, además de evaluar la recuperación del peso corporal basal en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Estudio prospectivo en pacientes de 1 mes a 18 años realizado entre marzo de 2024 y mayo del 2024 en México. Se tamizó a pacientes pediátricos al ingreso con la herramienta STRONGKids para clasificar el riesgo de desnutrición intrahospitalaria en las primeras 48 horas; se inició intervención nutricional y seguimiento de acuerdo con el riesgo nutricional. Luego de dos semanas se evaluó el cambio del peso durante la estancia hospitalaria. Análisis estadístico: los datos están expresados como mediana ($p = 25-50$). Se realizó estadística descriptiva y los datos se analizaron con SPSS (versión 25).

Resultados: Los pacientes pediátricos que se tamizaron al ingreso se evaluaron dos semanas después. De los individuos que tuvieron un riesgo moderado ($n = 48$), el 43,7% tuvo una recuperación > 2% del peso corporal con respecto al basal, mientras que el 22,9% ($n = 11$) perdió > 2% del peso corporal y el 33,4% ($n = 16$) no mostró cambios en el peso corporal durante la hospitalización. En relación con los pacientes que obtuvieron riesgo alto ($n = 38$), el 31,5% ($n = 12$) perdió > 2% del peso corporal y el 37% ($n = 14$) no mostró cambio en el peso corporal durante la hospitalización.

Conclusiones: La desnutrición intrahospitalaria es todavía un factor que predomina en los pacientes pediátricos hospitalizados, ya que dentro del estudio se registró una pérdida de peso en relación con los días de estancia hospitalaria, y más en aquellos pacientes con riesgo nutricional alto y moderado. En consecuencia, este estudio revela la importancia de realizar un tamizaje nutricional que permita identificar el riesgo de desnutrición intrahospitalaria y efectuar una intervención nutricional de manera oportuna.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom085

REQUERIMIENTO ENERGÉTICO EN REPOSO, ÁNGULO DE FASE Y COMPOSICIÓN CORPORAL ENTRE ESTRATO DIAGNÓSTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON RECIÉN DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

S. N. Becerra-Morales, A. D. García-Guzmán, M. Guevara-Cruz, B. A. Pinzón-Navarro, D. Baldwin-Monroy, L. Velasco-Hidalgo, J. I. Gris-Calvo, R. S. Cárdenas-Cardos, I. Medina-Vera, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: En los pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico existe deterioro del estado nutricional y se vincula con un riesgo mayor de complicaciones y mortalidad. El gasto energético en reposo (GER) es la medida para calcular los requerimientos de energía en el contexto nutricional y el análisis de la composición corporal constituye una parte fundamental en la valoración del estado nutricional, así como el ángulo de fase refleja la integridad de la membrana celular y se relaciona con el pronóstico clínico.

Objetivo: Comparar el gasto energético en reposo, la composición corporal y el ángulo de fase entre estratos diagnósticos en pacientes pediátricos con diagnóstico oncológico reciente.

Material y métodos: Pacientes de seis a 18 años con diagnóstico oncológico reciente atendidos en el INP del 2020 al 2024. Estudio transversal y analítico. Se obtuvieron historias clínicas, medidas antropométricas, evaluación del estado nutricional, determinación de la composición corporal y el ángulo de fase por impedancia eléctrica de multifrecuencia, prueba de funcionalidad (dinamometría) y evaluación de la actividad física y medición de GER mediante calorimetría indirecta. Se dividieron de acuerdo con el estrato diagnóstico en leucemias, tumores sólidos y tumores cerebrales, y para su análisis se utilizaron la prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de las variables y ANOVA de una vía para comparar entre estos estratos. Los resultados se analizaron con el programa SPSS (versión 25, SPSS Inc, Chicago, IL) y Graph Prism 7.

Resultados: Se evaluó a 224 pacientes con edad promedio de $11,9 \pm 3,1$ años, de los cuales 59,9% correspondió a niños. De acuerdo con el estrato diagnóstico, el 66% mostró tumores sólidos, 21% leucemia y 13% tumores

cerebrales. El estado de nutrición normal estuvo presente en 64,9% y 24,9% mostró desnutrición y 10,2% exceso de peso. Al analizar el GER por estrato diagnóstico no se identificó diferencia entre leucemia y tumores sólidos ($1\,204 \pm 337$ vs. $1\,199 \pm 331$ kcal); sin embargo, para tumores cerebrales fue diferente con promedio de $1\,100 \pm 255$ kcal que fue el más bajo ($p < 0,005$). El GER/kg de masa libre de grasa fue diferente solo en tumores cerebrales y fue menor. En masa de músculo esquelético y masa libre de grasa no hubo diferencia entre estrato, pero para masa grasa corporal y área de grasa visceral fue más alta en los pacientes con tumores cerebrales. Los pacientes con desnutrición registraron un menor ángulo de fase total ($3,7 \pm 0,89$ vs. $4,6 \pm 0,89$, $p < 0,0001$). La baja masa muscular se reconoció en todos los estratos de evaluación nutricional: 100% en los pacientes con desnutrición, 86% en los de normopeso y 56% en los que tuvieron exceso de peso.

Conclusiones: El estrato de tumores cerebrales presentó menor GER y composición corporal diferente respecto de los tumores sólidos y las leucemias. Para la masa muscular no se registró alguna diferencia entre estrato diagnóstico, aunque se observó una proporción alta de disminución muscular en todos los estratos de evaluación nutricional. El ángulo de fase reducido se acompañó de desnutrición sin importar el estrato diagnóstico oncológico.

Financiamiento: Este trabajo recibió financiamiento parcial de CONACYT-FRONTERAS 2019 (501225/2020) to IMV.

Dom086

PUNTO DE CORTE DE LA CIRCUNFERENCIA MEDIA DE BRAZO PARA DIAGNÓSTICO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS EN MÉXICO

R. Peña-Vélez, N. Gutiérrez-Galicia, L. Espinosa-Flores, M. Zavala-Rodríguez, P. Cano-Romano, Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro

Introducción: La desnutrición es una situación de alta prevalencia en la edad preescolar. La puntuación Z del índice de masa corporal (IMC) y el percentil del IMC son los estándares establecidos para el diagnóstico de desnutrición y sobrepeso/obesidad en la edad pediátrica. No obstante, otros marcadores antropométricos subrogados se han utilizado para identificar diferentes diagnósticos nutricionales o comorbilidades relacionadas con algún estado nutricional. La circunferencia media del brazo (CMB) se ha empleado para el diagnóstico de desnutrición grave en niños preescolares y en fecha reciente se ha propuesto para el diagnóstico de obesidad; sin embargo, los puntos de corte no son universales y varían entre una población y otra.

Objetivo: Determinar la relación de la circunferencia media del brazo (CMB) con el IMC y establecer puntos de corte para el tamizaje del estado nutricional en niños de dos a cinco años.

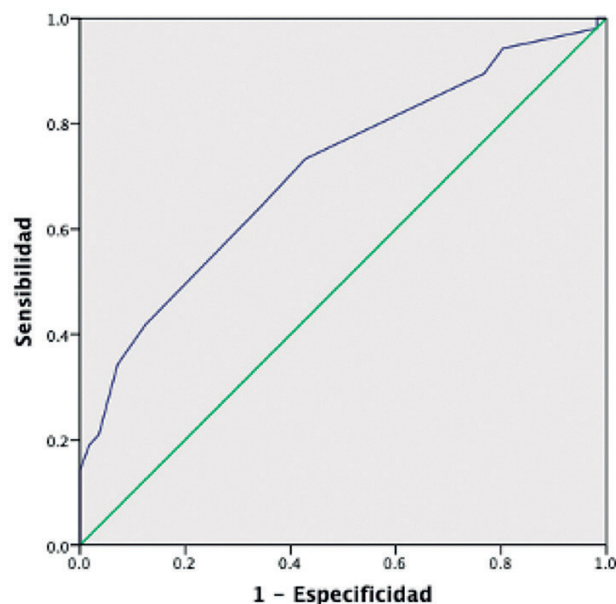
Material y métodos: Estudio unicéntrico prospectivo de prueba diagnóstica. Se incluyó a 161 niños a quienes se realizó evaluación antropométrica completa del estado nutricional. Se obtuvieron curvas ROC para determinar el área bajo la curva (AUC) y establecer el rendimiento diagnóstico de CMB para los diferentes estados nutricionales (desnutrición, eutrofia y sobrepeso/obesidad) e índice de Youden para calcular sensibilidad y especificidad.

Resultados: Se encontró una correlación de 0,465 ($p < 0,001$) entre CMB y percentil del IMC y una correlación de 0,468 ($p < 0,001$) entre CMB y puntuación Z del IMC. La correlación entre el CMB y el IMC de acuerdo con el estado nutricional fueron: 0,442 ($p < 0,001$) para desnutrición, 0,350 ($p = 0,001$) para eutrofia y 0,108 ($p = 0,615$) para sobrepeso y obesidad. Al realizar las curvas ROC para precisar el rendimiento diagnóstico de CMB para desnutrición se encontró un área bajo la curva de 0,710 (IC95% = 0,630-0,790; $p < 0,001$); mediante el índice de Youden se determinó un punto de corte de 14,5 cm (sensibilidad: 54%; especificidad: 69%; valor predictivo positivo: 23%; valor predictivo negativo: 90%) para el tamizaje de los niños que tenían desnutrición (Figura 1). Las áreas bajo la curva para los niños eutróficos y con sobrepeso u obesidad no fueron significativas.

Conclusiones: La CMB es un marcador útil y accesible para el tamizaje de desnutrición en niños entre dos y cinco años, por lo que puede utilizarse junto con otras herramientas de evaluación nutricional. Se determinó un punto de corte de 14,5 cm para establecer el diagnóstico de cualquier grado de desnutrición para niños en México en edad preescolar.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Curva ROC de la circunferencia media del brazo en niños con desnutrición (AUR = 0,710; IC95% = 0,630-0,790; $p < 0,00$). (Dom086)



Dom087

RIESGO DE ANEMIA AL INGRESO HOSPITALARIO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO Y OBESIDAD

R. Peña-Vélez, N. Gutiérrez-Galicia, D. A. Jaramillo-Bermeo, M. Zavala-Rodríguez, P. Cano-Romano, Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro

Introducción: El sobrepeso y la obesidad infantil representan un problema de salud pública mundial, con una alta prevalencia en este país. La obesidad se reconoce como una enfermedad crónica inflamatoria multisistémica vinculada con múltiples complicaciones.

Objetivo: Comparar los datos de la citometría hemática y evaluar el riesgo de anemia de acuerdo con el estado nutricional al ingreso hospitalario en un servicio de pediatría de un hospital de segundo nivel de atención.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo, que incluyó los expedientes clínicos de los niños de dos a 18 años que ingresaron al servicio de pediatría del Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro durante el año 2023. Se excluyó a pacientes con hemorragia en cualquier órgano, niños con desnutrición y personas con enfermedades crónicas. Se evaluó su estado nutricional (IMC, $p < 5-84,9$ = eutrofia; $p > 85$ = sobrepeso; $p > 95$ = obesidad) y se determinó la presencia de anemia de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (< 2 desviaciones estándar de valores de hemoglobina para la edad). Se realizaron las pruebas t de Student y ji cuadrada.

Resultados: Se incluyeron los datos de 295 pacientes, con una mediana de edad de 108 meses (9 años). El 49,2% ($n = 145$) correspondió al sexo femenino. El 70,5% ($n = 208$) se integró con pacientes eutróficos y el 29,5% ($n = 87$) con individuos con sobrepeso u obesidad. Del total de pacientes pediátricos participantes, el 16,6% presentó anemia de acuerdo con los criterios establecidos por la OMS. De los niños eutróficos, el 12,5% ($n = 26$) tenía anemia, en tanto que de los niños con sobrepeso y obesidad, el 26,4% ($n = 23$) padecía anemia. Al establecer la relación de sobrepeso y obesidad con anemia se encontró una fuerza de asociación (razón de momios, 2,51; IC95% = 1,341-4,720; $p = 0,004$). Al comparar los parámetros de la citometría hemática en niños con sobrepeso u obesidad y niños eutróficos no se hallaron diferencias.

Conclusiones: Los niños con sobrepeso y obesidad infantil tienen un riesgo mayor de tener anemia al ingreso hospitalario en comparación con los niños eutróficos, que a su vez puede elevar el riesgo de otras comorbilidades.

Financiamiento: Ninguno.

Dom088

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON HEMORRAGIA DE TUBO DIGESTIVO ALTO SOMETIDOS A ENDOSCOPIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. Chino-Valderrábano, D. Espinosa-Saavedra, UMAE Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud, Instituto Mexicano del Seguro Social

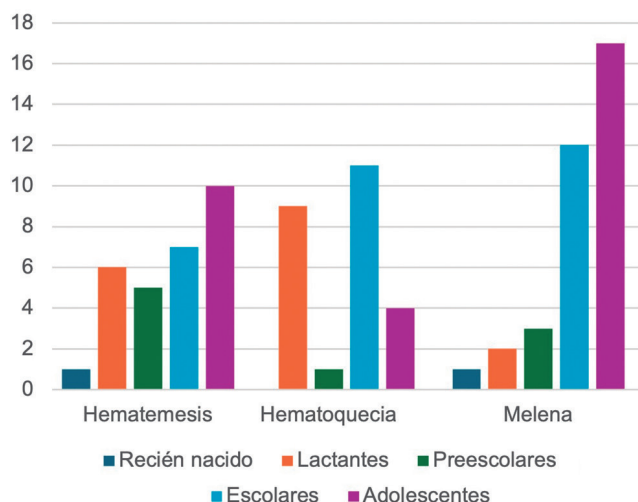
Introducción: El sangrado gastrointestinal superior es la pérdida de sangre que se origina proximal al ligamento de Treitz y puede clasificarse como clínicamente significativo cuando existe un descenso de la hemoglobina > 2 g/dL. Las manifestaciones pueden ser hematemesis, melena y hematoquecia. Respecto de su tratamiento, el objetivo principal consiste en restaurar la hemodinamia seguido de una endoscopia temprana. La endoscopia juega el papel más importante en el diagnóstico y tratamiento del sangrado. El rendimiento de la endoscopia depende del intervalo de tiempo entre el inicio del sangrado y el procedimiento.

Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes con hemorragia de tubo digestivo alto sometidos a endoscopia en un hospital de tercer nivel. Asimismo, identificar la causa, presentación clínica y gravedad de la hemorragia de tubo digestivo alto de acuerdo con los grupos etarios en pediatría.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Lugar de estudio: Hospital de Pediatría Silvestre Frenk Freund del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México. Tiempo de estudio: cinco años (1 de agosto de 2019 a 31 julio de 2023).

Resultados: Se incluyó a 89 pacientes, de los cuales 52 fueron hombres; la mediana de edad fue de 7,4 años, con peso de 21,7 kg, talla de 115 cm y hemoglobina de 10,3 g/dL. Del total de pacientes estudiados, dos fueron recién nacidos, con 17 lactantes, 9 preescolares, 30 escolares y 31 adolescentes; en cuanto al estado nutricional, 35 pacientes estaban desnutridos, 43 eutróficos, seis con sobrepeso y cinco con obesidad. En relación con la descripción de la clínica del sangrado, el 39,4% de los pacientes presentó melena como signo principal, 32,6% hematemesis y 28% hematoquecia. En cuanto a la gravedad de la hemorragia, 57 pacientes mostraron sangrado del tubo digestivo alto anemizante y 32 pacientes no anemizante. En los hallazgos endoscópicos, la endoscopia se notificó como normal en siete pacientes, esofagitis de grado 1 de la clasificación de Los Ángeles en seis pacientes, de grado 3 en tres pacientes y de grado 4 en tres. Se encontraron varices en 17 pacientes, úlceras en 11, malformaciones vasculares en seis; 16 tenían gastritis erosiva; se identificó duodenitis erosiva en dos. Ocho pacientes fueron objeto de ligadura de varices esofágicas, tres pacientes de escleroterapia de varices esofágicas y 12 pacientes de aplicación de argón plasma; en 66 la endoscopia fue diagnóstica y en 23 terapéutica. Ningún paciente presentó complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento. En la **Figura 1** se muestran las características clínicas de la hemorragia gastrointestinal por grupo etario.

Figura 1. Características clínicas de la hemorragia gastrointestinal por grupo etario. (Dom088)



Conclusiones: En recién nacidos, la causa es no variceal, la presentación clínica es la hematemesis y la melena, y la gravedad de la hemorragia es anemizante y no anemizante. En lactantes, la causa es no variceal, la presentación clínica es hematoquecia y la gravedad de la hemorragia es anemizante. En preescolares, el origen es no variceal, la presentación clínica es hematemesis y la gravedad de la hemorragia es anemizante. En escolares, la causa es variceal, la presentación clínica predominante es la melena y la gravedad de la hemorragia es anemizante. Y, en adolescentes, la causa es variceal y por gastritis erosiva, la presentación clínica predominante es melena y la gravedad de la hemorragia es anemizante.

No se identificaron complicaciones secundarias al tratamiento endoscópico por hemorragia del tubo digestivo alto.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom089

INGESTA DE SUSTANCIAS CÁUSTICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS, TRATAMIENTO Y COMPLICACIONES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. A. Medina-Rodríguez, M. R. Alvarado-Cifuentes, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, E. M. Toro-Monjaraz, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La ingestión accidental de sustancias cáusticas es un problema importante mundial porque puede causar lesiones y complicaciones graves que afectan la calidad de vida. El 80% de estos casos se presenta en niños, por lo general de forma accidental. La magnitud del daño esofágico se relaciona con la naturaleza de la sustancia cáustica. Son escasos los datos publicados sobre este tema en la población pediátrica mexicana, por lo que es fundamental documentar los hallazgos obtenidos en la atención de estos pacientes en los últimos años.

Objetivo: Describir las características clínicas, endoscópicas, terapéuticas y complicaciones por la ingestión de cáusticos en pacientes pediátricos.

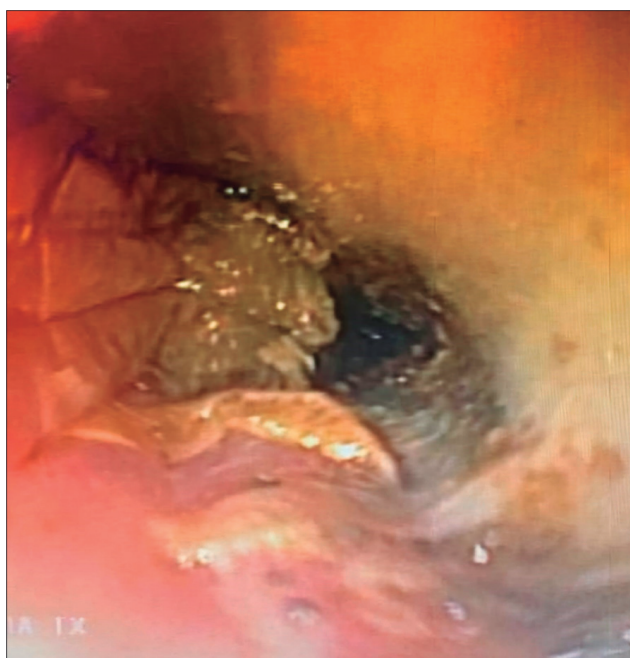
Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo en el que se incluyó a pacientes con ingestión de cáusticos atendidos en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica en el periodo comprendido entre enero del 2019 y julio del 2024. Las variables analizadas fueron: grupo etario, género, tratamiento con esteroide, clasificación de Zargar, sustancia ingerida, sólido o líquido, síntomas y complicaciones. Análisis estadístico: se realizó un análisis descriptivo. Los resultados se analizaron con medidas de tendencia central para la obtención de porcentajes, media y promedio.

Resultados: Se obtuvieron 91 casos de ingestión de cáusticos. De estos, el grupo etario más común fue el de los lactantes mayores (36%), con predominio del género masculino (61,5%). La sustancia ingerida en la mayoría de los casos fue la sosa cáustica (31,8%). Los síntomas identificados con mayor frecuencia fueron sialorrea, vómito, irritabilidad y odinofagia (45%, 40%, 22% y 12%, respectivamente). Para los hallazgos endoscópicos se utilizó la clasificación de Zargar: grado 0 con 46%; grado 1 con 27,5%; grado 2A con 12%; grado 2B con 8,8%; grado 3A con 3,3%; grado 3B con 2,2% y grado 4 con 0%. Recibieron tratamiento con esteroide sistémico 15 pacientes (16%): 2A (1), 2B (8), 3A (3) y 3B (2). Se observó estenosis en 13 pacientes (14,2%). De los que recibieron esteroide sufrieron estenosis 1 (100%) paciente en 2A; 4 (57,14%) en 2B; 3 (100%) en 3A y 2 (100%) en 3B (**Figura 1**). La panendoscopia diagnóstica reveló necrosis extensa (clasificación de Zargar 3B) en un paciente masculino secundaria a ingestión de sosa cáustica artesanal.

Conclusiones: En este medio, la ingestión de cáusticos es un problema importante de salud, ya que estos se encuentran en venta libre con preparación artesanal, sin una adecuada regulación; la sosa cáustica es la sustancia ingerida con mayor frecuencia. El grupo etario más afectado es el de los lactantes. Los casos de estenosis esofágica observados se relacionan con el grado de la clasificación de Zargar, que corresponde a las cifras publicadas: 57% en Zargar 2B y 100% en Zargar 3A y 3B. A pesar del tratamiento con esteroide, todos los pacientes con Zargar 3A y 3B sufren estenosis. En consecuencia, es importante realizar la valoración endoscópica inicial con la finalidad de establecer el tratamiento y el pronóstico de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Panendoscopia diagnóstica que muestra necrosis extensa (clasificación de Zargar 3B) en un paciente masculino consecutiva a ingestión de sosa cáustica artesanal. (Dom089)



Dom090

DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO DE ESTENOSIS ESOFÁGICAS, TERAPÉUTICA ENDOSCÓPICA REALIZADA EN UNA UNIDAD DE ENDOSCOPIA PEDIÁTRICA DE TERCER NIVEL. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS

D. S. Moraga-Sánchez, A. Delgado-Moreno, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, E. M. Toro-Monjaraz, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Las estenosis esofágicas en la edad pediátrica pueden presentarse secundarias a múltiples causas y su incidencia varía en cada país; la ingestión de cáusticos se considera la causa más común. La elección del tratamiento endoscópico de dilatación esofágica en niños aún es controversial y no se cuenta con un tratamiento estandarizado. Esta entidad puede afectar en grado considerable la calidad de vida de los niños, con disfagia, falla de medro, riesgo de broncoaspiración, entre otros.

Objetivo: Describir el comportamiento de las diferentes causas de estenosis esofágicas, así como el tratamiento con tres diferentes modalidades de dilatación o combinación de ambas: dilatadores de Savary, dilatación con balón hidroneumático y aplicación intralesional de mitomicina C en el Instituto Nacional de Pediatría en el periodo de enero de 2016 a mayo de 2024.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de 30 pacientes con estenosis esofágica de diferente origen, en los que se usaron diferentes tratamientos endoscópicos en el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo comprendido entre enero de 2016 y mayo de 2024. El análisis de los datos obtenidos del expediente clínico se procesó en el programa IBM SPSS Statics versión 26, con trazo de tablas y gráficas de frecuencia, porcentajes y cruces de variables.

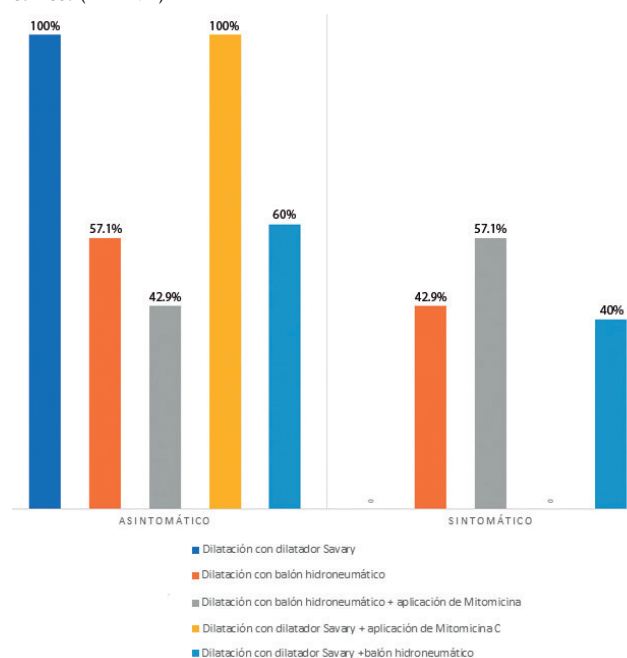
Resultados: Se identificó a 30 pacientes con estenosis esofágica atendidos en la unidad diagnóstica de gastroenterología pediátrica integral del Instituto Nacional de Pediatría, de los cuales 73% correspondió a pacientes masculinos, con edades de uno a cinco años (60%); la ingestión de cáusticos fue la causa más frecuente (40%), seguida de las intervenciones posquirúrgicas (atresia esofágica) en el 16%, y enfermedad por reflujo gastroesofágico en 10%; la localización de estenosis esofágica más frecuente fue el tercio inferior (40%). En cuanto al número de estenosis esofágicas, casi todas fueron únicas en el 90% de los casos y múltiples en el 10% (la

causa fue un cáustico). La intervención endoscópica más practicada fue la dilatación con balón hidroneumático (46,7%), seguida de la combinación de dilatación con balón hidroneumático y aplicación de mitomicina en 23,3% de los casos; el 53,3% de los casos se consideró resistente a la dilatación. Dentro de la evolución posterior al tratamiento, un 60% de pacientes se hallaba asintomático. Se presentaron complicaciones en 2 (7%) pacientes: perforación esofágica y choque relacionado con el dilatador de Savary. El procedimiento más seguro (sin complicaciones) con mayor porcentaje de asintomáticos posterior al tratamiento fue dilatación con balón hidroneumático en el 57,1% de los pacientes (Figura 1). Las estenosis resistentes a la dilatación neumática (37,5%) se trataron con balón hidroneumático y aplicación de mitomicina; el 50% de estos casos respondió de modo asintomático a este tratamiento.

Conclusiones: Las estenosis esofágicas fueron en su mayoría de causa prevenible (ingestión de cáusticos). Los diferentes tratamientos de dilatación esofágica endoscópica se deben individualizar; sin embargo, se observó que las dilataciones con balón hidroneumático logran mejoría clínica y el uso de la mitomicina, en caso de los pacientes resistentes, permite también lograr la recuperación del esófago. La descripción de diferentes poblaciones pediátricas y su tratamiento puede permitir establecer un protocolo más claro y con menos complicaciones en el tratamiento de la estenosis esofágica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Intervenciones endoscópicas de dilatación esofágica y su desenlace clínico. (Dom090)



Dom091

CÁPSULA ENDOSCÓPICA: UN NUEVO HORIZONTE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED GASTROINTESTINAL

M. D. R. Alvarado-Cifuentes, E. Montijo-Barrios, K. Ignorosa-Arellano, J. Cadena-León, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. Ramírez-Mayans, T. Toro-Monjaraz, M. Martínez-Soto, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La enfermedad de injerto contra huésped gastrointestinal (EICH-GI) es una complicación grave del trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TACH), caracterizada por una elevada morbilidad y mortalidad. Los primeros síntomas incluyen anorexia y náusea, que evolucionan a diarrea grave y hemorragia gastrointestinal. La enteroscopia es un método diagnóstico que no siempre se tiene al alcance; junto con la endoscopia convencional y la biopsia pueden ser procedimientos diagnósticos de alto riesgo para pacientes graves. La videocápsula endoscópica (VCE) ofrece una alternativa no invasiva

para evaluar el intestino delgado. Existen pocos estudios sobre el uso de VCE en adultos y ninguno en pediatría.

Objetivo: Mostrar los hallazgos de la videocápsula endoscópica y la endoscopia convencional superior e inferior, y valorar cuál de ellas se asemeja más a los resultados de la histopatología, en cuatro pacientes con sospecha de EICH atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.

Reporte de casos: Se incluyó a cuatro pacientes masculinos con sospecha de EICH gastrointestinal, en quienes se compararon los resultados obtenidos en endoscopia convencional y VCE con el resultado del estudio histopatológico. Los diagnósticos iniciales eran inmunodeficiencia combinada, leucemia linfoblástica aguda o leucemia linfóide aguda, y todos recibieron tratamiento con TACH. Dentro de los primeros 100 días del trasplante se presentaron síntomas gastrointestinales indicativos de EICH. En la endoscopia superior convencional se observaron lesiones leves como pangastropatía no erosiva leve y edema de mucosa, y en la endoscopia inferior se reconocieron edema y eritema en mucosa, datos no concluyentes de EICH. Por otro lado, la VCE mostró lesiones más graves como erosiones, úlceras profundas, exudados y áreas de mucosa esfacelada en tres de los primeros pacientes, y la cuarta se informó normal. La histopatología reveló hallazgos consistentes con EICH en los tres pacientes con VCE anormal y la última se notificó normal.

Discusión: La VCE reveló lesiones significativas en el intestino delgado que las endoscopias convencionales no detectaron; estos hallazgos se correlacionaron con los resultados histológicos en todos los casos. La cápsula endoscópica podría facilitar el diagnóstico temprano de EICH-GI y mejorar el tratamiento y el pronóstico en estos pacientes.

Conclusiones: La VCE ha surgido como un método promisorio para la detección temprana de la EICH gastrointestinal en pediatría, en la cual los métodos invasivos son de alto riesgo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Imagen captada por videocápsula endoscópica del intestino delgado de uno de los casos de paciente con EICH gastrointestinal. Propiedad de Instituto Nacional de Pediatría. (Dom091)



Dom092

EXPERIENCIA EN EL USO DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. J. Peña-Gutiérrez, G. Gómez-Navarro, J. R. Zárate-Guerrero, Unidad Médica de Alta Especialidad UMAE, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente CMNO, Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS

Introducción: La introducción de la cápsula endoscópica en el año 2000 supuso una revolución diagnóstica en el estudio de las enfermedades del intestino delgado. En la población pediátrica fue hasta el 2004 cuando se aprobó su uso en pacientes de 10 a 18 años y hasta 2009 en mayores de dos años, razón por la que las publicaciones médicas son escasas en comparación con la población adulta. Las indicaciones más frecuentes informadas son sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal, hemorragias gastrointestinales de origen oscuro, malabsorción, enteropatía perdedora de proteínas, dolor abdominal y pólipos, sobre todo en el abordaje de síndromes polipósicos. Dichas indicaciones varían de acuerdo con la edad; la sospecha de enfermedad de Crohn es la más frecuente en mayores de ocho años y el abordaje de anemia o sangrado de origen oscuro en menores de ocho años. Se ha documentado el uso de la cápsula endoscópica incluso en lactantes de 10 meses y peso de 7,9 kg, con la retención de la cápsula como principal complicación, la cual se define como una permanencia en el tracto digestivo por un mínimo de dos semanas o que exige intervención o tratamiento específico para facilitar su paso.

Objetivo: Notificar la experiencia en el uso de la cápsula endoscópica en pacientes pediátricos de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: En este estudio retrospectivo realizado en el periodo comprendido entre 2020 y 2024 se incluyó a pacientes menores de 18 años sometidos a cápsula endoscópica por el servicio de gastroenterología de la UMAE, Hospital de Pediatría, CMNO. Se recabaron las siguientes variables de los expedientes clínicos: fecha de nacimiento, sexo, edad al momento del procedimiento, peso, indicación para realizar el estudio y hallazgos informados.

Resultados: Se incluyó a un total de 24 pacientes, de los cuales 12 fueron masculinos y 12 femeninos, con un promedio de edad de 10,6 años, el menor de tres años y el mayor de 16 años. El peso promedio fue de 35 kg (el menor de 13 kg requirió colocación endoscópica de la cápsula, sin complicaciones a su salida). La indicación más frecuente fue el síndrome polipósico ($n = 12$), seguido por sangrado gastrointestinal de origen oscuro ($n = 11$) y enfermedad inflamatoria intestinal ($n = 1$), lo cual difiere de lo notificado en las publicaciones mundiales. En relación con los síndromes polipósicos se identificaron hallazgos positivos hasta de 50%, lo que muestra un mayor rendimiento diagnóstico, similar a lo registrado en la bibliografía internacional; por su parte, en la indicación de sangrado digestivo de origen oscuro se reconocieron hallazgos positivos en 36% ($n = 4$). No se informó ninguna complicación, incluida la retención de la cápsula.

Conclusiones: Con base en los hallazgos de este estudio se confirma la utilidad de la cápsula endoscópica en pacientes pediátricos en el tratamiento de enfermedades del intestino delgado de una forma segura y con buen rendimiento diagnóstico en las indicaciones más frecuentes para su uso.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom093

CARACTERIZACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFECTIVA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO DE REFERENCIA

A. F. Guerrero-Valenzuela, E. M. Toro-Monjaraz, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, K. R. Ignorosa-Arellano, J. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La motilidad esofágica inefectiva se considera el trastorno motor esofágico más frecuente descrito en la clasificación de Chicago en sus diferentes versiones con una relación frecuente con la enfermedad por reflujo gastroesofágico, ya que es al parecer uno de los posibles mecanismos fisiopatológicos que influyen en el desarrollo de dicha alteración. Dada su elevada frecuencia entre los trastornos motores y la falta de estudios en pacientes pediátricos respecto de su evolución, es importante realizar este estudio.

Objetivo: Determinar las características manométricas y clínicas y la evolución de los pacientes pediátricos con diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 11 pacientes de 14 a 18 años con diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva confirmada por estudio de manometría esofágica de alta resolución, atendidos en el periodo de 2017 a 2023. Tipo de estudio: analítico de corte transversal, retrospectivo y observacional en el que se analizaron como variables las métricas manométricas y

la presencia o ausencia de síntomas gastrointestinales como náusea, vómito, disfagia, pirosis, dolor abdominal, plenitud posprandial temprana, distensión abdominal y características de las evacuaciones al momento del diagnóstico y seis a 12 meses posteriores a este. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva; para las variables cuantitativas se usaron medias y desviaciones estándar y para las cualitativas frecuencias y porcentajes.

Resultados: En cada uno de los pacientes se estableció el diagnóstico de motilidad esofágica inefectiva por estudio de manometría según la clasificación de Chicago 4.0, y se observaron los siguientes hallazgos: la longitud media de esfínter esofágico superior fue de 3,5 cm (DE 0,522), mientras que la presión media del esfínter esofágico superior fue de 130,1 mmHg (DE 1,859), la longitud media del esófago de 17,7 cm (DE 0,750), la presión media del esfínter esofágico inferior de 16 mmHg (DE 0,944) y la longitud media del esfínter esofágico inferior de 4 cm (DE 0,447), con un punto de inversión de presión medio de 36,4 (DE 0,603), así como una longitud intraabdominal media de 3,3 cm (DE 1,513) y un DCI medio de 337 mmHg.s.cm (DE 0,934), junto con un IRP medio de 12,3 mmHg (DE 0,674). Con posterioridad se evaluaron los síntomas al momento del diagnóstico: 45,4% de los pacientes tenía vómito, 54,5% disfagia, 81,8% reflujo y pirosis, en tanto que el dolor y distensión abdominal solo aparecieron en 36,3% y ninguno de los pacientes tenía alteraciones en el patrón evacuatorio. Por último, se evaluaron los síntomas posteriores al diagnóstico seis a 12 meses con una media de 9,2 meses: 81,8% de los pacientes no presentaba vómito, en 72% se resolvió la disfagia, en 36,3% persistieron el reflujo y la pirosis, y solo en 9% continuaron el dolor y la distensión abdominal.

Conclusiones: La motilidad esofágica inefectiva es un trastorno motor poco descrito en la población pediátrica; en este estudio llama la atención que la disfagia no fuera el síntoma central, sino más bien los síntomas relacionados con el reflujo gastroesofágico como la pirosis y las regurgitaciones. Además de ello, en el seguimiento, un gran porcentaje de pacientes redujo la frecuencia de los síntomas de forma global.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom094

MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO REFRACTARIO

S. Elizondo-Benet, Z. A. Monroy-Teniza, B. González-Ortiz, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico es uno de los padecimientos gastrointestinales más comunes en la edad pediátrica y de los principales motivos de consulta. Su incidencia es dependiente de la edad y se presenta en > 40% de los lactantes y > 10% de los niños mayores. Clínicamente se manifiesta con una diversidad de signos y síntomas. Por lo general, la respuesta al tratamiento médico convencional es adecuada, pero una proporción pequeña es resistente, es decir, no hay respuesta a un tratamiento óptimo posterior a ocho semanas. En estos casos deben descartarse alteraciones de la motilidad esofágica que puedan causar síntomas atípicos e inespecíficos y, por lo tanto, recibir diagnósticos y tratamientos erróneos. **Objetivo:** Describir los hallazgos observados en la manometría esofágica de alta resolución en pacientes pediátricos mexicanos con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico resistente al tratamiento farmacológico.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes menores de 18 años, con diagnóstico de ERGE resistente objeto de estudio de manometría esofágica de alta resolución; se excluyó a los pacientes con antecedente de malformación esofágica o cirugía esofagogástrica previa. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal, retrospectivo y observacional. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con técnicas de estadística descriptiva como frecuencias absolutas y porcentajes para variables cualitativas; y para las variables cuantitativas de acuerdo con su distribución paramétrica o no paramétrica según la prueba de Kolmogorov-Smirnov: medias, modas medianas, desviaciones estándar o rangos intercuartílicos.

Resultados: Se analizó a un total de 19 pacientes, 8 (42%) de ellos del sexo femenino y 11 (58%) del masculino. El promedio de la edad al momento del estudio de manometría esofágica de alta resolución fue de 11,7 años, con una edad mínima de siete años y una máxima de 16. Los síntomas típicos fueron los más frecuentes: regurgitación (25%) y pirosis (21%), seguidos por los atípicos de tos (13,5%), dolor torácico (12%), náusea (11,5%) y disfagia (6%). El 47% cumplió criterios para MEI, mientras que el 42% tuvo un resultado normal. El promedio de meses de evolución desde el inicio de los síntomas hasta el momento de la manometría fue de 58,2 (IC95%: 39,9-76,9). Un paciente cumplió criterios para OTSUEG y otro para espasmo esofágico distal. En ninguno se demostró hernia hiatal por medio de este estudio, con una UEG tipo 1 en el 100%; por otro lado, 6 (31%) pacientes presentaron hipotensión del EI, con una presión basal media promedio de 5,15 mmHg, con límites de 1,6 a 9,7 mmHg. En ninguno se encontraron relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior ni peristalsis fragmentada. Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en algunos de los parámetros estudiados con un promedio menor en la presión basal media del EEI y el DCI en los pacientes con MEI, con valores de 9,8 mmHg y 351,7 mmHg.s.cm, respectivamente. Los resultados se expresan en la **Tabla 1**.

Conclusiones: La manometría esofágica de alta resolución debe considerarse dentro del protocolo de estudio de los pacientes pediátricos con ERGE resistente. El trastorno de motilidad más frecuente en estos pacientes es la motilidad esofágica inefectiva presente en el 47%. Los síntomas más comunes fueron los síntomas típicos, regurgitación y pirosis, en 25% y 21%, respectivamente. Es necesario estandarizar el protocolo y las clasificaciones de los trastornos de motilidad en los pacientes con ERGE resistente menores de 18 años.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom095

UTILIDAD DE IMBN Y PSPW EN EL ESPECTRO DIAGNÓSTICO DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

A. L. Castro-Zárate, A. I. Quesada-Tortoriello, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, J. García-Rentería, Grupo Colaborativo: Sección de Neurogastroenterología y Motilidad del Hospital Español; Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La vigilancia de impedancia con pH-metría permite la evaluación del aclaramiento químico esofágico (una respuesta al reflujo provocado por el reflejo esófago-salival) mediante el índice de onda peristáltica inducida por la deglución posterior al reflujo (PSPW, por sus siglas en inglés); asimismo, la integridad de la mucosa puede evaluarse mediante la impedancia

Tabla 1. Resultados manométricos en la población estudiada, comparación entre pacientes sin alteraciones en la manometría y pacientes con motilidad esofágica inefectiva. (Dom094)

Parámetros manométricos	Población total (n = 19)		Pacientes con manometría esofágica normal (n = 8)		Pacientes con motilidad esofágica inefectiva (n = 9)		p*
	Promedio	IC95%	Promedio	IC95%	Promedio	IC95%	
Presión basal media del EEI (mmHg)	20,9	13,1-28,8	24,2	10,2-38,2	9,8	4,4-15,1	0,03
Presión de relajación integrada (mmHg)	4,2	1,3-7,1	2,8	0,6-4,9	1,7	-0,3-3,9	0,43
Latencia distal (s)	6,5	5,5-7,1	6,1	5,2-7,0	7,4	6,3-8,4	0,04
Integral de contracción distal (mmHg.s.cm)	702	425,1-980,5	841	446,7-1236,9	351,7	185,5-517,9	0,01

IC95%, intervalo de confianza del 95%; EEI, esfínter esofágico inferior; *p = resultado de la prueba t de Student para la comparación entre los grupos sin alteraciones y aquellos con motilidad esofágica inefectiva.

cia media basal nocturna (IMBN) y se considera un marcador de ERGE en la población adulta. En la actualidad, el comportamiento de la IBMS y el PSPW se ha investigado poco en la población pediátrica.

Objetivo: Conocer la utilidad de la IMBN y el PSPW en el espectro diagnóstico del reflujo gastroesofágico en la población pediátrica.

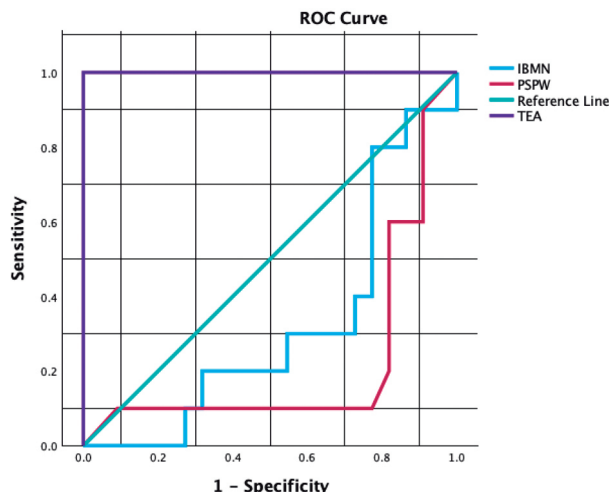
Material y métodos: Pacientes de 1 a 18 años con sospecha de reflujo gastroesofágico sometidos a impedancia de pH-metría en el Hospital Español de México, del 1 de diciembre de 2022 al 1 de septiembre de 2023. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Variables analizadas: edad, género, tiempo de exposición al ácido, número de episodios de reflujo, características químicas del reflujo, posición predominante del reflujo, índice de síntomas por pH e impedancia, probabilidad de relación con síntomas por pH e impedancia, IMBN e índice PSPW. Análisis estadístico: se analizaron las variables epidemiológicas; se obtuvieron la media y la desviación estándar del tiempo de exposición al ácido (TEA), IMBN y PSPW de cada uno de los grupos fenotípicos. Se utilizó la curva ROC para evaluar la utilidad diagnóstica de IMBN y PSPW con el software SPSS Statistics v29.0.

Resultados: Se estudiaron en total 32 trazos de impedancia con pH-metría, de los cuales el 56,3% (18) correspondió al género femenino y 43,8% (14) al masculino. Se registró una edad media de 101,38 meses (8,4 años) de edad. En cuanto a las características de los episodios de reflujo, fueron no ácidos en 62,5% y ácidos en 37,5%, predominantemente en posición vertical (65,6%). El registro de síntomas fue variable y se identificaron pirosis, dolor abdominal, hipo, globus, regurgitación, tos y broncoespasmo. El TEA fue negativo en los pacientes con hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional y positivo en el 80% de los pacientes con ERGE. Se notificó una media de IMBN de 2 036,8 y de PSPW de 37,4%. El 46,8% presentó hipersensibilidad al reflujo y de esta proporción el 40% registró una IMBN > 2 500. El 15,6% tuvo pirosis funcional y de esta cifra el 80% presentó IMBN > 2 500. El 31,25% de los pacientes sufrió ERGE, 80% de esta proporción con IMBN < 1 500. La mayoría de los pacientes con ERGE como hipersensibilidad al reflujo y pirosis funcional mostró un índice PSPW < 60%. El TEA fue negativo en el 87,5% de los pacientes con IMBN, consistente con trastornos funcionales; sin embargo, el índice PSPW fue patológico hasta en el 52,1% de los sujetos que tuvieron TEA negativo. En el análisis de curvas ROC no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en relación con el uso de IMBN y PSPW en el grupo con ERGE, con un área bajo la curva (ABC) para IBNM de 0,318 (IC95%: 0,120-0,516) y para PSPW de 0,220 (IC95%: 0,20-0,421). En el grupo con ERNE se obtuvo un ABC para IMBN de 0,775 (IC95%: 0,602-0,948) y para PSPW de 0,792 (IC95%: 0,607-0,977), una prueba que resultó significativa en este grupo. Se establecieron puntos de corte de 1 865 ohmios y 18,5%, sensibilidad de 33% y 12,8%, especificidad de 30% y 29,1%, razón de verosimilitud positiva de 0,48 y 0,18, para IMBN y PSPW, respectivamente (Figura 1).

Conclusiones: La IMBN y el índice PSPW no establecen una diferencia significativa entre pacientes con ERNE y ERGE en la población pediátrica. Se requieren investigaciones con un número mayor de sujetos de estudio para establecer su aplicabilidad en el diagnóstico y tratamiento de ERGE.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Curva ROC. Se muestran la sensibilidad y la especificidad de TEA, IMBN y PSPW, así como su cercanía a la línea de referencia. (Dom095)



TEA, tiempo de exposición al ácido; IMBN, impedancia media basal nocturna; PSPW, onda peristáltica inducida por la deglución posterior al reflujo.

Dom096

PRESENTACIÓN ATÍPICA (SÍNTOMAS RESPIRATORIOS): ASOCIADA CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO ÁCIDO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: RESULTADOS PRELIMINARES

A. I. Quesada-Tortoriello, L. Escobedo-Berumen, M. S. Gallardo-Luna, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico corresponde a la relación de síntomas o complicaciones vinculadas con reflujo. Los episodios pueden clasificarse por sus características físicas (líquidos, gaseosos, mixtos), características químicas (ácido, pH < 4), débilmente ácido (pH, 4-7), no ácido (> 7)), alcance distal o proximal. A diferencia de la población adulta, los episodios no ácidos representan alrededor de 30% a 80% en la población pediátrica y en fecha reciente se han acompañado de manifestaciones clínicas atípicas en esta población.

Objetivo: Identificar la vinculación de episodios no ácidos con manifestaciones clínicas atípicas (síntomas respiratorios); como objetivo secundario, determinar el nexo entre características específicas de los episodios (químicos, físicos) con esos síntomas.

Material y métodos: Se utilizaron registros de impedancia con pH-metría en pacientes pediátricos de 12 meses a 18 años de marzo de 2023 a septiembre de 2024 que cumplieron los criterios de inclusión. Se realizaron análisis de medidas de tendencia central para determinar las características epidemiológicas y generales de la muestra. Después de obtener una muestra más grande, se llevó a cabo el análisis de relación de variables (ji cuadrada) con el fin de identificar la vinculación entre los síntomas atípicos (respiratorios) y las características físicas y químicas de los episodios de reflujo. El análisis se realizó con el software SPSS.

Resultados: Al momento se cuenta con una muestra total de 32 pacientes, de los cuales 10 (31%) corresponden a episodios patológicos de reflujo gastroesofágico ácido y 22 (69%) a no ácidos. De los casos de reflujo no ácido, 7 (32%) informaron síntomas respiratorios atípicos como tos, carraspeo o broncoespasmo.

Conclusiones: Los episodios no ácidos podría ser un predictor importante de la presencia de síntomas respiratorios. Esto modificaría completamente el enfoque diagnóstico y terapéutico utilizado hoy día en el tratamiento del ERGE en la población pediátrica.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom097

ABORDAJE DE ALERGIA ALIMENTARIA PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS EN PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. SERIE DE CASOS

D. Rico-Rojas, L. A. Robles-Casanova, G. Castillo-Narváez, L. Hernández-Nieto, E. B. Ríos-Núñez, A. Palafox-Olvera, C. D. Alonso-Bello, C. V. Moncayo-Coello, Hospital Juárez de México

Introducción: La esofagitis eosinofílica es un trastorno digestivo caracterizado por la infiltración de eosinófilos en las distintas capas que integran la pared de dicho órgano. Estos cambios se encuentran dirigidos por citocinas dependientes de la inflamación Th2 alta a consecuencia, en la mayoría de los casos, de alergia alimentaria; para la disminución de los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes es crucial el abordaje inmunológico.

Objetivo: Ejemplificar mediante dos casos clínicos la importancia de la identificación de alergia alimentaria en pacientes con diagnóstico de esofagitis eosinofílica.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente femenino de seis años con diagnóstico de esofagitis eosinofílica y asma. Esta persona refiere de forma continua disfagia, regurgitación y epigastralgia con pobre respuesta al tratamiento con inhibidor de la bomba de protones y procinéticos. Se indica endoscopia, cuyos resultados revelan esofagitis eosinofílica y duodenitis crónica con presencia de más de 30 eosinófilos por campo. Se realizó prueba de parche de alimentos con datos no concluyentes pero indicativos de positividad a leche, por lo que se indica restricción alimenticia. Actualmente la paciente señala disminución

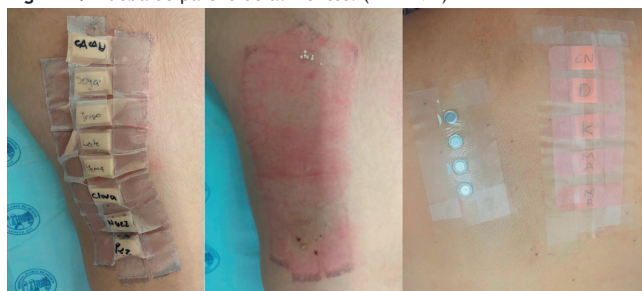
de los síntomas sin necesitar medicamentos contra el reflujo y la dispepsia. **Caso 2:** Paciente masculino de 11 años con síntomas de reflujo que no ceden con inhibidores de la bomba de protones, con informe negativo para *H. pylori*, por lo que se solicita endoscopia con resultados de esofagitis crónica moderada con eosinofilia moderada, gastritis y duodenitis crónicas leve, estas dos últimas con eosinofilia leve. Se realizaron pruebas de parche de alimento con resultados negativos. Se inició dieta de exclusión de huevo, por alta sospecha de síntomas relacionados con su consumo tras una historia clínica exhaustiva; luego de cuatro semanas de la restricción acude el paciente con mejora de los síntomas (Figura 1).

Discusión: La esofagitis eosinofílica está establecida como una forma de alergia alimentaria no mediada por IgE y es una de las primeras causas de disfagia e impacción alimentaria en niños y adultos jóvenes. El estudio de alergia alimentaria debe considerarse un pilar en el abordaje de estos padecimientos eosinofílicos, ya que evitar los alimentos desencadenantes es aún el único tratamiento dirigido a la causa de la enfermedad; debe destacarse la importancia de iniciar con una prueba de parche de alimentos acompañada de una historia clínica detallada para la identificación del causante.

Conclusiones: La serie de casos ejemplifica la importancia del abordaje alergológico para determinar la existencia de alergia alimentaria en los pacientes pediátricos de esofagitis eosinofílica, dado que el retiro del alimento causante da lugar a la reducción de los síntomas y mejora la calidad de vida.

Financiamiento: No se contó con ningún tipo de financiamiento o patrocinio.

Figura 1. Prueba de parche de alimentos. (Dom097)



Dom098

PREVALENCIA DE SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO EN LA INFANCIA

D. R. Arellano-Sánchez, C. G. Flores-Berdeja, E. Hernández-Chávez, M. Méndez-Núñez, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El síndrome de intestino irritable (SII) es el trastorno gastrointestinal funcional más común en pediatría, con una prevalencia de 4,1% a 35% en mexicanos y de 15% en el plano mundial. El subtipo de estreñimiento (SII-E) es la variedad más frecuente (45%) y afecta en particular a mujeres 1,6 veces más que a hombres. Por otra parte, el lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad multisistémica, de causa multifactorial, con una prevalencia del 15% en pediatría y cuya afectación gastrointestinal se presenta hasta en un 50% de los casos; es por lo tanto relevante conocer la prevalencia del SII en pacientes con LES, dado que son afecciones que comparten similitudes y requieren abordaje multidisciplinario con efectos negativos en los costos de salud.

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de intestino irritable mediante los criterios de Roma IV en pacientes con diagnóstico de LES. Específicos: describir características sociodemográficas, síntomas digestivos, subtipo de SII más común, e identificar los factores de riesgo que incrementan el SII en pacientes con LES.

Material y métodos: Pacientes con diagnóstico de LES de cuatro a 18 años, atendidos en Hospital de Pediatría CMNO, en Guadalajara, Jalisco, provenientes de la consulta externa de reumatología pediátrica valorados en el mes de enero del 2024 y a quienes se les aplicó el cuestionario Roma IV previo consentimiento informado por parte del tutor. Tipo de estudio: descriptivo, corte transversal y analítico. Muestra: población finita. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales: porcentajes, media, promedio y desviación estándar. Estadística inferencial: ji cuadrada con significancia estadística ($p < 0,05$).

Resultados: Con base en una revisión sistemática se obtuvo un total de 20 pacientes con diagnóstico de LES, de los cuales el 68% mostró manifestaciones gastrointestinales; el dolor abdominal fue el síntoma más frecuente (22,22%), seguido de náusea (20%), diarrea (16,66%) y distensión abdominal (16,66%). Se determinó la presencia de depresión en el 22,22% de la muestra, con ingestión de más de cinco fármacos en el 61,11%. Se aplicó el cuestionario específico para trastornos funcionales al total de la muestra de acuerdo con los criterios de Roma IV; se describió una prevalencia del SII en el 27,77% de los casos, con 80% del sexo femenino, edad media de 14,6 años y predominio del subtipo SII-E (40%). No se identificaron factores de riesgo relevantes para el desarrollo de SII en pacientes con LES; tan solo se notificó afectación renal en tres de los casos y debe considerarse un factor que tiene implicación en su fisiopatología.

Conclusiones: La prevalencia del SII en adolescentes con LES fue del 27,77%. Fueron más frecuentes el SII-E y el SII-D. Esta prevalencia justifica continuar la investigación del SII en este tipo de pacientes, dado que representa gran interés tratar los factores de riesgo; para ello se necesita ampliar el número de pacientes, lo que permitirá determinar con exactitud si el sexo, la estancia en la UCIN y la enfermedad renal pueden considerarse factores en un paciente con LES portador de SII.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom099

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A GASTROENTERITIS VIRAL AGUDA EN PEDIATRÍA POSTPANDEMIA EN MÉXICO

L. Escobedo-Berumen, M. C. Casillas-Casillas, A. I. Quesada-Tortoriello, M. S. Gallardo-Luna, S. Unda-Haro, J. P. Unda-Haro, R. Osegueda-Mayen, E. Neria-Magey, P. Saviñón-Tejeda, Hospital Español

Introducción: En términos epidemiológico se ha detectado un aumento de las infecciones virales gastrointestinales; entre los factores relacionados se sospecha la disminución de la inmunidad colectiva por falta de exposición a patógenos durante la pandemia, lo que provoca cambios en la prevalencia en estas infecciones gastrointestinales no del todo estudiados.

Objetivo: Describir los factores sociodemográficos vinculados con las infecciones virales gastrointestinales luego de la pandemia en la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo. Se recolectaron datos clínicos y epidemiológicos de expedientes clínicos de enero del 2023 a junio del 2024 en pacientes pediátricos con síntomas gastrointestinales de la consulta externa de una clínica pediátrica privada de la Ciudad de México. Se incluyó a paciente de 0 a 18 años a los que se les realizó prueba de antígeno en heces de astrovirus, adenovirus y rotavirus (inmunoanálisis ELISA) con resultado positivo y diagnóstico clínico de gastroenteritis infecciosa. Se realizó estadística descriptiva y se obtuvieron media, frecuencia y desviación estándar. Bajo pruebas de normalidad se realizó estadística inferencial mediante ji cuadrada y t de Student con una significancia $p < 0,05$.

Resultados: Se efectuaron 137 pruebas de inmunoanálisis de antígeno de virus gastrointestinales en heces, de las cuales 55 arrojaron un resultado positivo para astrovirus, adenovirus y rotavirus. En los pacientes incluidos con prueba positiva se encontró un predominio del sexo masculino en un 54,5 %, con una media de edad de 3 años 11 meses $\pm$ 2,7, mínimo 4 meses, máximo 11 años. Los meses con mayor contagio fueron febrero (31%) y marzo (17,5%). Un 36% de los pacientes tenía el esquema de vacunación contra rotavirus incompleto. Los resultados de las pruebas indicaron rotavirus (47,4%), adenovirus (26,3%) y astrovirus (28,1%). Los síntomas predominantes fueron diarrea en 89,5%, dolor abdominal en 75,4% y vómito y fiebre en 70% y síntomas extraintestinales como dermatosis y síntomas respiratorios. El grupo etario en el que más se presentó fue el de los prescolares con 42,1% y de esta proporción el 66,7% fue positivo a rotavirus ($p = 0,006$), seguido del de los lactantes (40%) con un 43% de resultados positivos para adenovirus ($p = 0,049$), y el de los escolares (17,5%) en los que predominó un resultado positivo para rotavirus ($p = 0,027$). De los pacientes con cartilla de vacunación incompleta, el 47,6% registró un resultado positivo para rotavirus ($p = 0,977$).

Conclusiones: Las pruebas antigénicas con síntomas de gastroenteritis tienen una elevada especificidad y sensibilidad para el diagnóstico. Si bien estas causas no cuentan con tratamiento antiviral, conocer la epidemiología y prever la evolución, duración de la fiebre y los síntomas y las posibles

complicaciones son esenciales para el adecuado tratamiento del paciente pediátrico. En este estudio se observó un predominio de contagio en primavera acorde a la epidemiología descrita; la infección por rotavirus se presentó principalmente en preescolares y escolares, y el adenovirus en lactantes. Llama la atención una edad de desarrollo de la enfermedad más tardía respecto de lo descrito en las publicaciones médicas; hay que considerar la deuda inmunológica relacionada con el periodo de pandemia COVID-19, así como el demostrado descenso de la cobertura de vacunación, que son parte del cambio en la circulación de estos virus en la comunidad. Es importante reforzar el esquema de vacunación para prevenir las complicaciones secundarias a estos patógenos y el apoyo de las herramientas diagnósticas para conocer el comportamiento de los virus gastrointestinales en la población.

Financiamiento: Ninguno.

Dom100

ALERGIA A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA (APLV), CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL MÉDICO SOBRE DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO

F. J. Obando-Lazo, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, J. C. Lona-Reyes, N. K. Bernal-Delgadillo, G. E. Lizardi-Benítez, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La APLV es una entidad de hipersensibilidad que afecta al 15% de los lactantes, con manifestaciones gastrointestinales y extraintestinales. Los hallazgos clínicos inespecíficos exigen el conocimiento de la entidad para establecer el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Objetivo: Describir la variabilidad en el diagnóstico, tratamiento y percepción del pronóstico de APLV en los residentes de pediatría y pediatras.

Material y métodos: Estudio descriptivo de tipo transversal mediante una encuesta validada por Pascual-Pérez *et al.* a pediatras y residentes de pediatría de diferentes instituciones del estado de Jalisco.

Resultados: Se obtuvieron 100 encuestas. La mediana de edad fue de 28,5 años (máx. 62; mín. 24; RIQ 10) y el género femenino predominó con 68%. El tiempo de ejercicio en pediatría fue de 3 años (máx. 35; mín. 1; RIQ 4). En el diagnóstico se observó una gran variabilidad de las respuestas y uno de los reactivos logró un acuerdo de 45%. En cuanto al tratamiento, el mayor porcentaje de acuerdo fue de 58% para el uso de adrenalina y el de menor acuerdo de 2% para el tratamiento de desensibilización. Para el pronóstico, el 73% expresó acuerdo parcial o total de que a los dos años hay tolerancia a PLV; en el resto de los reactivos se observó variabilidad en las respuestas. Con respecto al conocimiento de APLV, 50% contestó que no conoce las guías y el 42% que sí; el 22% conoce la guía mexicana, el 20% la guía ESPGHAN, el 6% la guía NASPGHAN y el 2% la guía española. Se identificó una diferencia significativa en la práctica clínica en relación con las recomendaciones de guías tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.

Conclusiones: Se analizó la variabilidad de criterios para el diagnóstico y el tratamiento de APLV en médicos pediatras y residentes de pediatría. Los resultados muestran una gran diversidad en el tratamiento de la APLV y escasa adherencia a las guías, lo cual se corresponde con otros estudios internacionales. Este estudio representa un punto de partida para concretar acciones de educación médica continua, así como la difusión de guías y consensos internacionales; la finalidad es lograr la unificación de conocimientos teóricos y establecer el abordaje tras unificar los criterios en el personal de salud.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom101

MODIFICACIÓN DE LA MICROBIOTA INTESTINAL Y REDUCCIÓN DE SINTOMATOLOGÍA POSTERIOR A UN MES DE TRATAMIENTO ESTÁNDAR EN LACTANTES CON ALERGIA A LA PROTEÍNA DE LA LECHE DE VACA

A. L. Pardo-Gutiérrez, I. Medina-Vera, E. Montijo-Barrios, J. G. Reyes-García, J. García-Mena, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) es una de las alergias alimentarias más comunes en la primera infancia, con una prevalencia calculada de 2% a 3%. Se ha sugerido una estrecha relación entre el sistema inmunológico desequilibrado y la disbiosis en la microbiota intestinal desencadenada por antígenos dietéticos y se ha documentado que las fórmulas extensamente hidrolizadas pueden reducir los síntomas gastrointestinales y restablecer la microbiota intestinal debido a los mecanismos inmunológicos, ya que suprimen la respuesta de las células T impulsada por antígenos. **Objetivo:** Evaluar los síntomas clínicos y la microbiota intestinal al momento del diagnóstico y luego de un mes de tratamiento estándar.

Material y métodos: Estudio longitudinal, prospectivo y observacional, en el que se incluirá a 20 lactantes con APLV; dentro de los criterios de inclusión se incorporará a los participantes que lleven alimentación mixta (lactancia materna + fórmula extensamente hidrolizada) y que se diagnostiquen con la prueba de reto abierto para confirmar el diagnóstico de APLV. Como criterios de exclusión se planteó el inicio de alimentación complementaria y el consumo de antibióticos antes y después del tratamiento. Se evaluó a los pacientes al momento del diagnóstico y tras un mes del tratamiento. De manera basal y final se realizaron historia clínica enfocada en los síntomas relacionados con APLV y evaluación antropométrica y nutricional y se les pidió una muestra de heces para la determinación de la microbiota intestinal. Se utilizó el estadístico ji cuadrada para comparar la proporción de síntomas basales y a un mes de seguimiento. Los resultados se analizaron con el programa SPSS. Para el análisis de microbiota, las lecturas se fusionaron mediante Fastq y se procesaron a través de QIIME 2. Solo se retuvieron las lecturas de ILUMINA que tenían una puntuación promedio > 20. Las lecturas se asignaron a unidades taxonómicas operativas con el algoritmo de búsqueda de uso con un umbral de similitud del 97%, se alinearon con la base de datos Greengenes y se asignaron a los diferentes niveles taxonómicos con uso del *Ribosomal Database Project* con un nivel de confianza del 80%.

Resultados: Se ha evaluado a 17 pacientes con una edad promedio de $1,3 \pm 0,6$ meses; posterior al seguimiento se observó una mejoría de los síntomas clínicos: dificultad de deglución ($p = 0,001$), regurgitación ($p = 0,031$), cólicos ($p = 0,011$) y congestión nasal ($p = 0,001$). En relación con la microbiota intestinal se observó un incremento significativo de la diversidad (índice de Shannon de 2,72 [2,32-3,15] vs. 2,83 [2,58-3,65], $p < 0,005$). En cuanto al filo se registró una reducción significativa de actinobacterias y firmicutes D y en términos de la clase de *actinomycetia*, además de un aumento significativo de bacilos y en relación con la familia y el género, se identificó una disminución de *Bifidobacteriaceae* ($p < 0,05$). El informe obtenido de la dieta de las madres señaló que el consumo de energía se halló por debajo de la recomendación sugerida y además se observó un consumo deficiente de verduras, fibra, calcio y vitamina D ($p < 0,05$).

Conclusiones: Los hallazgos en este estudio establecen cambios en la abundancia y perfil de la microbiota intestinal en relación con la reducción de los síntomas gastrointestinales mediante un tratamiento regular con una fórmula extensamente hidrolizada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom102

DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA, CLÍNICA, DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ADENOCARCINOMA COLORRECTAL

J. L. Flores-Castillo, M. A. Zubieta-Burgos, V. E. Úbeda-Urbina, E. C. Pineda-Cely, E. C. Alba-Rodríguez, L. E. Juárez-Villegas, R. Vázquez-Frias, H. R. Moreno-Salgado, P. Valencia-Mayoral, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El carcinoma colorrectal (CCR) es el tercer cáncer más frecuente en adultos; solo 1% a 4% de los casos ocurre en pacientes menores de 25 a 30 años y es infrecuente en la edad pediátrica con una incidencia en Estados Unidos de 1,3 casos por millón de habitantes. Su presentación es inespecífica, lo que retrasa el diagnóstico y por tanto empeora el pronóstico y la sobrevida.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de cuatro pacientes pediátricos con adenocarcinoma colorrectal en un hospital pediátrico de México.

Informe de casos: Se describen los casos de cuatro pacientes con diagnóstico de CCR, 75% del sexo masculino, ninguno con antecedente familiar de CCR.

Tres de ellos tenían menos de un año de evolución desde su diagnóstico hasta su deceso. La manifestación clínica principal fue el dolor abdominal, en su mayoría (75%) con desnutrición grave. En tres casos, la colonoscopia identificó tumoración estenosante, ninguna con afectación del colon ascendente. El informe de histopatología reveló en 50% de los casos grado histológico G3 y en los restantes G2, además de un caso con necrosis. En la clasificación pTNM (tumor, ganglios y metástasis) todos eran mayores de T3, con compromiso ganglionar y metástasis. En relación con el tratamiento médico, el 75% cumplió esquema de quimioterapia, uno de ellos combinado con radioterapia. El 100% requirió intervención quirúrgica, aunque en uno no se practicó la resección tumoral; sin embargo, todos requirieron diferentes reintervenciones quirúrgicas. Dentro de las complicaciones, el 50% mostró abscesos intraabdominales, perforación y oclusión intestinal. De los tres pacientes que fallecieron, uno no era elegible para intervención quirúrgica y los otros dos murieron como efecto de metástasis a pesar de la quimioterapia; solo el cuarto completó el tratamiento y se mantiene en vigilancia (Tabla 1).

Discusión: El carcinoma colorrectal representa menos del 1% de las neoplasias en la población pediátrica y existen pocos informes de caso de edad

pediátrica en México y Latinoamérica; sin embargo, los pacientes informados en el mundo describen un mal pronóstico como se observó en esta serie con fallecimiento del 75% durante el tratamiento, junto con un diagnóstico tardío y una histología desfavorable. El 50% de los pacientes mostró un componente mucinoso, frecuencia similar a la del resto del mundo para la edad pediátrica y se ha relacionado con mala respuesta a la quimioterapia. En esta serie, un paciente logró entrar en vigilancia y destacó la ausencia de células en anillo de sello o componente mucinoso y la manifestación clínica fue el dolor abdominal agudo como se ha informado en otras series.

Conclusiones: El CCR es una alteración infrecuente y de mal pronóstico en la edad pediátrica; su presentación puede simular otras entidades gastrointestinales benignas y, dado que es infrecuente, no suele considerarse una posibilidad diagnóstica en estos pacientes, lo que retrasa su diagnóstico. Esta descripción de casos busca proporcionar información de la presentación, evolución, histología y tratamiento; el pronóstico de los pacientes fue sombrío, lo que refuerza la necesidad de ampliar los conocimientos de esta entidad con el objetivo de establecer guías diagnósticas y terapéuticas oportunas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Características clínicas, histológicas y terapéuticas de los pacientes con CCR. (Dom102)

Características clínicas				
	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad al diagnóstico	14 años	13 años	16 años	13 años
Tiempo de evolución	9 meses	1 mes	6 meses	SD
Dolor abdominal	Sí	Sí	Sí	Sí
Dolor rectal	Sí	No	No	SD
Hematoquecia	Sí	Sí	No	SD
Ascitis	No	Sí	No	SD
Estreñimiento	No	No	Sí	SD
Diarrea	Sí	No	No	SD
Náusea y vómito	No	Sí	Sí	SD
Pérdida de peso	Sí	No	Sí	SD
Desnutrición grave	Sí	Sí	Sí	SD
Hallazgos macroscópicos				
Por colonoscopia	Tumoración exofítica rectal	No realizado	Tumor estenosante	Tumor estenosante
Por laparotomía	Serosa blanquecina	Tumor gris violáceo	No	No
Localización	Recto y colon descendente	Colon transverso	A 80 cm del margen anal	A 10 cm del margen anal
Diámetro	10 cm	SD	5 x 3 x 1,5 cm	7 x 6 cm
Hallazgos histológicos				
Componentes	Mucinoso y células en anillo de sello	Células en anillo de sello	30% de componente mucinoso	Necrosis 30%
Infiltración	Serosa, mesenterio y epiplón	Peritoneo y diafragma	Grasa pericólica	Serosa, cara posterior de la vejiga
Líquido peritoneal	Positivo	Líquido de ascitis	SD	SD
pTNM al diagnóstico	T4a N1 Mx	T4a N1c M1c	T3 N1M0	T3 N1M0
Tratamiento quirúrgico				
Intervención inicial	Laparotomía exploradora con toma de biopsias	Laparotomía exploradora con toma de biopsia	Colonoscopia	Apendicectomía con visualización de tumor rectal
Antígeno carcinoembrionario	No	101 ng/mL	7,02 ng/mL	11,3 ng/mL
Número de intervenciones	6	2	2	6
Tratamiento médico				
Esquema de quimioterapia	Régimen FOLFIRI Dexametasona	No	Régimen FOLFIRI Dexametasona	Régimen FOLFLOX modificado CDDP
Radioterapia	No	No	No	25 ciclos a pelvis y lecho tumoral
Biológico	Bevacizumab Cetuximab	No	Bevacizumab Cetuximab	No
Ciclos	9 ciclos	Cero	11 ciclos. 5 ciclos posterior a recidiva	6 ciclos

ACE, antígeno carcinoembrionario; AFP, fetoproteína alfa; CCR, carcinoma colorrectal; CDDP, cisplatino; pTNM: tumor, ganglios y metástasis; SD, sin datos; régimen FOLFIRI, ácido folínico, 5-fluorouracilo, irinotecán; Régimen FOLFLOX, ácido folínico, fluorouracilo y oxaliplatino.

Dom103

AUSENTISMO ESCOLAR Y SOCIAL EN NIÑOS ENTRE 8 Y 18 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNOS DEL EJE CERE-BRO-INTESTINO

C. A. Velasco-Benítez, L. Rivadeneira, J. C. Herrera, Grupo Colaborativo: Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú; Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción: La prevalencia en escolares y adolescentes para presentar algún trastorno del eje cerebro-intestino (TECI) se ha registrado en un 23% en el mundo. En Colombia, en niños de 8 a 18 años, por dolor abdominal, se ha descrito la ausencia escolar hasta en un 50,7% e interferencia para realizar actividades sociales en el 12,6%. En Perú se desconoce la prevalencia de TECI en este grupo etario, así como su posible relación con ausentismo escolar y social.

Objetivo: Determinar la prevalencia de TECI en niños de ocho a 18 años de una institución educativa pública (IEP) de Lima, Perú, a partir del Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos en español (QPGS-IV, por sus siglas en inglés) y su posible nexo con ausentismo escolar y social.

Material y métodos: Se utilizó el QPGS-IV para identificar TECI. Se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas (edad, sexo, raza), clínicas (estado nutricional), ausentismos (escolar o social) e intensidad del signo causante del ausentismo escolar.

Resultados: Se incluyó a 370 niños de ocho a 18 años ($13,2 \pm 2,5$ años, 58,1% adolescentes, 55,7% masculinos, 83,9% mestizos, 34,5% desnutridos, 7,6% talla alterada). La prevalencia para presentar algún TECI fue de 37,8% y los más frecuentes fueron el estreñimiento funcional (22,4%), la dispepsia (8,7%) y el síndrome de intestino irritable (4,1%). Se registró ausencia escolar en 51,9% y ausencia social en 40,2%. Los principales síntomas digestivos para la ausencia escolar fueron el dolor abdominal (28,1%), la náusea (18,8%) y el vómito (18,2%). Se identificó una relación entre presentar algún TECI y la ausencia social (OR = 2,06; IC95% = 1,30-3,26; $p = 0,0010$), sobre todo con el síndrome de intestino irritable (OR = 4,35; IC95% = 1,25-19,04; $p = 0,0074$).

Conclusiones: Cerca del 40% de estos niños de ocho a 18 años sufrió algún TECI, el principal de los cuales fue el EF, con ausencias escolares y sociales en más del 40% de los casos y cuyo principal síntoma de ausencia escolar fue el dolor abdominal. Esta es una posible vinculación entre tener algún TECI y el ausentismo social, principalmente en niños con síndrome de intestino irritable.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom104

ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN ESCOLARES COLOMBIANOS CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL DE UN COLEGIO PÚBLICO RURAL

D. A. Velasco-Suárez, M. Higuera, J. Higuera, C. A. Velasco-Benítez, Grupo Colaborativo: Universidad El Bosque, Bogotá; Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción: El estreñimiento funcional (EF), principal trastorno del eje cerebro-intestino (TECI), posee en escolares una prevalencia de 10,7% en Colombia y 12,0% en el plano mundial y puede relacionarse con baja calidad de vida, ansiedad y depresión.

Objetivo: Determinar la presencia de ansiedad, depresión y calidad de vida en escolares con EF y sus posibles nexos con un colegio público rural colombiano.

Material y métodos: Estudio de prevalencia en escolares y adolescentes de una institución educativa pública del municipio colombiano de Corozal, Atlántico, a quienes se les realizó el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV en español para identificar algún TECI, así como *Promis Anxiety*, *Promis Depression* y el *PedsQL 4.0* para identificar ansiedad, depresión y calidad de vida. Se consideraron variables sociodemográficas, clínicas y nutricionales. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central y análisis bivariado por medio del cálculo de OR con su respectivo IC95%; se consideró significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 265 niños de 10 a 18 años ($14,4 \pm 2,1$ años, 70,2% adolescentes, 59,6% masculinos, 45,7% mestizos) de una institución educativa

pública de Corozal, Colombia. Hasta 40,3% nació por cesárea, 15,1% correspondió a prematuros y 16,7% desnutridos según el IMC, 11,1% con talla alterada según TE, 20,6% con ansiedad y 36,8% con depresión. Se identificó algún TECI en el 26,8%; el principal TECI fue el EF en un 24,9%. No hubo vinculación entre EF, variables sociodemográficas, clínicas, nutricionales ($p > 0,05$), ansiedad (OR = 0,82; IC95% = 0,36-1,92; $p = 0,6059$), depresión (OR = 0,55; IC95% = 0,28-1,06; $p = 0,0550$) o compromiso de la calidad de vida psicosocial ($p = 0,3069$) o física ($p = 0,4541$).

Conclusiones: La prevalencia de EF en escolares colombianos de este colegio público del área rural de la Costa Atlántica duplica por lo menos lo notificado antes en Colombia y en el mundo entero, sin que este principal TECI esté vinculado con ansiedad, depresión o compromiso de su calidad de vida.

Financiamiento: Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica LASPGHAN.

Dom105

CAMBIOS EN EL PATRÓN EVACUATORIO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. P. Moreno-Rivas, A. Valdés-Cervantes, C. A. Zapata-Castilleja, I. A. Cura-Esquivel, K. D. Guzmán-Avilán, G. D. Hernández-Gómez, E. Duarte-Reséndiz, V. D. Olivas-Cabral, J. L. Rodríguez-Díaz, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El estreñimiento es una entidad clínica caracterizada por una disminución de la frecuencia de las evacuaciones, retención de heces, evacuaciones dolorosas o duras, heces de gran tamaño e incontinencia fecal. El diagnóstico se basa aún en los criterios de Roma IV. Se ha establecido una prevalencia mundial de estreñimiento en la población pediátrica de 0,7% a 29,6%. Además, es motivo de derivación al especialista en gastroenterología pediátrica en 25% de los casos.

Objetivo: Comparar el patrón evacuatorio antes del internamiento con el observado luego de 72 horas de internamiento en pacientes de cuatro a 15 años en el área de hospitalización de pediatría del Hospital Universitario José Eleuterio González.

Material y métodos: Estudio clínico analítico, longitudinal, observacional y prospectivo. Se incluyó a pacientes de cuatro a 15 años hospitalizados en el área de pediatría con más de 72 horas de internamiento; posteriormente se aplicó una encuesta en la que se recabaron datos epidemiológicos de cada uno, así como su patrón evacuatorio previo y actualizado al día del interrogatorio, además de antecedentes e información sobre el internamiento tomado del expediente clínico. Los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes para variables categóricas mediante un análisis bivariado.

Resultados: Se incluyó a 69 pacientes en los que se identificó una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) de los datos recolectados antes y durante la hospitalización, tanto en el patrón evacuatorio como en el número de evacuaciones referidas por las unidades de estudio. Se registró un aumento de la tendencia de prolongación a un mayor número de días entre una evacuación y otra, así como el decremento de la suma de los intervalos en el número de evacuaciones descritas por día. También se demostró una relación entre el ayuno mayor de 24 horas e inmovilización con la presencia de cambios en el patrón evacuatorio.

Conclusiones: El ayuno mayor de 24 horas y la inmovilización fuera de cama elevan cuatro veces el riesgo de padecer alteraciones del patrón evacuatorio en niños y adolescentes luego de 72 horas de internamiento. Por lo tanto, es necesario considerar la vigilancia en los pacientes en quienes se anticipa un internamiento prolongado y que además podrían incurrir en cualquiera de estas situaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom106

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DISPEPSIA FUNCIONAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA DEL 2015-2022

A. J. Hernández-López, E. M. Toro-Monjaraz, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La dispepsia funcional (DF) es un síndrome gastrointestinal con síntomas crónicos como dolor abdominal y saciedad tempranas, sin causas estructurales claras tras evaluaciones exhaustivas. A pesar de los avances en su definición, incluidos los criterios de Roma IV, su causa exacta es aún desconocida, aunque se ha postulado una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los estudios recientes han revelado alta prevalencia de trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión en pacientes con DF, lo que sugiere una vinculación bidireccional entre estas enfermedades y los trastornos gastrointestinales funcionales. La comprensión de esta relación puede mejorar el diagnóstico y personalizar las estrategias terapéuticas, al tratar de modo integral los aspectos físicos y psicológicos de la enfermedad.

Objetivo: Estudiar la relación entre enfermedades psiquiátricas y dispepsia funcional en pacientes del Instituto Nacional de Pediatría entre 2015 y 2022. Además, identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes en pacientes con dispepsia funcional en el Instituto Nacional de Pediatría durante el periodo mencionado. Evaluar la relación entre la presencia de enfermedades psiquiátricas y el desarrollo de dispepsia funcional en esta población.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo y transversal en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2015 y 2022, mediante el código CIE 10 K30X para identificar a pacientes con dispepsia funcional. De los 48 individuos identificados, se excluyó a aquellos sin evaluación por gastroenterología pediátrica o con diagnóstico diferente, para incluir al final a 27 pacientes. Para el grupo de control de 34 pacientes considerados sanos de manera inicial se aplicó un cuestionario de dos partes: la primera con los criterios de Roma IV para descartar síntomas de dispepsia funcional y la segunda para investigar sobre enfermedades psiquiátricas diagnosticadas. Se empleó estadística descriptiva para analizar datos demográficos y variables cuantitativas (edad, talla, peso e IMC); las cualitativas se expresaron mediante proporciones y porcentajes. Esto permitió determinar la frecuencia de enfermedades psiquiátricas entre los pacientes con y sin dispepsia funcional y se identificaron las más prevalentes. Por último, se utilizó la prueba ji cuadrada para evaluar la relación entre enfermedades psiquiátricas y dispepsia funcional.

Resultados: Del grupo estudiado, el 55,56% correspondió a mujeres y el 44,44% a hombres. La edad promedio de diagnóstico de dispepsia fue de 12,63 años. Del total de pacientes con dispepsia funcional, el 59,26% presentó comorbilidades psiquiátricas y las anomalías más comunes fueron el trastorno de ansiedad generalizada (26%) y el trastorno depresivo mayor (22%). Se realizó la prueba ji cuadrada para analizar la vinculación entre la dispepsia funcional y las enfermedades psiquiátricas; se obtuvo así un valor de 7,98, lo cual es mayor al valor crítico para 1 grado de libertad con significancia de 95%, por lo que se rechazó la hipótesis nula; en consecuencia, puede afirmarse que sí existe nexo entre las enfermedades psiquiátricas y la dispepsia funcional.

Conclusiones: La dispepsia funcional se relaciona con tasas elevadas de trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, por lo que es importante considerar aspectos psicológicos en el tratamiento de este padecimiento. A través de pruebas de relación se encontró que la dispepsia funcional y los trastornos psiquiátricos están vinculados, sin poder esclarecer la relación causal entre los trastornos psiquiátricos y la dispepsia funcional por el tipo de estudio conducido. Son necesarias investigaciones futuras para mejorar el enfoque clínico y terapéutico en este grupo de pacientes.

Financiamiento: Ninguno.

Dom107

DISFAGIA FUNCIONAL EN NIÑOS ENTRE 10 Y 18 AÑOS DE EDAD

D. A. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, V. Campeón-Cruz, Grupo Colaborativo: Grupo de Investigación Gastrohnp, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción: En adultos, según los criterios de Roma IV, el diagnóstico de disfagia funcional (DF) requiere endoscopia, pH/impedanciometría y manometría para descartar anomalías estructurales o mucosas del esófago, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica o trastornos motores esofágicos mayores. En niños, la DF aún no está considerada dentro de los criterios de Roma.

Objetivo: Determinar la prevalencia de DF en niños de 10 a 18 años de un colegio público de Corozal, Colombia, a partir del Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos versión en español (QPGS-IV).

Material y métodos: Se utilizó el QPGS-IV para identificar los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) y para el diagnóstico de DF se tomó en cuenta que el niño refiriera durante al menos dos meses la sensación de que los alimentos o bebidas durante cuatro o más días a) quedaran atrapados en el pecho después de su deglución o b) descendieran lentamente. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central como promedio, desviación estándar y porcentajes. La consistencia interna de las nuevas preguntas incluidas en el QPGS-IV se calculó tras considerar el alfa de Cronbach (α) como muy alto (0,81-1,00), alto (0,61-0,80), moderado (0,41-0,60), bajo (0,21-0,40) y muy bajo (0,01-0,20).

Resultados: Durante la entrevista, ningún niño presentó anomalías estructurales o mucosas del esófago, enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica o alteraciones motoras esofágicas mayores. Se incluyó a 265 niños de 10 a 18 años ($14,4 \pm 2,1$ años, 70,2% adolescentes, 59,6% varones, 45,7% mestizos, 16,7% desnutridos, 11,1% alteración de talla). La prevalencia de presentar algún TECI fue del 26,8% y los más frecuentes fueron el estreñimiento funcional (EF) (24,2%) y los relacionados con náusea y vómito (1,5%). La DF se identificó mediante el QPGS-IV ($\alpha = 0,7878$) en 2 (0,8%) niños de 15,7 $\pm$ 0,5 años, adolescentes ($n = 2$), niñas ($n = 1$), nativos ($n = 2$), eutróficos para IMC ($n = 2$) y altura alterada ($n = 1$).

Conclusiones: Una tercera parte de los niños de 10 a 18 años mostró algún TECI, el más frecuente de los cuales fue el EF; la DF se identificó en 0,8%, por lo que debe considerarse dentro de los criterios de Roma, sobre todo en adolescentes nativos y eutróficos por IMC.

Financiamiento: No se recibió ninguno financiamiento.

Dom108

LA MENTE SOBRE EL ESÓFAGO: COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS EN TRASTORNOS FUNCIONALES ESOFÁGICOS

M. C. Guillén-Guerrero, E. M. Toro-Monjaraz, F. E. Zárate-Mondragón, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, K. Ignorosa-Arellano, M. C. Martínez-Soto, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La enfermedad por reflujo gastroesofágico se clasifica como enfermedad por reflujo erosivo o no erosivo (ERNE), según sean los hallazgos endoscópicos de la mucosa esofágica. La ERNE se subdivide en ERNE verdadera, caracterizada por una exposición anormal del esófago al ácido en la vigilancia de pH-impedancia; hipersensibilidad al reflujo, en la cual hay una exposición normal del esófago al ácido, pero una correlación positiva entre los síntomas y los episodios de reflujo; y pirosis funcional, en la que no existe una exposición patológica al ácido ni tampoco existe correlación positiva con los síntomas. Aunque múltiples factores contribuyen a la fisiopatología de la ERGE, en fecha reciente ha ganado interés la vinculación de esta entidad con trastornos psiquiátricos. Algunos estudios en adultos han notificado un nexo entre los trastornos esofágicos funcionales, específicamente la pirosis funcional, y los trastornos psiquiátricos, como ansiedad y depresión.

Objetivo: Comparar la presencia de trastornos psiquiátricos entre todos los fenotipos de ERNE en pacientes pediátricos con afecciones por reflujo esofágico no erosivo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, analítico y descriptivo en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México que incluyó a niños referidos al servicio de gastroenterología y nutrición por reflujo gastroesofágico desde enero de 2015 hasta diciembre de 2023. Participaron pacientes con mucosa esofágica normal en el estudio endoscópico que contaban con vigilancia completa de pH-impedancia de al menos 18 horas de duración. Se extrajeron los diagnósticos psiquiátricos de estos pacientes de la valoración por salud mental registrada en el expediente electrónico. Para el objetivo principal se utilizó la prueba ji cuadrada y se consideró significativo un valor de $p < 0,05$, además de calcular el riesgo relativo.

Resultados: Se incluyó a 42 pacientes, 18 masculinos (42,8%) y 24 femeninos (57,1%). Doce pacientes tuvieron ERGE verdadera (siete niños y cinco niñas, edad mínima de cinco años y máxima de 18 años), 19 diagnóstico de hipersensibilidad al reflujo (ocho niños y 11 niñas, edad mínima de cinco años y máxima de 18) y 11 pirosis funcional (tres niños y ocho niñas, edad mínima de siete años y máxima de 18). Los síntomas más referidos fueron regurgitación, acidez, náusea, vómito, dolor torácico, saciedad temprana, dolor abdominal, epigastalgia, hipo, disfagia y tos. Los diagnósticos psiquiátricos incluyeron trastorno de ansiedad generalizada en 7 (16%) pacientes, trastorno

por déficit de atención e hiperactividad en 1 (2,3%), somatización en 1 (2,3%), trastorno disfórico premenstrual en 1 (2,3%), depresión en 2 (4,7%), trastorno mixto de ansiedad y depresión en 4 (9,5%), alteración del neurodesarrollo en 2 (4,7%), trastorno somatomorfo en 1 (2,3%), trastorno de conducta no especificado en 1 (2,3%); 22 pacientes no contaron con ningún diagnóstico psiquiátrico. Se analizó la presencia o ausencia de trastornos psiquiátricos en los distintos fenotipos de ERNE además del riesgo relativo, lo cual se resume en la Tabla 1.

Conclusiones: A pesar de no identificar diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de trastornos psiquiátricos entre los distintos tipos de ERNE y tener trastornos esofágicos funcionales, no aumentó el riesgo de enfermedades psiquiátricas. El hallazgo de una mayor proporción de trastornos psiquiátricos en esófago hipersensible y pirosis funcional muestra la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios prospectivos en esta área que permitan tener un mayor control sobre las variables de estudio.

Financiamiento: No se contó con ningún financiamiento.

Fenotipo ERNE	Trastorno psiquiátrico		Ji cuadrada		Riesgo	
	Sí	No	Valor	p	Valor	IC
ERNE verdadero vs. hipersensibilidad al reflujo	4 (33,3%)	8 (66,6%)	1,106	0,293	0,450	0,1-2,018
	10 (52,6%)	9 (47,3%)				
ERNE verdadero vs. pirosis funcional	4 (33,3%)	8 (66,6%)	1,051	0,305	0,417	0,077-2,25
	6 (54,5%)	5 (45,4%)				
Hipersensibilidad al reflujo vs. pirosis funcional	10 (52,6%)	9 (47,3%)	0,010	0,919	0,926	0,209-4,108
	6 (54,5%)	5 (45,4%)				

Dom109

MALACOPLAQUIA INTESTINAL, REPORTE DE 2 CASOS

S. A. Leal-Cortés, E. S. García-Cárdenas, M. J. López-Zavaleta, J. A. García-Aranda, Hospital Infantil de México

Introducción: La malacoplaquia, una rara enfermedad granulomatosa crónica, se caracteriza por acumulación de histiocitos con inclusiones citoplasmáticas de bacterias parcialmente digeridas (cuerpos de Michaelis Gutmann), con tinciones de PAS y von Kossa positivas. Existen pocos casos registrados en niños y menos aún relacionados con otras comorbilidades. Se presentan dos casos clínicos de malacoplaquia intestinal.

Objetivo: Describir el espectro clínico de la malacoplaquia intestinal, tratamiento y abordaje realizado, ya que la evidencia notificada es escasa.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente masculino de 11 años con diagnóstico de malacoplaquia colónica tratado con betanecol y vitamina C, y cuya evolución fue buena. Tres años después ingresa por edema en extremidades y ascitis al suspender el tratamiento. Laboratorio: leucopenia, linfopenia e hipoalbuminemia, y excreción de albúmina marcada con Cr51 (8,85%). Endoscopia: mucosa hiperémica y zonas de aspecto granular blanquecinas en duodeno. Biopsia intestinal: edema y congestión de la mucosa, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, sin cuerpos de Michaelis Gutmann; microscopia electrónica normal. Egresos con dieta hiperproteica, betanecol y vitamina C.

Caso 2: Paciente masculino de 13 años que inicia los tres años con diarrea sanguinolenta. Colonoscopia: múltiples nódulos > 1 mm, ápice denudado y sangrado, en colon ascendente con pólipo > 2 mm. Biopsia: hiperplasia folicular linfoide, numerosos macrófagos de citoplasma espumoso con esférulas (+) para tinción de von Kossa (Figura 1); se indican ciprofloxacina y vitamina C. En la colonoscopia de control a los seis meses persisten nódulos; la biopsia no revela hallazgos de malacoplaquia. Múltiples episodios de prolapso rectal que exigen pexia rectal. Persisten los síntomas intestinales ocasionales (diarrea y sangrado); las endoscopias subsecuentes muestran hiperplasia nodular linfoide sin datos histológicos de malacoplaquia; y se agregan al cuadro intestinal neumonías recurrentes y bronquiectasias. Se inicia entonces protocolo de estudio para error congénito de la inmunidad. Secuenciación

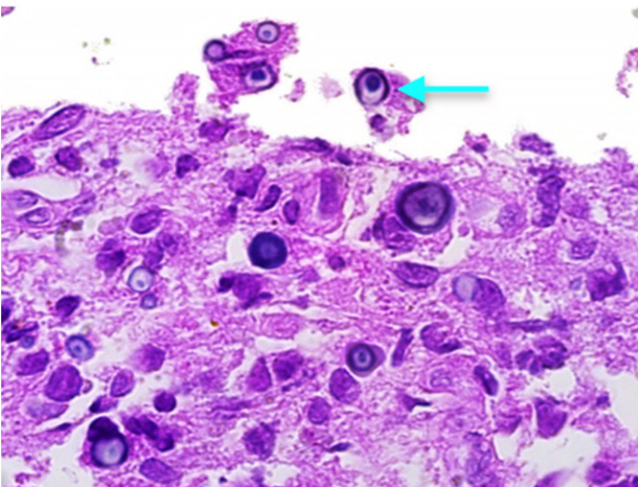
genética: mutación *PI3KCD* (*APDS1*), inmunodeficiencia combinada no grave. Se trata con inmunoglobulina humana y sirolimus. No se consigue la remisión de los síntomas, de manera que se ajusta el sirolimus para lograr efectos terapéuticos.

Discusión: En los casos de malacoplaquia, el tracto gastrointestinal es el segundo sitio más afectado, en particular recto y sigmoides. Las teorías de su desarrollo postulan una respuesta inmunitaria anormal y una función lisosomal defectuosa con actividad bactericida deteriorada debido a la disminución del cGMP o proceso bacteriano específico (*E. coli* más relacionado). Se vincula con estados de inmunosupresión, colitis ulcerosa, adenocarcinoma de colon, cirrosis, tuberculosis e hiperplasia linfoide, por lo que debe sospecharse en todo paciente con estas comorbilidades que presente diarrea, dolor abdominal, sangrado, obstrucción intestinal, estreñimiento y lesiones endoscópicas indicativas: pólipos, ulceraciones, placas y masas posiblemente malignas. Se identificó otro caso con enteropatía perdedora de proteínas y tuberculosis, pero sin relación con este tipo de inmunodeficiencia, en el que se identificó hiperplasia linfoide causante de diarrea, sangrado y prolapso rectal, lo que explicó quizá la evolución del segundo paciente. Los antibióticos (TMP, rifampicina, quinolonas) son eficaces y curativos al eliminar las bacterias intracelulares. El betanecol (que eleva las cifras de cGMP) mejora la actividad bactericida de los lisosomas defectuosos. Sin embargo, la vinculación con otro tipo de entidades determina el pronóstico.

Conclusiones: La malacoplaquia intestinal es una enfermedad rara en la que el trabajo de patología es clave para su detección. Si bien la afectación del tracto gastrointestinal es frecuente y los síntomas suelen ser exclusivos de este sistema, se debe extender la búsqueda de otras afecciones, incluidos los errores innatos de la inmunidad, sobre todo en niños.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Figura 1. Biopsia colónica: cuerpos de Michaelis Gutmann (flecha azul). (Dom109)



Dom110

DIARREA FUNCIONAL EN NIÑOS ENTRE LOS 8 Y 18 AÑOS DE EDAD

D. A. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, A. Balda, S. Arrizabalo, M. Saps, Grupo Colaborativo: Universidad del Valle, Cali, Colombia; University of Miami Miller School of Medicine, Miami, Estados Unidos

Introducción: La diarrea funcional (DF) es común en niños pequeños y adultos. En pediatría, los criterios de Roma definen la DF como un trastorno presente en niños menores de cinco años exclusivamente. Sin embargo, en la práctica clínica, los escolares y adolescentes consultan en ocasiones por síntomas que simulan el diagnóstico de diarrea funcional.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de DF en niños y adolescentes colombianos en edad escolar.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal en niños de ocho a 18 años de dos colegios de Colombia. Los niños completaron el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátrico Roma IV (QPGS-IV) previamente validado

al español para diagnosticar trastornos del eje cerebro-intestino (TECI), de acuerdo con su grupo de edad y las preguntas relacionadas con DF del cuestionario de Roma IV para lactantes y preescolares.

Resultados: Después de excluir a los niños con enfermedades orgánicas y síndrome de intestino irritable con diarrea, se incluyó a 981 participantes (mujeres 53,8%, mestizos 52,6%). Hasta 325 de 981 (33,1%) participantes presentaban algún TECI. De estos, 17 (5,2%) niños se diagnosticaron con DF (tres participantes de ocho a 12 años; 14 de 13 a 18 años). El análisis por raza/etnia mostró que ninguno de los niños con DF era indígena.

Conclusiones: A pesar de la exclusión de la DF en los criterios de Roma IV para escolares y adolescentes, el 5,2% de ellos de ocho a 18 años cumplió con criterios diagnósticos para DF. Este estudio sugiere que la DF aparece en niños y adolescentes. Si se confirma en futuros estudios, el diagnóstico de DF debe considerarse en futuras ediciones de los criterios de Roma para niños de todas las edades.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Dom111

PROCTALGIA FUGAZ EN NIÑOS ENTRE 10 Y 18 AÑOS DE EDAD

D. A. Velasco-Suárez, C. A. Velasco-Benítez, V. Campeón-Cruz, Grupo Colaborativo: Grupo de Investigación Gastrohnp; Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción: En adultos, la proctalgia fugaz forma parte de los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI), se calcula que afecta a 4% a 18% de la población general y es más común en mujeres. En niños se desconoce la prevalencia de esta entidad y sus posibles características sociodemográficas. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de proctalgia fugaz en niños de 10 a 18 años de un colegio público de Corozal, Colombia, con base en el Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos versión en español (QPGS-IV).

Material y métodos: Se utilizó el QPGS-IV para identificar los TECI y, para la proctalgia fugaz, se agregaron algunas preguntas. Debían estar presentes todas las condiciones siguientes: episodios recurrentes de dolor localizados en el recto y sin relación con la defecación al menos una vez al mes, de 1 a 30 minutos de duración, durante dos meses de evolución, y con periodos de normalidad entre los episodios. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central como promedio, desviación estándar y porcentajes. La consistencia interna de las nuevas preguntas incluidas en el QPGS-IV se calculó tras considerar el alfa de Cronbach (α) como muy alto (0,81-1,00), alto (0,61-0,80), moderado (0,41-0,60), bajo (0,21-0,40) y muy bajo (0,01-0,20). **Resultados:** Ningún niño mostró enfermedad inflamatoria intestinal, abscesos, fisuras, hemorroides o alteraciones estructurales importantes de la zona pélvica. Se incluyó a 265 niños de 10 a 18 años ($14,4 \pm 2,1$ años, 70,2% adolescentes, 59,6% masculinos, 45,7% mestizos, 16,7% desnutridos, 11,1% alteración de altura) sin estreñimiento funcional (EF) ni incontinencia fecal no retentiva. La prevalencia de presentar algún TECI fue del 28,3% y el EF fue el más frecuente (24,9%). La proctalgia fugaz se identificó mediante el QPGS-IV ($\alpha = 0,7691$) en 4 (1,5%) niños de $15,8 \pm 0,5$ años, adolescentes ($n = 4$), niñas ($n = 2$), afrodescendientes ($n = 4$), y eutróficos para IMC y talla para la edad ($n = 4$).

Conclusiones: Una tercera parte de los escolares y adolescentes presentó algún TECI, en especial EF, y la proctalgia fugaz se reconoció en el 1,5%, por lo que debe considerarse como un TECI, sobre todo en adolescentes eutróficos y afroamericanos.

Financiamiento: No se dispuso de ningún financiamiento.

Dom112

TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO EN PRE-TÉRMINOS DE UN PROGRAMA CANGURO

D. A. Velasco-Suárez, N. Ávila, C. A. Velasco-Benítez, C. A. Jiménez-Fernández, Grupo Colaborativo: Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Introducción: Los trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) en individuos < 4 años se presentan en el 22,0% y los principales son estreñimiento (EF) (9,0%),

regurgitación (8,0%) y cólico (3,0%). Se desconoce la prevalencia de estos en recién nacidos de pretérmino (RNP) pertenecientes a un programa canguro.

Objetivo: Determinar la prevalencia de TECI en pacientes < 36 meses del programa canguro del Hospital Universitario del Valle (HUV) de Cali, Colombia, por medio del Cuestionario para Síntomas Digestivos Pediátricos Roma IV (QPGS-IV) y sus posibles relaciones.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo no experimental de tipo prevalencia y de corte transversal realizado en los cuidadores de RNP por medio del QPGS-IV para identificar TECI. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, familiares y nutricionales. El análisis estadístico incluyó medidas de tendencia central, análisis univariado y bivariado, con el cálculo de los OR con sus respectivos IC95%, y un valor significativo de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó a 281 pacientes < 36 meses ($7,8 \pm 7,8$; 78,3% < 12; 50,9% femeninos; 37,4% mestizos; 42,0% RNP superextremos). Mostró algún TECI el 22,8% con el siguiente orden de frecuencia: 10,3% EF; 7,1% regurgitación; 2,1% cólico y disquécia, respectivamente; 0,7% rumiación; y 0,4% diarrea, con coexistencia de TECI en un 3,6%; el más frecuente fue el EF junto con regurgitación (2,1%). Se observó una mayor oportunidad de desarrollar algún TECI en los sujetos de 25 a 36 meses de edad (OR = 5,28; IC95%, 0,58-64,12; $p = 0,0452$) y en los desnutridos según el IMC (OR = 2,26; IC95%, 0,94-5,62; $p = 0,0044$). Para el EF fue mayor la oportunidad en los que recibían alimentación complementaria (OR = 2,84; IC95%, 1,19-7,11; $p = 0,0087$) y sufrían comorbilidades (OR = 2,73; IC95%, 1,08-6,59; $p = 0,0126$; como factores protectores se identificaron la lactancia materna (OR = 0,37; IC95%, 0,15-0,90; $p = 0,0124$) y el seguimiento clínico (OR = 0,3; IC95%, 0,10-0,77; $p = 0,0058$).

Conclusiones: Cerca de una cuarta parte de los pacientes < 36 meses con antecedente de ser RNP, pertenecientes al programa canguro del HUV, mostró algún TECI; el más frecuente fue el EF, que se vinculó con los niños de dos a tres años, administración de alimentación complementaria y presencia de comorbilidades; fueron factores protectores la lactancia materna y el seguimiento clínico.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom113

EXPLORANDO LA CONEXIÓN ENTRE DISQUECIA INFANTIL Y ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

Q. Veloz-Corona, E. M. Toro-Monjaraz, F. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. Ramírez-Mayans, K. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadenal-León, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) se definen como un conjunto de síntomas recurrentes o crónicos sin causa aparente que no se explican por anomalías estructurales o bioquímicas. En recién nacidos y niños pequeños, estos síntomas son con frecuencia dependientes de la edad. La disquécia es común en lactantes y se ha investigado de modo insuficiente. Persiste la interrogante: ¿su evolución es uniforme en todos los niños, dado que algunos individuos con este diagnóstico pueden desarrollar estreñimiento más adelante? Por lo tanto, se necesita confirmar o refutar el comportamiento de este síntoma.

Objetivo: Observar el conocimiento informado sobre estreñimiento funcional y determinar si existe o no el antecedente de disquécia.

Material y métodos: Análisis de la diferencia en la proporción de frecuencia de disquécia en edades tempranas y estreñimiento funcional en edades posteriores en niños de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico. Se seleccionó a 38 pacientes de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de estreñimiento funcional y se revisaron sus expedientes clínicos para determinar la presencia o ausencia de un antecedente de disquécia. De igual forma, se incluyó a 38 pacientes de un hospital de tercer nivel sin diagnóstico de estreñimiento funcional y se revisaron sus expedientes clínicos para establecer la presencia o ausencia de un antecedente de disquécia. Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de estreñimiento funcional del servicio de gastroenterología y nutrición y del servicio de cirugía general y pacientes sin diagnóstico de estreñimiento funcional de otro servicio cualquiera en un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México. Criterios de exclusión: pacientes con enfermedades orgánicas del tracto digestivo bajo que tuvieran estreñimiento secundario. La distribución de las variables se evaluó mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov. Las variables categóricas se compararon mediante el estadístico ji cuadrada. Los datos se analizaron con el programa SPSS.

Resultados: El cálculo del riesgo muestra una relación significativa entre estreñimiento y disquecia. Los pacientes con estreñimiento tienen 50% más probabilidad de experimentar este desenlace en comparación con aquellos sin estreñimiento. Una relación de momios (OR) de 1,5 para los pacientes con estreñimiento sugiere que tienen 1,5 veces más probabilidad de mostrar el desenlace estudiado en comparación con los pacientes sin estreñimiento (Tabla 1).

Conclusiones: Este estudio confirma una vinculación significativa entre estas dos variables, lo que indica que la disquecia en edades tempranas se relaciona con el desarrollo de estreñimiento funcional en edades posteriores. Por lo tanto, este hallazgo sugiere que la disquecia no tiende a desaparecer con el tiempo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Número de pacientes con y sin diagnóstico de estreñimiento y número de pacientes con y sin antecedente de disquecia. (Dom113)			
	Sí	No	Total
Sí	29	5	34
No	9	33	42
Total	38	38	76

Dom114

ASOCIACIÓN DE NIVELES DE VITAMINA D CON LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

E. L. Tribouillier-Espinoza, K. R. Ignorosa-Arellano, J. F. Cadena-León, F. E. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: Las enfermedades inflamatorias intestinales (EII) como la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerativa (CU) son afecciones crónicas que comprometen al tracto gastrointestinal. La patogenia y las causas no son totalmente claras y se ha planteado que intervienen factores ambientales, genéticos e inmunológicos. Además de lo anterior, los pacientes con EII suelen presentar deficiencias de micronutrientes, como vitamina B₁₂, folatos, hierro y en particular vitamina D. Los estudios recientes sugieren un papel importante de la vitamina D en la inmunomodulación y la respuesta a los patógenos; otros han demostrado una relación entre la actividad de la EII y el riesgo de hospitalización y cirugías con los valores disminuidos de vitamina D. Se clasifican como valores suficientes de vitamina D aquellos con un valor > 30 ng/mL, insuficientes de 20 a 30 ng/mL y deficientes < 20 ng/mL.

Objetivo: Describir la relación de las cifras de vitamina D con el grado de actividad en los pacientes con EII, tipo de CU, ya que es el diagnóstico más frecuente de esta población.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 36 pacientes con diagnóstico de EII atendidos en el servicio de gastroenterología del Instituto Nacional de Pediatría en el periodo comprendido entre 2018 y 2024. Del total de pacientes se excluyó a cinco con diagnóstico de EC y se incluyó a 31 con diagnóstico de CU. El tipo de estudio es observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Las variables analizadas fueron edad, sexo, gravedad del brote (leve, moderado y grave) según la puntuación de PUCAI (*Pediatric ulcerative colitis activity index*) y valores de vitamina D expresados en ng/mL. También se registraron los valores de hemoglobina (Hb), plaquetas, albúmina, velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR), los cuales se han descrito como marcadores de gravedad. La información se recolectó de expedientes clínicos y luego se creó una base de datos en Microsoft Excel y se analizó con medidas de frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia

Tabla 1. (Dom114)						
PUCAI (n = 31)	Vitamina D (ng/mL)	Hb (g/dL)	Plaquetas(10 ³ u/L)	Albúmina (g/dL)	VSG (g/dL)	PCR (mg/dL)
Leve (4)	21,9 (5,5-59)	11,7 (8,7-13,8)	309 000 (213-359 000)	3,9 (3-4,5)	0,9 (9-50)	25,5 (0,3-2,8)
Moderado (17)	23,7 (14,9-43)	12,1 (4,6-15,5)	417 000 (65-803 000)	3,7 (1,7-4,8)	1,7 (5-68)	23,8 (0,2 -19,1)
Grave (10)	17,5 (7,2-37,2)	10,5 (6,4-17,6)	380 000 (43-832 000)	3,5 (1,7-4,3)	3,4 (3-54)	28,9 (0,3-15,5)

Fuente: base de datos de los investigadores.

central para valorar la media y coeficiente de Pearson para establecer la relación entre la gravedad del brote y las cifras de vitamina D.

Resultados: Del total de 31 pacientes con diagnóstico de CU, se clasificó en brote leve a cuatro pacientes, 75% correspondió al sexo masculino, con una media de edad de 132 meses, y valores de vitamina D promedio de 21,9 ng/mL (insuficiencia). En brote moderado se encontró a 17 pacientes, de los cuales el 53% correspondió al sexo femenino, con una media de edad de 118 meses y cifras de vitamina D promedio de 23,7 ng/mL (insuficiencia). En cuanto al grupo que mostró un brote grave, se identificó a 10 pacientes, 70% del sexo femenino, con una media de edad de 151 meses y valores de vitamina D promedio de 17,5 ng/mL (deficiencia). El valor R del coeficiente de Pearson entre el PUCAI y las cifras de vitamina D fue de -0,68, lo que establece una correlación negativa moderada (cuanto mayor es la puntuación de PUCAI, menor es el valor de vitamina D). El resto de las variables se presenta en la Tabla 1.

Conclusiones: En los pacientes con EII es importante tomar en cuenta los valores de vitamina D en el momento del diagnóstico, brote y remisión debido a su relación con el riesgo de brotes más graves, hospitalizaciones y operaciones. En este estudio se observó que los pacientes con brote grave tuvieron cifras más bajas de vitamina D respecto de los brotes moderado y leve. En cuanto a las demás variables, resalta que los pacientes con brote grave mostraron anemia y mayor elevación de VSG y PCR.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom115

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD FIBROESTENÓTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

D. E. Álvarez-Cruz, L. P. Bilbao-Chávez, M. Cervantes-Garduño, S. M. Téllez-Salmerón, B. Araiza-Ramírez, V. Álvarez-Banda, M. Sosa-Arce, Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad fibroestenótica es una complicación frecuente de la enfermedad inflamatoria intestinal; se caracteriza por inflamación transmural del intestino y afectación segmentaria, asimétrica y variable que causa estenosis y obstrucción de su luz; es resultado de la actividad inflamatoria intestinal recurrente y constante; y es más frecuente en la enfermedad de Crohn que en la colitis ulcerosa. La enfermedad fibroestenótica (EFE) representa una de las complicaciones de la EII con mayor morbimortalidad y de mayor costo, ya que implica el requerimiento de fármacos biológicos, inmunomoduladores, representa un motivo de hospitalizaciones frecuentes y en la mayoría de los casos requiere intervención quirúrgica para su tratamiento.

Objetivo: Determinar la prevalencia de la enfermedad fibroestenótica en pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional, descriptivo, transversal y unicéntrico; se utilizaron los expedientes físicos y electrónicos de los pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (1 mes a 17 años y 11 meses de edad), atendidos en un hospital de tercer nivel de enero de 2013 a enero de 2023. Se calcularon medianas, rango intercuartílico y prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. Para variables cualitativas se calcularon frecuencia, porcentajes, ji cuadrada, prueba exacta de Fisher y ji cuadrada con asociación lineal por lineal. Estudio sin riesgo.

Resultados: Se incluyó a 45 expedientes de pacientes pediátricos con EII, 25 del sexo masculino (55,6%), y la mediana de edad al diagnóstico en meses fue de 147 (RIC 73-178,5). El tipo de enfermedad inflamatoria intestinal más frecuente fue la colitis ulcerosa en 57,8%, seguida de la enfermedad de Crohn en 33,3% (n = 15); del total de pacientes pediátricos, 12 (26,7%)

tuvieron edad de presentación de inicio muy temprano. La prevalencia de enfermedad fibroestenótica en niños con EII fue de 15, 6% (n = 7). Del grupo de pacientes con enfermedad fibroestenótica, el diagnóstico se estableció por procedimiento endoscópico en 6 (85,5%) pacientes y en uno por laparotomía exploradora. La mediana de tiempo transcurrido desde el momento del diagnóstico al desarrollo de enfermedad fibroestenótica fue de 10 meses. Al comparar los grupos de pacientes pediátricos con EII, conforme a la presencia de enfermedad fibroestenótica, se observó una diferencia entre los grupos con respecto al tipo de enfermedad inflamatoria intestinal y la más frecuente fue la EFE en la enfermedad de Crohn (p = 0,033), en aquellos con mayor tiempo transcurrido en meses desde el diagnóstico de la EII (p = 0,000) y los niños con mayor puntuación del índice de actividad de la EII por PUCAI o PCDAI (p = 0,000). (Tabla 1).

Conclusiones: La prevalencia de enfermedad fibroestenótica en niños con EII fue del 15,6%. La enfermedad fibroestenótica fue más frecuente en niños con enfermedad de Crohn, en pacientes con mayor duración en meses de la enfermedad inflamatoria intestinal y en aquellos con mayor puntuación de actividad por PUCAI o PCDAI.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. (Dom115)			
Variable	Enfermedad fibroestenótica		
	Sí n = 7	No n = 38	Valor de p
Sexo masculino ^a	5 (71,4)	20 (52,6)	0,437
Edad al diagnóstico (meses) ^b	96 (84-186)	148 (81,5-186,25)	0,221
Tipo de enfermedad inflamatoria ^c			
● Colitis ulcerosa	0	26 (100)	0,033
● Enfermedad de Crohn	7 (46,7)	8 (12,7)	
● Colitis indeterminada	0	4 (100)	
Enfermedad inflamatoria intestinal de inicio muy temprano (< 6 años) ^a	3 (42,9)	9 (23,7)	0,362
Tiempo transcurrido del diagnóstico al desarrollo de enfermedad fibroestenótica (meses) ^b	10 (0-56)	0	0,016
Índice de actividad de la enfermedad (PUCAI o PCDAI) ^b	20 (10-35)	0	0,000

^aLos valores se presentan como frecuencias y porcentajes; ji cuadrada y prueba exacta de Fisher.
^bLos valores se expresan como mediana y rango intercuartílico; prueba U de Mann-Whitney.
^cLos valores se presentan como frecuencias y porcentajes; ji cuadrada y asociación lineal por lineal.

Dom116

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL QUE RECIBIERON TERAPIA BIOLÓGICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Rojo-Rosales, K. Miranda-Barbachano, D. Espinosa-Saavedra, UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Siglo XXI

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal es un trastorno crónico y recidivante que incluye a la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn y la enfermedad inflamatoria intestinal indeterminada. Los objetivos terapéuticos en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica son inducir y mantener la remisión clínica, lograr la cicatrización de la mucosa y mejorar la calidad de vida, además de reducir al mínimo los efectos adversos de los fármacos. El control de la enfermedad es fundamental para prevenir retrasos en el desarrollo, el crecimiento y la pubertad. En la última década, el enfoque terapéutico en la EII moderada a grave considera el tratamiento

biológico como una opción que permite resultados óptimos para el paciente y se ha vinculado con la reducción de la tasa de resección quirúrgica. Se han aceptado dos agentes biológicos para pacientes pediátricos con EII, infliximab y adalimumab, ambos anticuerpos monoclonales contra el TNF-α. Son eficaces en la inducción y el mantenimiento de la remisión en la EII, con tasas de respuesta primaria de 40% a 70%.

Objetivo: Conocer las características clínicas de los pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal que recibieron tratamiento biológico en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo; se incluyó a pacientes adscritos a la unidad médica de alta especialidad del Hospital de Pediatría Siglo XXI. Se creó una base de datos de pacientes con diagnóstico endoscópico e histológico de enfermedad inflamatoria intestinal que recibieron tratamiento biológico con infliximab o adalimumab en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de diciembre de 2023. La información obtenida se concentró en una hoja de datos del programa Microsoft Excel y al finalizar se realizó el análisis estadístico.

Resultados: En el periodo de tiempo establecido se registró un total de 14 pacientes que recibieron tratamiento biológico, 8 (57%) del sexo masculino y 6 (43%) del femenino, 10 (71%) con diagnóstico de colitis ulcerosa y 4 (29%) con enfermedad de Crohn. Del total de pacientes, cinco se clasificaron como enfermedad inflamatoria intestinal de inicio temprano. El estado nutricional de los pacientes fue normal en 36%, desnutrición en 43% y obesidad en 21%. La principal causa para indicar el tratamiento biológico fue la resistencia a los corticoides en 57% y en segundo lugar la dependencia de ellos en 43%. El grado de actividad clínica al inicio del tratamiento biológico fue leve en 7% de los casos, moderado en 36% y grave en 43% y se informó la ausencia de actividad en el 14%. El grado de actividad seis semanas después del inicio del tratamiento biológico fue leve en 29% de los pacientes, sin pacientes con actividad moderada o grave y remisión documentada en 71%. El medicamento biológico más utilizado fue el infliximab (93%). A las seis semanas de tratamiento se logró la suspensión del esteroide en dos pacientes (14%). Dos sujetos tuvieron efectos adversos con el infliximab, uno con neutropenia moderada, sin necesidad de suspender el agente biológico, y el segundo con síndrome de liberación de citocinas.

Conclusiones: El tratamiento biológico fue más común en pacientes del sexo masculino y el diagnóstico más frecuente fue el de colitis ulcerosa. El diagnóstico nutricional más común fue la desnutrición y la principal indicación para iniciar tratamiento biológico fue la resistencia a los corticoides. El fármaco biológico más prescrito fue el infliximab. Se logró remisión de la enfermedad en 71% de los pacientes seis semanas después del control biológico. Los anticuerpos monoclonales contra el TNF-α son una opción terapéutica excelente para la atención de la enfermedad inflamatoria en la edad pediátrica, con una tasa de efectos adversos baja.

Financiamiento: No se requirió financiamiento.

Dom117

MANIFESTACIONES EXTRAINTESTINALES Y GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

C. U. Amaro-Reynoso, R. Vázquez-Frias, A. A. Carrillo-Gutiérrez, Hospital Infantil de México

Introducción: Se ha descrito de forma amplia que la población pediátrica, al inicio de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), sufre un compromiso más extenso en comparación con la población adulta, con una progresión rápida en los primeros años, así como una mayor tendencia a complicarse. Sin embargo, existe escasa evidencia que postule la relación entre las manifestaciones extraintestinales y la gravedad de la enfermedad; las más representativas son las observaciones de Jansson *et al.* Estos clínicos identificaron en dichos pacientes una mayor necesidad de iniciar tratamiento biológico, la transición a los inmunosupresores y la necesidad de practicar intervenciones quirúrgicas. Todo lo anterior apoya la necesidad de contar con más información en las publicaciones médicas que permita establecer directrices terapéuticas tempranas y eficaces con el objetivo de prevenir la progresión de la EII pediátrica y sus importantes consecuencias.

Objetivo: Determinar la posible relación entre las manifestaciones extraintestinales y la gravedad de la enfermedad en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal en una unidad de tercer nivel. De modo

específico, describir la frecuencia de manifestaciones extraintestinales de la EI al momento del diagnóstico y a un año de seguimiento; y comparar la proporción de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con manifestaciones extraintestinales y su gravedad.

Material y métodos: Estudio observacional, retrolectivo, retrospectivo y transversal analítico realizado entre enero de 2021 y diciembre de 2023. Criterios de inclusión: pacientes que tuvieran 0 a < 18 años con diagnóstico de cualquiera de las variedades de la enfermedad inflamatoria intestinal. Plan de análisis: se calcularon medidas de estadística descriptiva, con uso de frecuencias y proporciones para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Con el objetivo de comparar proporciones entre grupos se condujo un análisis bivariado con prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 38 casos, de los cuales el 84% (n = 32) correspondió a colitis ulcerativa y 15,69% (n = 6) a enfermedad de Crohn. El 66% de los pacientes era del sexo femenino y 34% del masculino. La mediana de edad al momento del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal fue de 112 meses; la mediana de la enfermedad de Crohn fue de 131,5 meses (105-185) y la de la colitis ulcerativa de 107,5 meses (75-147,5). Se identificaron manifestaciones extraintestinales durante todo el curso de la enfermedad en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal hasta en 44% durante su seguimiento (estaban presentes en 31% al momento del diagnóstico). Al correlacionar los síntomas de la enfermedad de Crohn y la CUCI con la gravedad de esta se observó que en la totalidad de los pacientes con mayor gravedad había manifestaciones extraintestinales. En el análisis bivariado, la artritis mostró un nexo con brotes moderados/graves (n = 9, 25%, p = 0,039). El resto de las manifestaciones extraintestinales no mostró significancia estadística (Tabla 1).

Conclusiones: Alrededor de un tercio de los pacientes estudiados sufrió manifestaciones extraintestinales al momento del diagnóstico, con un incremento de la frecuencia de estas en el seguimiento a un año. Las manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal son más comunes en el sexo femenino. Existe una relación entre el incremento de estas y la gravedad de la enfermedad; la artropatía periférica es la más frecuente.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Manifestaciones extraintestinales y gravedad de la enfermedad. (Dom117)

Manifestaciones extraintestinales	Brote leve (1)	Brote moderado/ grave (3/4)	p
Artritis	n = 0	n = 9 (25%)	0,039
Uveítis	0	1 (2,68%)	1
Colangitis esclerosante	0	3 (8,33%)	0,545
Hepatitis autoinmunitaria	0	2 (5,56%)	1
Estomatitis aftosa	0	1 (2,78%)	1
Pioderma gangrenoso	0	1 (2,78%)	1
Eritema nodoso	0	1 (2,78%)	1
Hidrosadenitis supurativa	0	0	
Psoriasis	0	0	
Osteoporosis/osteopenia	0	1 (2,78%)	1
Nefrolitiasis	0	0	
Colelitiasis	0	1 (2,78%)	
Pancreatitis	0	1 (2,78%)	1

Dom118

ENFERMEDAD DE CROHN; USO DE USTEKINUMAB (UST) VS. ANTI-TNF EN HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD, PETRÓLEOS MEXICANOS

C. Maldonado-Rivera, D. Parada-Gutiérrez, J. López-Díaz, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX

Introducción: La enfermedad de Crohn (EC) es una afección inflamatoria que inicia distalmente en el colon y se extiende en sentido proximal de acuerdo con su gravedad. Las estrategias terapéuticas apuntan a modificar el curso clínico y evitar la evolución a fenotipos penetrantes. Las conductas terapéuticas incluyen tratamiento biológico, como agentes anti-TNF; antiintegrinas y anti-IL12/23, (molécula efectiva en pacientes con fracaso terapéutico).

Objetivo: Comparar el uso y el desenlace clínico en pacientes pediátricos con el fármaco anti-il12/23 en comparación con otros fármacos.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente femenina de 16 años que inicia el trastorno en enero de 2021 con rectorragia y dolor abdominal posprandial, con diagnóstico de hemorroides y bajo medidas higiénicas y dietéticas. Sufre recurrencia en agosto de 2021 con dolor de intensidad 9/10 y hematoquecia, más anemia microcítica hipocrómica documentada. En diciembre 2021 se halla en segundo nivel y se realizan colonoscopia y toma de biopsias; se establece el diagnóstico de EC. El cuadro es tórpido y se indican cinco dosis de infliximab sin adecuado control de la enfermedad, con posterior administración de anti-IL-12/23 que produce mejoría clínica.

Caso 2: Paciente femenina finada a los 14 años, diagnosticada al año de edad con evacuaciones diarreicas y tratada con antibióticos y analgésicos no esteroideos. En septiembre 2006 muestra un cuadro de sangrado del tubo digestivo y se la interna para su estudio y atención. La endoscopia revela úlceras en el tubo digestivo y se trata para colitis pseudomembranosa. Tras la recurrencia se la transfiere a tercer nivel; la panendoscopia delinea varices en esófago, estómago y duodeno, así como enfermedad inflamatoria con actividad moderada; se inician sulfasalazina y prednisona. Con el diagnóstico de enfermedad venooclusiva hepática experimenta complicaciones y sucumbe en 2020.

Caso 3: Paciente masculino que muere a los tres años, tras diagnóstico al año de edad e inicio de evacuaciones disminuidas de consistencia con moco y sangre. En octubre de 2009, la panendoscopia establece el diagnóstico de pancolitis grave, por lo que se indican mesalazina y prednisona por un año, más adición posterior de azatioprina; se presentan cuadros de sangrado del tubo digestivo, tratados en la consulta externa. Hay perforación del colon (17/8/2011) hasta el recto donde se practicaron colectomía e ileostomía, y las complicaciones precipitan el fallecimiento del paciente.

Caso 4: Paciente femenina de 15 años que inicia cuadro con náusea, vómito, dispepsia y dolor en la región epigástrica de larga duración. Hay dolor incapacitante posprandial inmediato y pérdida de peso. La tomografía de abdomen y endoscopia revelan esofagitis por reflujo grado I, pangastritis crónica, biopsias del antro y duodenitis, además de colonoscopia con toma de biopsias de íleon que llevan al diagnóstico de EC; se inicia tratamiento con azatioprina y prednisona.

Discusión: El UST es una modalidad biológica común de segunda y tercera líneas para la EC pediátrica. Las publicaciones internacionales sugieren que es eficaz y seguro en pacientes resistentes o con actividad crónica. Posee tasas de remisión similares en pacientes tratados con UST, lo que sugiere efectividad comparable a la del anti-TNF. En este estudio se encontró una mejor evolución tras su administración en comparación con el uso de anti-TNF y esteroides; sin embargo, el resto experimentó un desenlace letal por las complicaciones.

Conclusiones: El UST es un anticuerpo monoclonal que ha demostrado eficacia en estudios clínicos de fase 3 y representa una opción terapéutica en pacientes con EC.

Financiamiento: Sin financiamiento de ningún tipo.

Dom119

FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLAR PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE Y PANCREATITIS CRÓNICA EN NIÑOS - EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Y. Rivera-Suazo, J. E. Alfaro-Bolaños, M. S. Gallardo-Luna, A. Quesada-Tortoriello, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: En niños existen diferentes factores que predisponen a los episodios de pancreatitis aguda recurrente (PAR) y pancreatitis crónica (PC), entre ellos los genéticos, obstructivos, traumáticos, infecciosos y metabólicos.

Objetivo: Describir el perfil etiológico de pacientes pediátricos con PAR y PC, tras considerar el incremento de la incidencia de estas anomalías en el país.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó a niños con diagnóstico de PAR y PC durante un periodo de 10 años (2013-2024). Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo y tratamiento.

Resultados: En la cohorte participaron 22 niños, 11 con PAR y 11 con PC, diagnosticados de acuerdo con la definición INSPPIRE. La media de edad al diagnóstico fue de 11,3 años, con 54,5% de pacientes femeninos y una media de episodios de pancreatitis de 7,9. La presentación clínica más frecuente fue el dolor abdominal con vómito en 68% (15/22), dolor abdominal aislado en 22,7% (5/22), y dolor abdominal, vómito, fiebre con ictericia en un paciente (quiste del colédoco tipo IV). Los factores de riesgo identificados en el subgrupo de PAR fueron: idiopático (54,5%), litiasico (45,4%), malformaciones pancreáticas (9%, p. ej., mala unión pancreaticobiliar), y factores de riesgo diversos, como litiasis + mala unión pancreaticobiliar (9%). Los factores de riesgo identificados en el subgrupo de PC fueron: idiopático (36,3%), litiasico (36,3%), dislipidemia (9%), genético (9%, PRSS1) y obstructivo (18,1%, mala unión pancreaticobiliar + disfunción del esfínter de Oddi); el 18,1% tuvo factores de riesgo diversos (microlitiasis + hipertrigliceridemia y litiasis + unión pancreaticobiliar). Se realizó colecistectomía en 7 (31,8%) pacientes, esfinterectomía en 4 (18,1%) y colocación de prótesis en 3 (13,6%). Se realizó panel genético solo en un paciente.

Conclusiones: En el 45,4% de los casos, la causa es idiopática. Se requieren esfuerzos para identificar los factores de riesgo en todos los pacientes. A pesar de que la PAR y la PC en niños muestran un aumento, este hospital no cuenta con panel genético en el abordaje diagnóstico de la pancreatitis.

Financiamiento: Este trabajo no recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom120

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE NIÑOS CON PANCREATITIS HEREDITARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL BAJÍO (HRAEB)

M. Enríquez-Mireles, J. C. Guerra-Godínez, R. I. Alcántara-García, M. I. Norméndez-Martínez, V. Polo-Velásquez, Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío

Introducción: La pancreatitis hereditaria (PH) es una entidad infrecuente en pediatría, con una prevalencia mundial de 0,3 por 100 000 personas; las cifras son difíciles de calcular en virtud de las escasas pruebas genéticas realizadas fuera de centros especializados. En clínica, la PH se caracteriza por episodios recurrentes de pancreatitis aguda (PA) a edades tempranas, manifestados por al menos dos de los siguientes: dolor abdominal, alteraciones bioquímicas (elevación de lipasa o amilasa) y alteraciones estructurales del páncreas o estructuras adyacentes identificadas en estudios de imagen. Dado que se presenta de manera similar a otras causas de pancreatitis, una historia familiar positiva o un aislamiento de una mutación genética son vitales para su identificación. Se sugieren las pruebas genéticas para reconocer variantes patológicas relacionadas en los pacientes pediátricos con pancreatitis documentada sin causa definida, pancreatitis aguda recurrente sin causa identificable (dos o más episodios de pancreatitis aguda, con resolución clínica y anatómica completa entre cada episodio), antecedentes familiares de pancreatitis crónica idiopática o mutación genética conocida. Los genes referidos más a menudo son *PRSS1*, *SPINK1*, *CFTR* y *CTRC*. Es muy importante el diagnóstico para evitar la aparición prematura de complicaciones, como la pancreatitis crónica (síntomas consistentes con insuficiencia pancreática exocrina o endocrina, con evidencia de daño pancreático crónico en las imágenes) y adenocarcinoma de páncreas.

Objetivo: Describir seis casos de pancreatitis hereditaria en pacientes pediátricos diagnosticados en un hospital de tercer nivel.

Informe de casos: Se describen seis casos de pacientes pediátricos enviados a un tercer nivel de atención por episodios de pancreatitis aguda recurrente. Dentro del protocolo de atención se descartaron otras causas y fueron elegibles para realizar pruebas genéticas e identificar las variantes patológicas. Se describen en la **Tabla 1**.

Discusión: Al igual que lo establecido en las publicaciones, en la serie de casos presentados el principal gen alterado fue *PRSS1*. No hubo predominio de sexo en los resultados, a pesar de que existe un ligero predominio del género femenino; sin embargo, el primer episodio de pancreatitis aguda se presenta en este género a más temprana edad, como también lo indica la bibliografía. Es común el antecedente familiar de pancreatitis hereditaria, si bien no se identificó en ninguno de estos. El tiempo promedio para el

desarrollo de pancreatitis crónica es de 3,7 años tras el diagnóstico. En este hospital, el diagnóstico se estableció 4,3 años después del primer episodio de pancreatitis aguda, cuando todos tenían ya pancreatitis crónica a expensas de insuficiencia pancreática exocrina.

Conclusiones: El diagnóstico oportuno de pancreatitis hereditaria es un reto; un diagnóstico oportuno ayuda a retrasar la aparición de las complicaciones. Debe sospecharse sobre todo en los pacientes pediátricos con pancreatitis recurrente sin causa definida. El tratamiento debe ser multidisciplinario con el objetivo de evitar los desencadenantes y retrasar la aparición de las complicaciones.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Tabla 1. Principales características clínicas y su frecuencia de aparición. (Dom120)

Variable		n = 6 (100%)	
Sexo (F, M)		3, 3	
Edad al momento del primer episodio de PA (promedio en años)		9,8	
Edad promedio al diagnóstico (años)		14,1	
Número de episodios promedio de pancreatitis aguda antes del diagnóstico		5	
Tiempo en diagnosticarse desde el primer cuadro de pancreatitis aguda (promedio en años)		4,3	
Presencia de insuficiencia pancreática			
Endocrina		0	
Exocrina		6	
Antecedentes heredofamiliares		0	
Coordenada genómica			
<i>PRSS1</i> ¹		3	
Cigosis	Coordenada de la variante	Cambio de aminoácido	Clasificación
1 Heterocigoto	NM_002769.5: c.617G>C	p. Cys206Ser	Posible patogénica
2 Heterocigoto	NM_002769.5: c.547A>G	p. Met183Val	Patogénica
3 Heterocigoto	NM_002769.5: c.47C>T	p. Ala16Val	Posible patogénica
<i>SPINK1</i> ²		1	
Cigosis	Coordenada de la variante	Cambio de aminoácido	Clasificación
1 Heterocigoto	NM_001379610.1: c.101A>G	p. Asn34Ser	Alelo de riesgo
<i>CFTR</i> ³		1	
Cigosis	Cambio nucleótido	Cambio de aminoácido	Clasificación
1 Heterocigoto	NM_000492.4: 1521_1523del	p.Phe508del	Patogénica
<i>CTRC</i> ⁴		1	
Cigosis	Cambio nucleótido	Cambio de aminoácido	Categorización
1 Heterocigoto	NM_007272.3: c.533A>G	p.Gln178Arg	Patogénica

¹Gen del tripsinógeno catiónico.
²Gen inhibidor de la serina proteasa Kazal tipo 1.
³Gen regulador de la conductancia transmembranal de la fibrosis quística.
⁴Gen de quimiotripsina C.

Dom121

PANCREATITIS CRÓNICA RECIDIVANTE IDIOPÁTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, SERIE DE CASOS EN EL HC-SAE PEMEX

C. Maldonado-Rivera, A. K. Camacho-Trujillo, K. Paz-Velázquez, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, PEMEX

Introducción: La pancreatitis crónica recidivante en pediatría es rara pero significativa, con episodios repetidos de inflamación pancreática, exacerbaciones agudas y valores elevados de enzimas pancreáticas, todo lo cual complica el diagnóstico y empeora el pronóstico. Las causas incluyen factores anatómicos, traumatismos, infecciones, medicamentos, genética, autoinmunidad, desequilibrios metabólicos u obstrucción mecánica, aunque también puede ser idiopática.

Objetivo: Estudiar la pancreatitis crónica recidivante en pacientes pediátricos.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente femenina de seis años con antecedente de infección en 2022 por síndrome multisistémico pediátrico y pancreatitis adjunta. Recidiva en 2023 tras ingestión copiosa, con dolor epigástrico, vómito, náusea, astenia y adinamia; los estudios paraclínicos registran valores elevados de amilasa y lipasa, y perfil lipídico normal. Se inicia tratamiento inmunológico con valores de anticuerpos ANCA, anti-Smith, anti-DNA, antimieloperoxidasa e inmunoglobulinas séricas con resultados normales; sin alteración en los genes *CFTR*, *PRSS1*, *CASR*, *CPA1*, *SPINK1* y *CTRC* y prueba de electrolitos en sudor negativa; se concluye una causa idiopática.

Caso 2: Paciente masculino de 16 años con antecedentes familiares de hipercolesterolemia. Antecedente de pancreatitis desde los tres años y sospecha descartada de tirosinemia. Persiste después con valores de enzimas pancreáticas elevadas y dolor abdominal tipo cólico intermitente y aparición hasta el momento de siete recidivas. La tomografía delinea páncreas con edema intersticial y la colangiografía muestra escaso líquido peripancreático sin alteraciones anatómicas. Se cuantifican electrolitos en sudor (negativos), perfil lipídico (normal), anticuerpos ANA, anti-DNA, antímúsculo liso, anti-LKM e inmunoglobulinas (normales) y elastasa fecal con signos de insuficiencia pancreática; se confirma el diagnóstico de pancreatitis crónica. Se esperan en este momento los resultados del estudio genético.

Caso 3: Paciente masculino de 17 años, previamente sano; muestra cuadros repetidos de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho. Ha sufrido dos hospitalizaciones por pancreatitis crónica en 2011 y 2019, con informe ultrasonográfico de microcalcificaciones pancreáticas, sin datos de obstrucción, valores elevados de enzimas pancreáticas y cifras de HbA1C normales; se descarta insuficiencia pancreática. El estudio genético valora los genes *PRSS1*, *SPINK*, *CFTR* y *NPC* para variaciones en los ésteres de colesterol, todos sin alteraciones; anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anti-Smith e inmunoglobulinas séricas dentro de parámetros normales. Permanece el diagnóstico de pancreatitis crónica recidivante de causa idiopática.

Discusión: El diagnóstico de pancreatitis crónica recidivante es complejo debido a su cuadro clínico inespecífico con fluctuaciones en los valores de enzimas pancreáticas, los cuales pueden no elevarse entre crisis e incluso durante el episodio de inflamación aguda, explicado por la destrucción glandular observada a lo largo del tiempo. Es esencial establecer un diagnóstico adecuado y descartar otras causas mediante pruebas complementarias; sin embargo, el 33% de los casos es idiopático.

Conclusiones: La pancreatitis crónica recidivante debe considerarse en el diagnóstico diferencial ante dolor abdominal recurrente con valores alterados de enzimas pancreáticas con la finalidad de prevenir la insuficiencia pancreática.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom122

PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE Y CRÓNICA: RELACIÓN ENTRE EL NÚMERO DE EPISODIOS Y LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO EN UN HOSPITAL TERCARIO

J. E. Alfaro-Bolaños, Y. Rivera-Suazo, A. I. Quesada-Tortoriello, M. S. Gallardo-Luna, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La pancreatitis aguda recurrente y crónica en pacientes pediátricos es una anomalía médica de considerable preocupación debido a sus potenciales complicaciones y la capacidad de desarrollar pancreatitis crónica a largo plazo. La identificación de factores predictivos y la comprensión de las relaciones entre la frecuencia de los episodios de pancreatitis y los resultados a largo plazo son vitales para mejorar las estrategias de atención y tratamiento en este grupo vulnerable de pacientes.

Objetivo: Determinar la relación entre el número de episodios de pancreatitis aguda recurrente y crónica en pacientes pediátricos desde 2014 hasta junio de 2024 y los resultados a largo plazo mediante un estudio observacional retrospectivo.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente los registros de 20 pacientes pediátricos con pancreatitis aguda recurrente y crónica. Después se evaluaron la frecuencia de episodios, las complicaciones, los tratamientos y los resultados a largo plazo mediante estadísticas descriptivas y análisis de regresión logística para calcular la relación de momios.

Resultados: El 50% de los pacientes tuvo más de tres episodios. Los pacientes con más de tres episodios sufrieron estenosis del conducto pancreático (60%) y pancreatitis crónica (40%). El riesgo de desarrollar pancreatitis crónica fue significativamente mayor en los pacientes con alta recurrencia (OR 4,5; $p = 0,303$), lo que significa que los pacientes con más de tres episodios de pancreatitis tienen 4,5 veces más probabilidades de desarrollar complicaciones en comparación con aquellos con menos episodios. Los pacientes masculinos representaron el 60% de los casos y el 70% de las complicaciones graves. Las pacientes femeninas correspondieron al 40% de los casos y al 30% de las complicaciones graves.

Conclusiones: La recurrencia elevada de episodios de pancreatitis (más de tres) en niños está significativamente vinculada con complicaciones y el desarrollo de pancreatitis crónica. Sin embargo, el valor p de 0,303 indica que esto no es estadísticamente significativo, lo que puede deberse al tamaño reducido de la muestra, pero debe considerarse para futuros estudios. Además, es crucial instituir un tratamiento temprano y radical en estos pacientes para mejorar los resultados a largo plazo y reducir las complicaciones.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom123

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

C. A. González-Heredia, A. Y. Martínez-Vázquez, L. Gordillo-Rodríguez, Hospital para el Niño Poblano

Introducción: La pancreatitis aguda es una alteración que se presenta de manera infrecuente en la población pediátrica. Sin embargo, la incidencia ha ido en aumento en los últimos años, con 1 a 13 casos por cada 1 000 000 habitantes cada año. Se ha notificado que alrededor de 25% a 30% de los pacientes hospitalizados desarrollan complicaciones sistémicas o locales.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes de 0 a 17 años y 11 meses con diagnóstico de pancreatitis aguda en el expediente clínico digital del Hospital para el Niño Poblano en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 1 de enero de 2024. El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal. Los criterios de exclusión fueron pacientes con pancreatitis recurrente o crónica, sujetos que no cumplieran con criterios diagnósticos, e individuos que no contaran con el expediente clínico completo.

Resultados: Se obtuvo un total de 196 pacientes, de los cuales se excluyó a 43 para un total de muestra de 143 pacientes. La edad media de presentación fue de 10 años con desviación estándar de 8 años y no se encontró predominio de sexo (masculino 49% y femenino 51%); el grupo etario más afectado fue el de los adolescentes (44,7%), seguido de los escolares (33,5%); los pacientes eutróficos (77%) fueron los más afectados. En cuanto a las causas, se encontró que las más comunes fueron la traumática (22,3%), farmacológica (19,5%) y enfermedad sistémica (18,1%) (Figura 1). La mayoría de los cuadros se consideró (de acuerdo con la clasificación de NASPGHAN) como grave (37%). En cuanto a las complicaciones tempranas (es decir, las que se presentan en las primeras cuatro semanas), 30 (20,9%) pacientes presentaron complicaciones locales (necrosis pancreática o colección aguda

peripancreática), de los que seis requirieron tratamiento quirúrgico, y 96 pacientes (67,1%) mostraron complicaciones sistémicas (pulmonares, cardíacas, metabólicas o renales). Se registró un total de 10 defunciones en 10 años y la causa más frecuente fue la enfermedad sistémica (60%).

Conclusiones: La pancreatitis aguda es una enfermedad poco reconocida en los pacientes pediátricos debido a que se considera infrecuente; sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento de su incidencia. En las publicaciones médicas se ha mencionado que existe una gran diferencia en términos etiológicos de la pancreatitis aguda en pacientes asiáticos y occidentales, y también en el grupo etario. De acuerdo con el Consenso de la Asociación Mexicana de Gastroenterología (2023), las causas más frecuentes en este país son la biliar y la idiopática; no obstante, en esta institución las dos causas más comunes fueron la traumática y la farmacológica, sin predominio de género, y el grupo etario más afectado fue el de los adolescentes. En México son escasos los estudios sobre las características epidemiológicas de los pacientes con diagnóstico de pancreatitis aguda y es necesario el desarrollo de una escala que ayude a predecir el riesgo de desarrollar pancreatitis grave en pediatría, ya que las utilizadas en la población adulta no pueden usarse en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

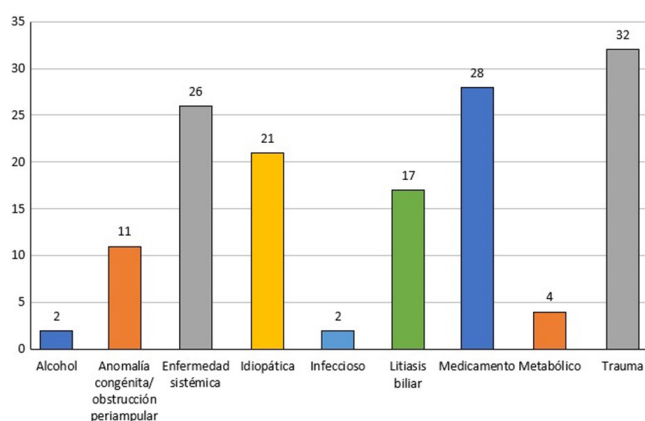


Figura 1. Factores etiológicos. (Dom123)

Dom124

SÍNDROME DE ALAGILLE: REPORTE DE CASOS DEL HCSAE

C. Maldonado-Rivera, P. Vilchis-Benítez, K. G. Nieto-Magaña, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

Introducción: El síndrome de Alagille es una enfermedad multisistémica que destaca por su frecuencia de alteraciones gastrointestinales, cardiovasculares y oftalmológicas. Su origen es genético, autosómico dominante de expresión variable; las mutaciones *de novo* o las delecciones del gen *JAG1* del cromosoma 20 representan el 97% de los casos y, en menor porcentaje, las relacionadas con el gen *NOTCH*. Posee una frecuencia mundial aproximada de 1/30 000 recién nacidos, por lo que es todavía una enfermedad poco frecuente y requiere alta sospecha diagnóstica.

Objetivo: Notificar y describir las manifestaciones clínicas y los hallazgos característicos del síndrome de Alagille que permitan su sospecha diagnóstica, tratamiento y atención integral en estos pacientes.

Informe de casos:

Caso clínico 1: Preescolar masculino de dos años con antecedente de colestasis crónica de inicio neonatal; tiene frente amplia, hipertelorismo, ojos hundidos, nariz bulbosa, mentón prominente, y talla y peso bajos. El USG descarta atresia de vías biliares; debido al cuadro consistente con el síndrome de Alagille, se toma biopsia hepática que señala proliferación y destrucción de conductos biliares con expansión de los espacios portaes y colestasis, lo cual confirma el diagnóstico. En el seguimiento se diagnostica hepatocarcinoma con diseminación pulmonar.

Caso clínico 2: Adolescente masculino de 15 años con antecedente de colestasis neonatal leve, acompañado de frente prominente, hipertelorismo y mentón en punta; la radiografía de columna lumbosacra revela vértebras en "alas de mariposa". El ecocardiograma indica estenosis de ramas pulmonares bilaterales; se establece el diagnóstico con cuatro criterios mayores de

síndrome de Alagille a la edad de dos años; se instituye tratamiento multidisciplinario y está estable en la actualidad.

Caso clínico 3: Escolar de nueve años con antecedente de ictericia y hepatomegalia a las cuatro semanas de vida; el USG descarta atresia de vías biliares. Exploración física: frente prominente, ojos hundidos, hipertelorismo, nariz recta con punta bulbosa, orejas grandes, mandíbula prominente y mentón puntiagudo. El ecocardiograma indica hipoplasia difusa de ramas de las arterias pulmonares; el estudio de oftalmología informa embriotoxon ocular posterior derecho. Cumple cuatro criterios mayores; la biopsia hepática es insuficiente y la valoración de genética identifica la mutación *de novo* del gen *JAG1*.

Caso clínico 4: Escolar masculino de ocho años con antecedente de síndrome colestásico neonatal relacionado con retraso del crecimiento y desarrollo, así como frente amplia, hipertelorismo, ojos hundidos y mentón prominente; evoluciona a insuficiencia hepática crónica grado 3, cirrosis e insuficiencia hepática; la biopsia hepática revela ausencia de conductos biliares, fibrosis intersticial leve intralobulillar y colestasis intrahepática moderada; se confirma el diagnóstico a los 12 meses de edad. El ecocardiograma delinea estenosis periférica de arteria pulmonar y el estudio oftalmológico confirma embriotoxon posterior izquierdo. El paciente sufre enfermedad hepática terminal.

Discusión: En los cuatro pacientes se observaron cuadros clínicos con predominio claro de la afectación hepática relacionada con otras anomalías descritas en las publicaciones como criterios mayores; esto señala la escasa probabilidad de una conexión casual de estas; lo anterior apoya la sospecha diagnóstica, con posterior confirmación mediante estudio histopatológico o genético.

Conclusiones: El diagnóstico de esta enfermedad se establece tras una sospecha clínica y uso de pruebas complementarias; la valoración integral permite establecer diagnósticos tempranos y un tratamiento individualizado; esto puede modificar de manera positiva la calidad de vida y sobrevida de los pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom125

ENCUESTA SOBRE LOS DESAFÍOS Y ÉXITOS EN LA ATENCIÓN DE LA FIBROSIS QUÍSTICA EN AMÉRICA LATINA

M. Reyes-Apodaca, Grupo Colaborativo: Grupo de trabajo de la Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (LASPGHAN); Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad crónica y progresiva que requiere un seguimiento multidisciplinario para controlar adecuadamente las complicaciones multisistémicas. En Latinoamérica, los profesionales de la salud enfrentan desafíos singulares al proporcionar atención a pacientes con FQ debido a la diversidad de recursos disponibles de la región. Es crucial comprender qué herramientas utilizan hoy en día los clínicos para optimizar el seguimiento gastroenterológico y nutricional de los pacientes con FQ en Latinoamérica.

Objetivo: Identificar las herramientas disponibles para los profesionales de la salud que ofrecen seguimiento gastroenterológico y nutricional a pacientes con fibrosis quística (FQ) en Latinoamérica.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. El grupo de trabajo sobre FQ de LASPGHAN (WG-CF) diseñó una encuesta con uso de REDCap®. La encuesta constaba de 27 preguntas cuidadosamente elaboradas que cubrían áreas clave como el diagnóstico, el tratamiento, los equipos multidisciplinarios y el uso de moduladores de CFTR. Las preguntas de la encuesta se desarrollaron mediante reuniones virtuales celebradas por el WG-CF, lo que garantizaba que fueran pertinentes y exhaustivas. La encuesta se difundió a través de los canales oficiales de LASPGHAN. Para el análisis de los datos se emplearon estadísticas descriptivas y medidas de dispersión.

Resultados: Se incluyó a 128 centros de 16 países de Latinoamérica. Hasta 34 (27%) centros eran de Argentina seguidos por 25 (20%) de Brasil. Se observó que el 67% de los centros estaba constituido como centro de atención de FQ. El sector asistencial de 57 centros (44%) era mayoritariamente público, seguido de 36 centros públicos y privados (32%). En 117 centros se aplicó un enfoque multidisciplinario; la neumología y la nutrición se identificaron en más del 80% de los centros. La inclusión de gastroenterología, fisioterapia respiratoria, endocrinología y genética se registró en menos del 80% de los centros. En cuanto al cribado neonatal, al menos tres países de Latinoamérica

no incluyeron la FQ. La prueba de electrolitos en sudor se realizaba en 90 (71%) centros y solo 46 (52%) de ellos incluían el estudio genético, si bien no todos cuentan con los estándares de referencia para el seguimiento. En más del 80% de los países, el costo del tratamiento convencional lo financia el gobierno. La disponibilidad de moduladores de CFTR se encontró en 81 centros (64%), sobre todo de Argentina.

Conclusiones: A pesar de los avances significativos en el tratamiento de la FQ en el mundo, Latinoamérica enfrenta aún retos críticos que dificultan la atención óptima de los pacientes. En particular persisten deficiencias fundamentales en la detección temprana de la FQ mediante programas de cribado neonatal y el acceso al diagnóstico genético. Estas deficiencias retrasan en grado significativo el inicio de tratamientos que modifican sustancialmente el pronóstico de la enfermedad, entre ellos los moduladores del CFTR, lo que agrava la situación de los pacientes y modifica de manera directa la supervivencia. Además, las disparidades en las políticas de salud pública de los distintos países de la región acentúan estos problemas, lo que pone de relieve la urgente necesidad de contar con un enfoque unificado para mejorar la atención de la FQ, al margen de su ubicación geográfica.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Dom126

MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN ENTEROPATÍA CONGÉNITA ASOCIADA A *NEUROG3*: UNA SERIE DE CASOS

A. A. Carrillo-Gutiérrez, M. Reyes-Apodaca, J. L. Flores-Castillo, C. U. Amaro-Reynoso, J. Aguirre-Hernández, J. L. Lezana-Fernández, S. Villalpano-Carrión, R. Vázquez-Frias, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud

Introducción: Las diarreas y enteropatías congénitas son un grupo de enfermedades de origen genético que se presentan en las primeras semanas de vida con diarrea malabsortiva grave y pueden ser letales. La anendocrinosis entérica (AE) es una causa extremadamente rara de diarrea congénita, se caracteriza por una reducción de células enteroendocrinas intestinales y se vincula con variantes recesivas heredadas en el gen *neurogenina 3* (*NEUROG3*). Hasta la fecha se han notificado menos de 20 casos de diarrea congénita vinculada con *NEUROG3* en las publicaciones médicas. Es importante la divulgación de los casos nuevos para el conocimiento y la comprensión de esta entidad.

Objetivo: Describir las manifestaciones clínicas de pacientes pediátricos con diarrea malabsortiva congénita relacionada con mutaciones en el gen *NEUROG3* en un instituto nacional de salud.

Informe de casos: Se incluyó a cuatro pacientes en el estudio. Se registró consanguinidad en un caso; todos los pacientes nacieron a término y un caso presentó peso y talla bajos para la edad gestacional. Los síntomas comenzaron a las dos semanas de vida en la mayoría de los casos. Las manifestaciones clínicas más comunes al ingreso incluyeron diarrea (4/4), dolor abdominal (4/4), deshidratación grave (4/4) y distensión abdominal (3/4). El patrón promedio de evacuaciones fue de ocho por día, clasificación 6 a 7 en la escala de Bristol, con un gasto fecal > 100 g/kg/día. Otras manifestaciones relacionadas incluyeron insuficiencia pancreática exocrina (2/4), nefrocalcinosis (2/4), acidosis tubular renal (1/4) e hipotiroidismo (1/4). El estado nutricional se caracterizó por desnutrición que exigió nutrición parenteral y fórmulas especializadas. Los estudios de laboratorio mostraron una deficiencia significativa de los valores de vitamina D y desequilibrios electrolíticos. Las complicaciones más frecuentes fueron la falla de medro y las infecciones nosocomiales vinculadas con estancias hospitalarias prolongadas. La secuenciación del exoma identificó mutaciones en el gen *NEUROG3* en estos pacientes y se informaron tres variantes de significado incierto (c.271 C>G, p. Arg91Gly; c.319 C>A, p. Arg107Ser; c.364A>T, p. Ile122Phe). Las variantes notificadas y los datos clínicos se resumen en la **Tabla 1**.

Discusión: Esta serie de casos describe tres mutaciones distintas en *NEUROG3* identificadas como la causa genética de la diarrea malabsortiva en cuatro pacientes pediátricos. Los niños con esta alteración desarrollan diarrea grave en los primeros días de vida. Otras características clínicas vinculadas, como anomalías renales e hipotiroidismo, se han informado antes en un solo caso. La desnutrición y la estancia hospitalaria prolongada elevan el riesgo de morbilidad en estos pacientes. No se encontró variabilidad significativa en las manifestaciones clínicas entre pacientes con diferentes variables del gen *NEUROG3*.

Conclusiones: Dada la falta de información sobre esta entidad en las publicaciones médicas, es crucial describir estos casos que permitan identificar

el cuadro clínico en este tipo de enteropatía congénita; el objetivo es establecer un protocolo estandarizado de diagnóstico y tratamiento que pueda mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad en estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas y paraclínicas en pacientes con diarrea congénita por *NEUROG3*. (Dom126)

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Demográficos				
Sexo	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre
Endogamia	No	No	No	Sí
Edad gestacional	38	37	37	37
Peso al nacer (g)	3 300	3 200	2 030	3 300
Manifestaciones clínicas				
Inicio de los síntomas (semanas)	2	2	8	2
Diarrea	Sí	Sí	Sí	Sí
Evacuaciones por día	8	9	5	10
Escala de Bristol	6-7	6-7	6-7	6-7
Gasto fecal (g/kg/día)	100	116	122	-
Dolor abdominal	Sí	Sí	Sí	Sí
Distensión abdominal	Sí	No	Sí	Sí
Deshidratación grave	Sí	Sí	Sí	Sí
Desnutrición	Sí	Sí	Sí	Sí
Otras manifestaciones				
Insuficiencia pancreática exocrina	No	No	Sí	Sí
Nefrocalcinosis	No	No	Sí	Sí
Acidosis tubular renal tipo II	No	Sí	No	No
Hipotiroidismo	Sí	No	No	No
Laboratorios				
Sodio sérico (mmol/L)	137	154	136	134
Cloro sérico (mmol/L)	96	129	110	107
Glucosa sérica (mg/dL)	75	113	65	-
Vitamina D (ng/mL)	12,5	30	18,9	6,2
Prueba de Sudan III	+++	+++	+++	+++
Elastasa fecal (mg/dL)	> 200	> 200	57,19	43,65
α_1 -antitripsina fecal	-	4,5	2,87	-
Mutación en <i>neuroG3</i>				
Variante	c.271C>G p.Arg91Gly	c.319C>A p.Arg107Ser	c.319C>A p.Arg107Ser	c.364A>T p.Ile122Phe
Genotipo	Homocigoto	Homocigoto	Homocigoto	Homocigoto
Clasificación	Significado incierto	Significado incierto	Significado incierto	Significado incierto

Dom127

DESCRIPCIÓN DEMOGRÁFICA, CLÍNICA Y GENÉTICA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROMES DE POIPOSIS INTESTINAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE MÉXICO

J. L. Flores-Castillo, E. C. Pineda-Cely, M. A. Zubieta-Burgos, L. E. Álvarez-Valencia, H. R. Moreno-Salgado, P. Valencia-Mayoral, R. Vázquez-Frias, J. A. García-Aranda, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Los síndromes polipósicos intestinales (SPI) se caracterizan por la presencia de múltiples pólipos gastrointestinales que elevan el riesgo de carcinoma colorrectal; en ocasiones se acompañan de manifestaciones extraintestinales y tienen una causa genética subyacente.

Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes con poliposis intestinal múltiple en un hospital pediátrico en México.

Informe de casos: Se analizó a 26 pacientes con una edad promedio al diagnóstico de 9,2 años, de los cuales el 57,7% correspondió a hombres. Nueve pacientes se diagnosticaron con síndrome de poliposis juvenil (SPJ), seis con poliposis adenomatosa familiar (PAF), siete con síndrome de Peutz-Jeghers (SPEJ) y cuatro con síndrome de hamartoma PTEN. Los síntomas más comunes fueron hematoquecia e invaginación intestinal. Las manifestaciones extraintestinales fueron heterogéneas, en particular un caso de PAF con hepatoblastoma. La morfología de los pólipos fue mixta (Figura 1, sig. pág.), con pólipos grandes > 15 mm presentes en el 62,5% de los casos de SPJ y en el 71,2% de los casos de SPEJ; se reconoció displasia de alto grado en un paciente con PAF y se realizó análisis genético en ocho pacientes. Al seguimiento, 42,3% requirió tratamiento quirúrgico, 54,5% debido a invaginación intestinal y 27,3% por displasia, perforación o hemorragia.

Discusión: Existen pocos registros de síndromes polipósicos en la edad pediátrica en este país; el estudio analizó a 26 pacientes y se encontraron como datos más relevantes los antecedentes familiares de poliposis intestinal y carcinoma en el 42,3% y 50%, respectivamente. Entre las manifestaciones clínicas, la más frecuente identificada en este estudio fue la hematoquecia. En el SPJ, la hematoquecia fue el síntoma más regular en 55,5%, así como el prolapso de pólipo rectal notificado hasta en 44,5% de los casos. En los sujetos con PAF se observaron como síntomas principales la rectorragia, seguida de dolor abdominal y prolapso; una paciente presentó hepatoblastoma que remitió luego del tratamiento quirúrgico y quimioterapia; otro mostró displasia de alto grado al análisis histológico por lo que se trató con colectomía total.

Conclusiones: Los síndromes polipósicos en edad pediátrica son un grupo de enfermedades poco frecuentes que deben estudiarse y tratarse de forma multidisciplinaria. Las manifestaciones clínicas características son la hematoquecia y el prolapso de pólipos; los signos extraintestinales vinculados son diversos y conocerlos es de ayuda para guiar el control multidisciplinario en cada síndrome genético. Además, el abordaje mediante colonoscopia y las características histológicas orientan el tratamiento integral, el cual siempre se dirige a disminuir los síntomas y prevenir el desarrollo de carcinoma colorrectal en la vida adulta.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento.

Dom128

SÍNDROME DE ARTROGRIPOSIS-DISFUNCIÓN RENAL-COLESTASIS (ARC). PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CON VARIANTE PATOGENICA EN EL GEN *VPS33B*, C. 1498G>T, P. *GLU500**

M. A. Zubieta-Burgos, V. E. Úbeda-Urbina, S. Villalpando-Carrión, E. C. Pineda-Cely, J. L. Flores-Castillo, L. E. Álvarez-Valencia, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: El síndrome de artrogriposis-disfunción renal-colestasis (ARC) es una enfermedad rara autosómica recesiva multisistémica que se relaciona con afectación de hígado, riñones, piel y sistemas nervioso central y musculoesquelético. Es efecto de variantes patogénicas de los genes *VPS33B* y *VIPAR*. No existe un tratamiento específico y la sobrevida es menor al año.

Objetivo: Describir las características clínicas, bioquímicas y genéticas de dos pacientes con síndrome ARC.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente conocida a los 30 días de vida por ictericia, piel con descamación e hipoactividad. Se identifican artrogriposis, facies tosca, xerosis, fontanela anterior amplia, hernia umbilical, hepatoesplenomegalia, colestasis bioquímica con GGT normal sin hepatitis, tamiz metabólico con TSH aumentada, y se integra diagnóstico de hipertirotropinemia transitoria. Se diagnostica dermatitis seborreica en piel cabelluda y melanocitosis dérmica congénita; cursa con acidosis metabólica, poliuria, glucosuria, proteinuria, desequilibrios hidroelectrolíticos, y se establece el síndrome de Fanconi. El abordaje de la colestasis descarta causas anatómicas e infecciosas; un nuevo tamiz metabólico indica tripsinógeno inmunorreactivo (TIR) elevado y un panel genético registra variante patogénica heterocigota del gen *VPS33B*, c. 1498G>T (p. *Glu500**). Fallece a los tres meses por choque séptico.

Caso 2: Paciente con antecedente de ventilación a presión positiva al nacimiento. Hospitalizada por hipoglucemia y acidosis metabólica. Conocida a los 27 días con artrogriposis, hipotonía, disfagia, microcefalia, facies tosca, xerosis, ictericia e hipocolia. Abordaje por síndrome colestático con GGT normal sin hepatitis; la biopsia hepática indica hepatitis neonatal de células gigantes. Presenta proteinuria, glucosuria, acidosis metabólica e hipofosfatemia; se diagnostica síndrome de Fanconi. El servicio de dermatología integra el diagnóstico de melanocitosis dérmica congénita. El tamiz metabólico muestra elevación de TIR. El exoma identifica una variante patogénica en el gen *VPS33B*, c. 1498G>T (p. *Glu500**) homocigota. Fallece a los tres meses por neumonía.

Discusión: Estos dos casos clínicos de la Ciudad de México muestran el diagnóstico genético de síndrome de ARC de inicio en etapa neonatal con la misma variante patogénica del gen *VPS33B*, c. 1498G>T (p. *Glu500**) descrita en la población hispana; en las publicaciones médicas no se han identificado casos de esta alteración. A diferencia de lo descrito, no se documentó consanguinidad como factor de riesgo; ambas personas cursaron con colestasis neonatal con GGT normal, sin hepatitis. En el caso dos se realizó biopsia hepática que identificó hepatitis neonatal con células gigantes, un hallazgo histopatológico notificado en este síndrome. Las dos pacientes se diagnosticaron con síndrome de Fanconi, con dilatación pielocaliceal en el caso uno, sin otras alteraciones anatómicas descritas en ARC. Las dos presentaron artrogriposis y manifestaciones dermatológicas como xerosis, hipertrichosis y melanocitosis congénita, microcefalia, facies toscas, disfagia, dislipidemia, hipoglucemia y anemia normocítica normocrómica. Ambas registraron una elevación de TIR sin poder realizar prueba de electrolitos en sudor por defunción prematura a los tres meses de edad debido a complicaciones infecciosas.

Conclusiones: El síndrome de ARC es una entidad poco frecuente; debe considerarse como posibilidad diagnóstica en la atención de la colestasis neonatal relacionada con alteraciones renales y musculoesqueléticas. No existen informes previos en la población mexicana ni con dicha variante patogénica, por lo que esta presentación de casos proporciona información relevante para ampliar el conocimiento de esta entidad y establecer el diagnóstico de manera temprana y ofrecer una adecuada asesoría genética a los padres.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

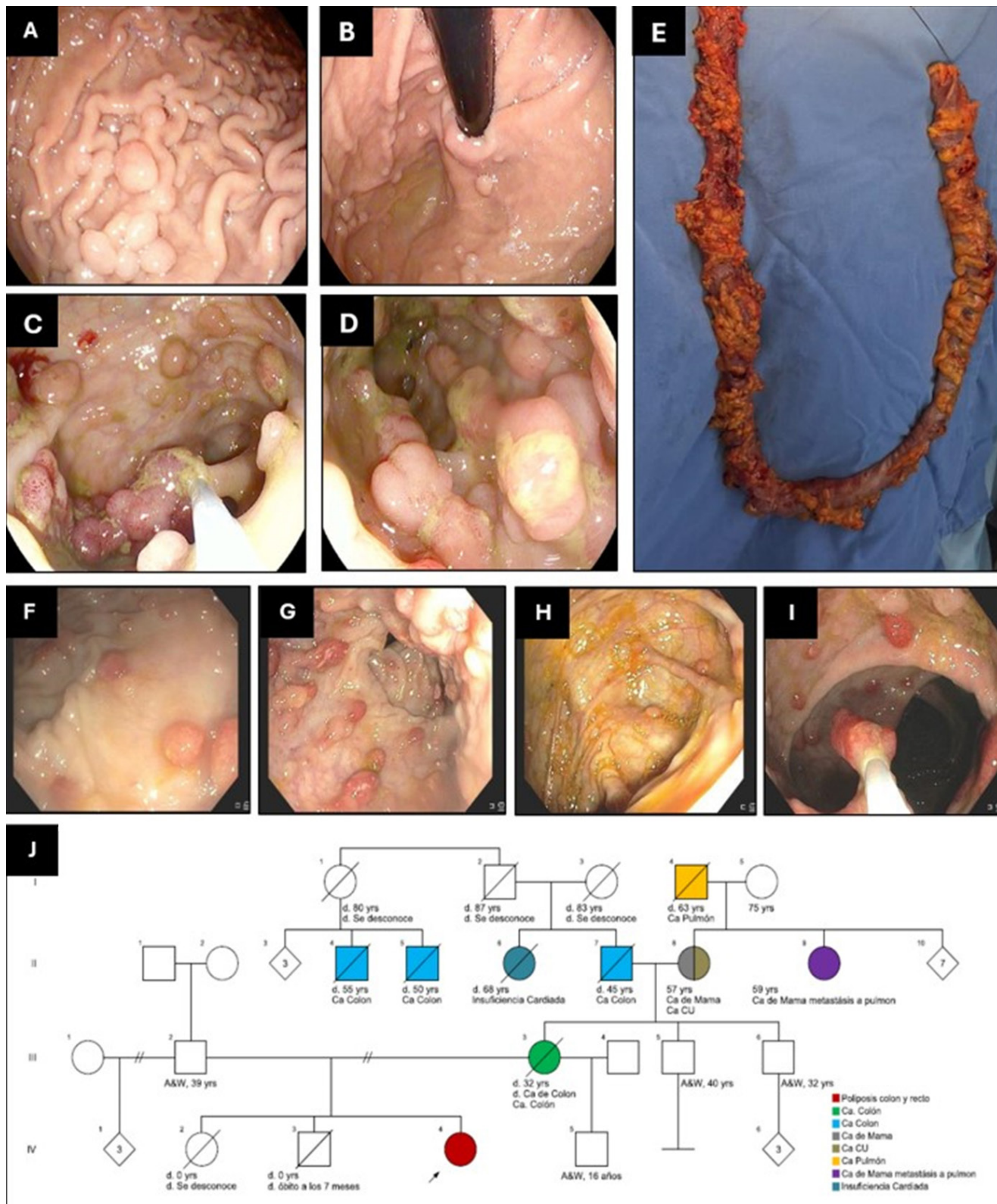
Dom129

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SÍNDROME DE ALAGILLE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN UN INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

A. A. Carrillo-Gutiérrez, M. Reyes-Apodaca, J. L. Flores-Castillo, C. U. Amaro-Reynoso, R. Vázquez-Frias, Grupo Colaborativo: Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Instituto Nacional de Salud

Introducción: El síndrome de Alagille (SA) es una enfermedad autosómica dominante, multisistémica y con un fenotipo variable entre los afectados. Su prevalencia se calcula en 1 caso por cada 70 000 individuos y el 95% de los casos se debe a variantes patogénicas en el gen *JAG1* y 2,5% en el gen *NOTCH2*. Se diagnostica por la presencia de tres de cinco rasgos: facies característica, embriotoxon posterior, estenosis pulmonar, defectos vertebrales y escasez de conductos biliares interlobulares. Sin embargo, existen variables en la expresión del fenotipo que pueden no estar presentes al nacimiento, lo cual retrasa el diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

Figura 1. Características macroscópicas y genealogía de los pacientes con poliposis intestinal múltiple. *A-B*, paciente con hamartoma. La colonoscopia muestra superficie del cuerpo y fondo del estómago con pólipos sésiles y pediculados. *C-D*, superficie del colon con múltiples pólipos. *E*, producto de una colectomía total con innumerables pólipos en su interior. *F-I*, paciente con síndrome de poliposis juvenil. En la colonoscopia se observan múltiples pólipos sésiles y pediculados, con superficie mucosa levemente hiperémica. *J*, genealogía de cuatro generaciones en la que se demuestran los antecedentes de carcinoma colorrectal en la familia. (Dom127)



Objetivo: Describir las características clínicas y paraclínicas en una cohorte de pacientes con diagnóstico clínico o molecular de SA.

Material y métodos: Se recolectaron los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico clínico o genético de SA en un instituto nacional de salud de tercer nivel en el periodo comprendido entre 1998 y 2023. Los participantes presentaban al menos tres de los siguientes criterios clínicos para sospecha SA: disminución de los conductos interlobulillares, embriotoxon posterior, vértebras en alas de mariposa, estenosis de la arteria pulmonar o facies característica. Se revisó un total de 50 expedientes clínicos, de los cuales 30 cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos.

Resultados: Se incluyó a 30 pacientes (23 hombres). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron colestasis neonatal (90%), disminución de conductos interlobulillares (80%), estenosis de la arteria pulmonar (66,7%), embriotoxon posterior (63,3%), vértebras en alas de mariposa (53,3%), malformaciones renales (50%), facies características (46,7%), hipertensión portal (43,3%) y prurito (36,7%). Las medianas al ingreso fueron de 6,10 mg/dL (RIC 9,075) para bilirrubina directa, 396 UI/L (RIC 403,250) para gammaglutamil transferasa, 218 UI/L (RIC 200,00) para alanina aminotransferasa, 247 UI/L, (RIC 245,50) para aspartato aminotransferasa y 175 mg/dL (RIC 204,50) para colesterol. En total, 10 pacientes se sometieron a trasplante hepático (cinco por donador vivo y cinco por donador cadavérico). La mutación en el gen *JAG1* se notificó en nueve pacientes (ocho variantes patogénicas y una de significado incierto) (Tabla 1).

Conclusiones: El SA es una entidad hereditaria de afectación multisistémica y con un fenotipo variable. Debe sospecharse en pacientes con colestasis neonatal y anomalías cardíacas, oculares, esqueléticas y fascies características. El compromiso hepático en el SA varía ampliamente, la escasez de conductos biliares puede no ser evidente mediante biopsia y su ausencia no debe descartar su diagnóstico. Hasta una tercera parte de los niños con SA necesita trasplante antes de la adultez. El seguimiento de individuos con

esta afección debe llevarlo a cabo un equipo multidisciplinario, ya que la variabilidad de las características clínicas subraya la necesidad de establecer métodos estandarizados para el diagnóstico y tratamiento de esta entidad en la práctica clínica.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom130

LINFANGIECTASIA INTESTINAL PRIMARIA: DESCRIPCIÓN CLÍNICA, NUTRICIONAL, ENDOSCÓPICA E HISTOLÓGICA. SERIE DE CASOS

J. L. Flores-Castillo, D. Martínez-Subías, E. C. Pineda-Cely, C. U. Amaro-Reynoso, I. Núñez-Barrera, J. A. García-Aranda, R. Vázquez-Frias, P. Valencia-Mayoral, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La linfangiectasia intestinal (LI) es una causa de diarrea crónica caracterizada por enteropatía perdedora de proteínas, con origen primario o secundario; aparece por la presencia de vasos linfáticos intestinales dilatados que limitan el drenaje linfático y dan lugar a la pérdida de líquido quíloso hacia la luz intestinal. Las manifestaciones típicas son edema con diarrea intermitente, esteatorrea, deficiencia de vitaminas liposolubles, pérdida de inmunoglobulinas, linfopenia e hipocalcemia. El diagnóstico requiere análisis histológico de intestino delgado y el tratamiento de primera línea es nutricional con un aporte proteico elevado, bajo contenido de lípidos, complementación de triglicéridos de cadena media (TCM), vitaminas y minerales, además de suministro ocasional de aportes de albúmina.

Objetivo: Describir las características clínicas, nutricionales, endoscópicas e histológicas de la linfangiectasia intestinal primaria (LIP).

Material y métodos: Serie de casos retrospectiva. Se evaluó a pacientes menores de 18 años diagnosticados con LIP desde 2014 hasta 2024 en el departamento de gastroenterología pediátrica. El diagnóstico de LIP se basó en la histología típica más la exclusión de causas secundarias de LIP.

Resultados: Se analizó a siete pacientes con LIP, 57% del género femenino, con promedio de edad al diagnóstico de 55 meses; las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron diarrea y edema, ambas en 85,7% de los casos, y el 83,3% cursó con talla baja y disminución muscular; cuatro de ellos mostraron manifestaciones extraintestinales, en particular el caso tres con afectación multisistémica relacionada con el síndrome de Takenouchi-Kosaki. Todos tenían hipoalbuminemia con linfopenia y el 85% hipocalcemia; el resto de las alteraciones aparecieron de forma heterogénea (Tabla 1). En el estudio endoscópico todos mostraron imágenes indicativas de dilatación vascular linfática; cuatro casos se clasificaron como tipo nodular, uno como tipo granular y los otros dos sin clasificación endoscópica referida. En el estudio de histopatología, todos los casos tenían dilatación de linfáticos y solo dos de ellos atrofia de microvellosidades. El tratamiento se sustentó en la intervención nutricional que requirió suministro mixto oral, con aporte de lípidos de 22% a 25%, proporción de la cual el 35% a 48% correspondió a triglicéridos de cadena media, y el aporte proteico ofrecido fue de 4,2-7 g/kg. El 66% recibió tratamiento con altas dosis de colesteciferol y el 50% calcio complementario, con lo que se consiguió mejoría nutricional.

Conclusiones: La linfangiectasia intestinal primaria es una anomalía inusual que se manifestó en estos pacientes con diarrea, edema, hipoalbuminemia y linfopenia; el estudio endoscópico e histológico es la base para el diagnóstico y la atención nutricional es crucial para el control de los síntomas. El diagnóstico nutricional puede ser subjetivo, por lo que el crecimiento lineal es un dato importante para la evolución del estado nutricional de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom131

SÍNDROME DE ALAGILLE: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO DE PACIENTES DE UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE PEDIATRÍA EN LA CIUDAD DE MÉXICO DEL AÑO 2003 A 2023

A. M. García-Barrón, E. F. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, K. R. Ignorosa-Arellano, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Tabla 1. Manifestaciones clínicas en pacientes pediátricos con SA. (Dom129)	
Pacientes	
n	30
Sexo % (n)	
Hombre	76,7% (n = 23)
Mujer	23,3% (n = 7)
Diagnóstico molecular % (n)	30% (n = 9)
Criterios diagnósticos % (n)	
Colestasis neonatal	90% (n = 27)
Disminución de conductos interlobulillares	80% (n = 26)
Estenosis de la arteria pulmonar	66,7% (n = 20)
Embriotoxon posterior	63,3% (n = 19)
Vértebras en ala de mariposa	53,3% (n = 16)
Malformación renal	50% (n = 15)
Fascies característica	46,7% (n = 14)
Otros % (n)	
Hipertensión portal	43,3% (n = 13)
Prurito	36,7% (n = 13)
Trasplante hepático, todos % (n)	33,3% (n = 10)
Media de laboratorios en la primera hospitalización	
Bilirrubina directa, mg/dL	6,10 (RIC 9,07)
ALT, UI/L	218 (RIC 200,00)
AST, UI/L	247 (RIC 245,50)
GGT, UI/L	396 (RIC 403,25)
Colesterol, mg/dL	175 (RIC 204,50)
Triglicéridos, mg/dL	141,50 (RIC 138,250)
ALT, alanino aminotransferasa; AST, aspartato aminotransferasa; GGT, gammaglutamil transferasa.	

Tabla 1. Características clínicas y bioquímicas al diagnóstico de linfangiectasia intestinal primaria. (Dom130)

Características clínicas													
Paciente	Sexo	Edad al diagnóstico (meses)	Talla/edad al diagnóstico (z-score)	Talla/edad actual (z-score)	Náusea/ vómito	Diarrea	Pérdida de peso	Distensión	Edema	Dolor abdominal	Ascitis	Afectación linfática extraintestinal	Infecciones bacterianas de repetición
1	M	174	-3,92	-3,87	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	No
2	M	39	-1,84	-3,89	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
3	M	24	-5,67	-4,58	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No
4	F	102	-3,86	-3,76	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
5	F	10	-0,20	-0,63	Sí	Sí	No	No	Sí	No	No	No	No
6	F	10	-2,00	-2,09	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
7	F	30	-2,68	SD*	No	Sí	No	No	No	No	No	Sí	No
n/ (%)		55			42,8%	85,7%	42,8%	42,8%	85,7%	28,5%	57,1%	71,4%	0%
Características bioquímicas													
Paciente	Albumina (g/dL)	Calcio (mg/dL)	Linfocitos (10x3/μL)	Colesterol (mg/dL)	Triglicéridos (mg/dL)	IgG (mg/dL)	IgA (mg/dL)	IgM (mg/dL)	IgE (IU/mL)	Elastasa fecal (μg/gr)	Sudan III (+/-)	D-Xilosa (mg/dL)	Alfa ₁ -antitripsina fecal (VN: <26.8 mg/dL)
1	2,3	6,3	0,83	164	121	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD	SD
2	0,8	5,5	1,00	163	82	147 (↓)	33,5 (↓)	38,1 (↓)	101 (-)	SD	Neg	36,8 (-)	137,5 (↑)
3	1,2	5,6	0,17	73	91	303 (↓)	104 (-)	6,73 (↓)	17,7 (-)	559,23	Pos	28,53 (-)	73,13 (↑)
4	3,0	9,0	1,18	142	66	1 320 (↑)	70 (-)	83,7 (-)	23,2 (-)	SD	SD	SD	92,67 (↑)
5	1,1	8,5	1,93	103	117	1 450 (↑)	116 (↑)	222 (↑)	90,6 (-)	SD	SD	SD	111,85 (↑)
6	1,8	7,9	0,29	37	79	60,6 (-)	26,2 (-)	16,8 (↓)	17,1 (-)	22 (↓)	Pos	16 (↓)	23,42 (-)
7	2,8	8,5	1,13	177	103	SD	SD	SD	SD	SD	SD	36,77 (-)	SD

*Pérdida de seguimiento (-): sin alteraciones. Neg: negativo; Pos: positivo; SD: sin datos; VN: valor normal.

Introducción: El síndrome de Alagille es la enfermedad hepática colestásica hereditaria más común. Es una enfermedad heterogénea compleja, con un trastorno autosómico dominante causado por variantes patogénicas en *JAG1* o *NOTCH2*, con expresividad variable. Las características clínicas engloban múltiples sistemas: hepático, cardíaco, vascular, renal, óseo, craneofacial y ocular. Se ha observado que el patrón y el grado de afectación orgánica pueden ser diferentes entre pacientes, incluidos aquellos que comparten la misma mutación. El prurito es el síntoma más grave y debilitante.

Objetivo: Describir la presentación clínica, el diagnóstico y las complicaciones de los pacientes con diagnóstico de síndrome de Alagille diagnosticados en el periodo de 2003 a 2023 en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional mediante la revisión de expedientes clínicos de niños menores de 17 años y 11 meses de edad con diagnóstico de síndrome de Alagille (mediante biopsia hepática o criterios clínicos), en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México, en el periodo de enero de 2003 a noviembre de 2023.

Resultados: Veinte pacientes se diagnosticaron con síndrome de Alagille, con 9/20 (45%) pacientes del sexo femenino y 11/20 (55%) del masculino. La media de edad en que se realizó el diagnóstico fue de 11 meses, con edad máxima a los 24 meses y mínima a los dos meses de edad. El diagnóstico de 17 de los pacientes se estableció mediante biopsia hepática, en tres de ellos mediante los criterios clínicos. En cuanto a la presentación clínica, cabe destacar que el 90% de los pacientes cursó con síndrome colestásico neonatal prolongado, 5 (25%) con acolia, 15 (75%) con prurito y 20 (100%)

con ictericia al diagnóstico. A la exploración física, 18 (90%) pacientes mostraron facies característica (frente prominente, cara triangular y nariz en silla de montar), 16 (80%) hepatomegalia y 3 (15%) esplenomegalia. En la **Tabla 1** se muestran las manifestaciones sistémicas identificadas en estos individuos. En cuanto a los parámetros bioquímicos, la media de la gammaglutamil transferasa al diagnóstico de la enfermedad fue de 559 U/L, la de bilirrubina total de 8,5 mg/dL, la de bilirrubina directa de 5,3 mg/dL, la de alanina aminotransferasa de 183 U/L, la de aspartato aminotransferasa de 215 U/L, la de colesterol total de 328 mg/dL y la de triglicéridos de 261 mg/dL. En este momento, solo 2/20 de los pacientes tienen estudio genético, con identificación de la mutación en el gen *JAG1*. Por otra parte, los hallazgos histológicos más frecuentes en la biopsia hepática fueron ausencia de conductos biliares (85%), fibrosis portal (10%), transformación pseudoacinar y tapones biliares (5%). Cabe destacar que solo 1/20 de los pacientes recibió trasplante hepático. La edad media de supervivencia fue de 117 meses, el 55% perdió seguimiento y el 15% falleció.

Conclusiones: El patrón de afectación hepática del síndrome de Alagille es diverso; sin embargo, la colestasis neonatal con GGT elevada fue la presentación más común, lo cual coincide con lo informado en el estudio de Vandriel *et al*. Las manifestaciones clínicas oftalmológicas, vertebrales y cardíacas encontradas en este estudio coinciden con lo descrito en las publicaciones médicas. Un porcentaje significativo de pacientes no cuenta con estudio genético, el cual ayuda a identificar a los pacientes que no cumplen con todos los criterios clínicos. Por lo tanto, es de suma importancia la identificación temprana por los médicos pediatras para la detección oportuna y referencia de los pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Manifestaciones sistémicas en pacientes diagnosticados con síndrome de Alagille. (Dom131)

Alteraciones cardíacas	• Estenosis pulmonar, 6 (30%) • Persistencia del conducto arterioso, 3 (15%) • Comunicación interauricular, 2 (10%) • Comunicación interauricular con estenosis pulmonar, 2 (10%)
Alteraciones oftalmológicas	• Embriotoxon posterior, 14 (70%) • Retinopatía pigmentaria, 1 (5%) • Queratocono, 1 (5%)
Alteraciones renales	• Acidosis tubular renal, 9 (45%) • Enfermedad renal poliquística, 3 (15%) • Reflujo vesicoureteral, 1 (10%)
Alteraciones vertebrales	• Vértebras en mariposa, 12 (60%) • Hemivértebra, 3 (15%) • Ausencia de coxis, 3 (15%)
Alteraciones endocrinológicas	• Talla baja, 16 (80%) • Xantomas, 2 (10%)

Fuente: elaborado por los autores.

Dom132

MEDICIÓN DE ESCALA CIOMS/RUCAM PARA HEPATOTOXICIDAD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

F. J. Obando-Lazo, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, N. K. Bernal-Delgadillo, G. E. Lizardi-Benítez, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca

Introducción: La lesión hepática inducida por fármacos (LHIF) es un motivo de consulta frecuente en pacientes con polifarmacia, pero se desconoce la incidencia en la población pediátrica; un estudio en Latinoamérica señala un aumento de la incidencia de 8%. La polifarmacia es común en pacientes oncológicos; de estos, los casos graves de LHIF representan el 19% e incluyen desde insuficiencia hepática aguda pediátrica hasta hepatopatía crónica con diferentes estadios de fibrosis. Son pocos los estudios disponibles hoy día en pacientes pediátricos, por lo que se consideró importante realizar este estudio. **Objetivo:** Describir la forma de presentación, gravedad y tipo de lesión de hepatotoxicidad en pacientes oncológicos pediátricos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se incluyó a 11 pacientes oncológicos con elevación de transaminasas relacionada con fármacos y LHIF, en quienes se descartaron otras causas de hepatopatía y se utilizó la escala de causalidad CIOMS/RUCAM. Las variables señaladas fueron edad, sexo, estado nutricional, parámetros bioquímicos, fármacos administrados y mortalidad.

Resultados: Se observó predominio del género femenino (72,7%). Los diagnósticos nutricionales fueron desnutrición aguda leve (3/11), eutrofia (5/11), obesidad (1/11), desnutrición crónica agudizada moderada (1/11), desnutrición crónica agudizada grave (1/11). En cuanto al diagnóstico oncológico, predominó la leucemia linfoblástica aguda (LLA) en ocho pacientes y el tumor de Wilms, tumor retroperitoneal e histiosarcoma en un paciente, respectivamente. Se evaluó en cada uno de ellos CIOMS/RUCAM tras considerar un patrón enzimático: $R > 5$ hepatocelular, < 2 colestásico y 2-5 patrón mixto; el patrón de daño hepático predominante fue el hepatocelular con 63,6% ($n = 7$), seguido del patrón colestásico ($n = 3$) y el patrón mixto ($n = 1$). Fallecieron 5/11 pacientes, todos con patrón hepatocelular, cuatro mujeres y un hombre, tres de ellos con LLA. Los medicamentos vinculados con LHIF y utilizados con mayor frecuencia fueron anfotericina B, 6-mercaptopurina, metrotexato y glucocorticoides.

Conclusiones: De acuerdo con las publicaciones médicas, no existe significancia estadística en cuanto al género como factor de riesgo para LHIF; en

este estudio predominó el femenino. Hay escasos datos acerca del papel que desempeña la enfermedad subyacente y las comorbilidades en la susceptibilidad de LHIF. El patrón más común de los fenotipos del LHIF en esta población es el hepatocelular por inflamación y necrosis, que concuerda con los informes previos hasta de 90% de todos los casos. De acuerdo con otros autores, el origen principal de LHIF en la población general es el uso de antibióticos, indicados con frecuencia en pacientes oncológicos debido al mayor riesgo de infección por inmunosupresión, sumado a la polifarmacia necesaria para el control de los síntomas y los efectos adversos a los fármacos. La causa principal del daño hepático puede ser la interacción farmacológica y no la quimioterapia sola. Sin embargo, es escasa la información y se requieren diferentes diseños epidemiológicos para emitir conclusiones definitivas. **Financiamiento:** No se recibió ninguno.

Dom133

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON DAÑO HEPÁTICO ASOCIADO A INSUFICIENCIA INTES-TINAL

D. L. Franco-Gutiérrez, E. Hernández-Chávez, J. R. Zárate-Guerrero, D. K. Rojas-Valenzuela, A. Palacios-Herrera, Hospital de Pediatría, Unidades Médicas de Alta Especialidad UMAE, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: El daño hepático relacionado con insuficiencia intestinal es un padecimiento que engloba colestasis, esteatohepatitis, enfermedades de la vesícula biliar y cirrosis en el paciente con falla intestinal. A pesar de que los criterios diagnósticos no están bien definidos, se considera una complicación reversible y prevenible. Su fisiopatología es multifactorial y comprende factores relacionados con el paciente y el apoyo parenteral; dado que su prevalencia se ha elevado, suscita interés describir los factores de riesgo vinculados.

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con daño hepático relacionado con insuficiencia intestinal del Hospital de Pediatría del CMNO en el periodo comprendido entre enero y diciembre de 2023.

Material y métodos: Descriptivo. En los pacientes en los que se descartaron otras causas de daño hepático, como las infecciosas, las metabólicas y las secundarias a fármacos, se analizaron las siguientes variables de acuerdo con las características clínicas del paciente: edad, sexo, edad gestacional y peso al nacimiento, diagnóstico y causa de la insuficiencia intestinal, número de operaciones previas, tipo de falla intestinal, infecciones concomitantes, administración de antibióticos, presencia de válvula ileocecal y posible relación con sobrecrecimiento bacteriano; las características del apoyo parenteral administrado fueron composición, armonización, modo de administración y duración; otras más fueron alteración del flujo enterohepático y uso de nutrición enteral.

Resultados: Se incluyeron 10 casos, la mediana de edad fue de 15,5 meses con un intervalo desde nueve hasta 24 meses, con un predominio del sexo femenino (ocho). Se identificaron como causas seis atresias intestinales, dos obstrucciones secundarias a tapón meconial con fibrosis quística descartada, un caso de enterocolitis necrosante y una invaginación intestinal; ocho de los pacientes fueron prematuros y seis tuvieron bajo peso al nacimiento. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, cuatro estuvieron sometidos a más de tres episodios, siete contaban con válvula ileocecal y tres no, los cuales cursaron con sobrecrecimiento bacteriano. En cuatro de ellos, además de las alteraciones bioquímicas hepáticas, se observó una alteración del flujo enterohepático por ultrasonido. Se identificaron factores de riesgo nutricionales relacionados, como el tipo de emulsión lipídica, en nueve de ellos con MCT/LCT al 20% y solo uno SMOF Lipid; la duración del apoyo parenteral en ocho de los pacientes fue > 60 días y el modo de administración fue continuo, excepto uno en el que se mantuvo ciclado. Todos los pacientes tuvieron nutrición enteral como parte de la rehabilitación intestinal y siete de ellos desarrollaron infección por catéter, con su consecuente administración de antibióticos. Con lo anterior pudo observarse que los pilares de prevención son en la población la importancia de la nutricional parenteral, la enteral (control de las mezclas de lípidos, programas de ciclado, inicio temprano de nutrición enteral) y el control de las infecciones inducidas por catéteres.

Conclusiones: El daño hepático es una complicación grave de la insuficiencia intestinal, con mayor prevalencia en edades tempranas; los factores de riesgo para su desarrollo se relacionan con el paciente y el apoyo nutricional. Es importante mantener un alto índice de sospecha en los pacientes que tienen los factores de riesgo previamente descritos; es fundamental que el trata-

miento sea multidisciplinario e individualizado, con estrategias terapéuticas de corto plazo que reduzcan la mortalidad.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom134

CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO Y SUS CUIDADORES

M. F. Chelius-Muñoz, E. Hernández-Chávez, Hospital General Regional de Orizaba, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El trasplante de hígado (TH) es la norma de atención en múltiples entidades, entre ellas la enfermedad hepática terminal, insuficiencia hepática aguda y ciertos tumores hepáticos benignos y malignos. El TH en pediatría proporciona buenos resultados en términos del paciente y de la supervivencia del injerto. Debido a que ocurre durante el desarrollo físico y mental, provoca notables trastornos en el estilo de vida cotidiana de los pacientes y sus familias que afectan la calidad de vida.
Objetivo: Describir la calidad de vida de los niños receptores de trasplante hepático y de sus cuidadores.
Material y métodos: Estudio transversal de pacientes pediátricos receptores de TH en seguimiento en la UMAE Hospital de Pediatría del CMNO. Se solicitó aceptación mediante consentimiento y aplicación de cuestionarios PeLTQL en sujetos > 8 años/cuidadores, PedsQL < 7 años/cuidadores; se obtuvieron datos demográficos, clínicos y bioquímicos. El análisis de los datos se realizó mediante medidas de tendencia central y distribución.
Resultados: Se incluyó a 22 pacientes posquirúrgicos de trasplante hepático junto con sus cuidadores; predominó el sexo femenino con 63,6% (14) y el masculino registró el 36,4% (8). La edad mediana fue de 6,50 años. El principal motivo de realización del TH fue la atresia de vías biliares con 68,2% (15) y en segundo lugar el hepatoblastoma con 13,6% (3). La edad en que se practicó el TH en el primer año de vida fue de 63,6% (14). Respecto del tiempo que transcurrió desde la práctica del trasplante al momento del estudio, el 27,3% (6) tenía un año de evolución y seguimiento, con una mediana de seguimiento de 5,7 años. Como complicaciones se registró el rechazo en el 36,3% (8), proporción de la cual el 9,1% (2) representó un rechazo agudo secundario a trombosis, y el 27,3% (6) un rechazo crónico; la intervención quirúrgica biliar fue secundaria a estenosis, fistulas y bilioma presentes en 27,3% (6); en 9,1% (2) se necesitó cirugía vascular por trombosis. De los 22 tutores entrevistados, la madre es el cuidador principal en 90,9% (20), con ocupación de ama de casa en 54,5% (12). En relación con la calidad de vida mediante PedsQL, se advirtió que predominó en los cuidadores una mejor calidad de vida en el aspecto emocional y una regular en el escolar. De forma similar a lo valorado en el paciente, se observó calidad de vida buena en lo emocional y su punto débil fue el elemento escolar que se clasificó como de regular a bueno (Tabla 1). Con respecto a lo evaluado con PeLTQL, en los padres se obtuvo una calidad de vida buena, con predominio de la salud futura, y en los menores predominó el aspecto socioemocional.

Tabla 1. Puntuaciones promedio. (Dom134)						
Funcionamiento	2-4 años		5-7 años		Paciente	
	Padres		Padres		Paciente	
	DS		DS		DS	
Físico	81,6	19	64,8	29	74,2	23,4
Emocional	82,2	11,8	72,5	26	76,3	14,9
Social	80,6	17,8	71,3	30,1	70,0	29,4
Escolar	54,2	34,4	45,0	30,0	60,0	20,0
Funcionamiento	Paciente		Padres			
	DS		DS			
Salud futura	59,6		25,8		70,4	
Afrontamiento y adaptación	59,0		19,0		66,4	
Socioemocional	60,2		24,4		68,5	
Total	62,8		15,5		67,6	

Conclusiones: La calidad de vida en pacientes receptores de TH es buena en ambos grupos estudiados (pacientes y cuidadores). Los aspectos que se alteran son el escolar y el afrontamiento/adaptación, el primero quizá secundario al ausentismo escolar por citas médicas y hospitalización. Se utilizó el cuestionario específico de PeLTQL, cuya ventaja es la de ofrecer una mayor sensibilidad y especificidad porque incluye preguntas centradas en los desafíos relacionados con el tratamiento y la enfermedad; el mayor de sus inconvenientes es que solo puede aplicarse en pacientes > 8 años. Por otra parte, llama la atención que los padres tengan una percepción de menor calidad de vida en sus hijos, según lo encontrado en las puntuaciones más bajas en promedio. Es necesario el tratamiento multidisciplinario de estos pacientes que promueva la salud mental del cuidador y la del paciente por medio de apoyo psicológico.
Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom135

BIOMARCADORES INFLAMATORIOS EN LA ENFERMEDAD DE HÍGADO GRASO ASOCIADA A DISFUNCIÓN METABÓLICA (MAFLD) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

G. D. Hernández-Gómez, E. Duarte-Reséndiz, K. D. Guzmán-Avilán, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, V. D. Olivas-Cabral, A. Valdés-Cervantes, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad de hígado graso relacionada con disfunción metabólica (EHGDM) es una de las afecciones hepáticas crónicas más comunes y se caracteriza por una acumulación excesiva de triglicéridos en el hígado, con prevalencia en aumento, sobre todo en pacientes con sobrepeso u obesidad. Hasta un 10% de los niños se afecta y entre 2% y 5% de estos pueden evolucionar a enfermedad hepática terminal. En la actualidad, su diagnóstico requiere estudios de imágenes o biopsia hepática. En los últimos años, una creciente evidencia ha demostrado que la inflamación crónica se considera un componente significativo de la fisiopatología de EHGDM, por lo que es posible predecir su existencia y desarrollo mediante marcadores inflamatorios crónicos, por lo que se ha sugerido la utilidad de estos para predecir dicha entidad.
Objetivo: Determinar la utilidad de los biomarcadores inflamatorios como factores predictores de EHGDM en pacientes pediátricos del servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González.
Material y métodos: Pacientes con IMC > 85% percentil que acudieron a la consulta de obesidad pediátrica del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL. Se realizó valoración clínica y nutricional con antropometría. Como parte de la valoración clínica se indicó ecografía abdominal para detectar esteatosis hepática. Se solicitaron determinaciones séricas que incluyeron biometría hemática, pruebas de función hepática y perfil de lípidos, y se determinó índice HOMA. A través de la evaluación clínica, parámetros antropométricos, datos de laboratorio y estudios de imagen se identificó a los niños con EHGDM y, por medio de la medición de los biomarcadores inflamatorios, se estableció si eran de utilidad como predictores de la enfermedad en pacientes pediátricos.
Resultados: Se incluyó a 50 pacientes con edad media de 11,86 años. De estos, 26 eran masculinos (52%) y 24 femeninos (48%); además, 38 (76%) tuvieron diagnóstico de esteatosis hepática y cumplían criterios para EHGDM y 12 (24%) carecían de esteatosis. La mayoría de los individuos en ambos grupos mostraba obesidad, con un 94,7% en el grupo con EHGDM y un 83,3% en el grupo sin EHGDM, sin diferencias significativas (p = 0,240), al igual que en las características demográficas y antropométricas (Tabla 1). Los parámetros metabólicos no revelaron diferencias significativas y los parámetros hepáticos tenían valores de AST (p = 0,007) y ALT (p = 0,050) significativamente mayores en el grupo con EHGDM, lo que indicaba una mayor alteración e inflamación hepática en este grupo. Los parámetros hematológicos mostraron algunas diferencias significativas. Las cifras de monocitos y neutrófilos fueron significativamente mayores en el grupo con EHGDM (p = 0,010 y p = 0,033, respectivamente). Otros parámetros como los linfocitos, plaquetas y volumen medio de plaquetas y los índices relacionados no mostraron diferencias significativas ni en los OR ni en los AUC (p > 0,05) (Tabla 1).
Conclusiones: Este estudio no encontró diferencias significativas en las características demográficas y antropométricas entre los grupos con y sin EHGDM; sin embargo, los valores de AST, ALT, monocitos y neutrófilos fueron

Tabla 1. Características demográficas y antropométricas, y parámetros hematológicos, hepáticos y metabólicos. (Dom135)

	EHGDM	Sin EHGDM (n = 12)	p
Edad, media (DE)	11,47 (2,64)	12,25 (2,30)	0,278
Sexo			1,000
Masculino, n (%)	20 (52,6%)	6 (50%)	
Femenino, n (%)	18 (47,4%)	6 (50%)	
Peso, media (DE)	63,74 (18,37)	68,21 (19,85)	0,499
Talla, media (DE)	148,34 (14,19)	153,75 (12,76)	0,227
IMC, media (DE)	27,41 (5,84)	28,15 (5,48)	0,691
Estado nutricional			0,240
Obesidad	36 (94,70%)	10 (83,30%)	
Sobrepeso	2 (5,30%)	2 (16,70%)	
HOMA, mediana (RIQ)	5,20 (3,2-11,2)	4,03 (2,84-8,82)	0,125
RI, n (%)	33 (86,8%)	8 (66,66%)	0,191
ALT/TGP IU/L, mediana (RIQ)	45,41 (19,9-64)	20,65 (15,4-33)	0,099
ALT elevada, n (%)	25 (65,80%)	4 (33%)	0,050
AST/TGO IU/L, mediana (RIQ)	34,96 (23-45,2)	20,50 (18,9-24,8)	0,007
Neutrófilos K/uL, media (DE)	6,26 (3,95)	4,14 (2,41)	0,033
Linfocitos K/uL, media (DE)	2,85 (1,44)	2,55 (1,00)	0,430
Monocitos K/uL, media (DE)	0,6300 (0,290)	0,5226 (0,118)	0,010
Plaquetas K/uL, media (DE)	330 550 (96 610)	287 580 (66 555)	0,096
Volumen medio de plaquetas (fl), media (DE)	8,65 (1,83)	9,22 (1,85)	0,362
I N/L, mediana (RIQ)	1,84 (1,275-4,496)	1,44 (0,7747-3,56)	0,220
I P/L, mediana (RIQ)	134 540 (83 554-148 440)	107 590 (79 688-145 806)	0,413
I L/M, media (DE)	4,19 (2,92)	5,03 (2,12)	0,841
I M/HDL, media (DE)	0,65 (0,33)	0,53 (0,29)	0,240
LDL mg/dL, media (DE)	99,19 (30,12)	87,47 (21,23)	0,143
LDL mmol/L, media (DE)	2,55 (0,75)	2,26 (0,55)	0,163
HDL mg/dL, media (DE)	41,69 (9,05)	42,54 (11,74)	0,821
HDL mmol/L, media (DE)	1,08 (0,23)	1,10 (0,30)	0,433
Colesterol mg/dL, media (DE)	165,76 (32,20)	156,47 (30,91)	0,380
Triglicéridos mg/dL, mediana (RIQ)	113,15 (90,90-166,20)	100,25 (88,00-150,99)	0,716

significativamente mayores en el grupo con EHGDM, y no se registró diferencia significativa en los biomarcadores inflamatorios en pacientes pediátricos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom136

PRECISIÓN DE LAS ESCALAS PELD/MELD Y pCLIF SOFA PARA PREDECIR MORTALIDAD EN NIÑOS CON FALLA HEPÁTICA AGUDA, AGUDA SOBRE CRÓNICA O CRÓNICA

G. E. Lizardi-Benítez, E. V. Estrada-Arce, J. C. Lona-Reyes, L. E. Flores-Fong, J. A. Romano-Velazco, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, F. J. Obando-Lazo, N. K. Bernal-Delgadillo, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: Las hepatopatías son causa frecuente de consulta en pacientes pediátricos hospitalizados y pueden tener una evolución aguda, crónica o aguda sobre crónica. La evolución natural de la hepatopatía crónica consiste en una fase inicial asintomática compensada seguida de una fase progresiva descompensada. La rapidez de la descompensación es variable, pero los pacientes con descompensación tienen una elevada mortalidad a corto

plazo. Se han utilizado varias puntuaciones específicas del hígado para pronosticar a estos pacientes, incluida la puntuación PELD/MELD y pCLIF SOFA. Aunque se emplean de forma amplia, estas puntuaciones evalúan diferentes parámetros y en México no hay estudios que evalúen las distintas escalas de predicción de mortalidad.

Objetivo: Analizar la precisión de las escalas PELD/MELD y pCLIF SOFA para predecir la mortalidad en niños con insuficiencia hepática aguda, aguda sobre crónica o crónica.

Material y métodos: Pacientes pediátricos de 0 a 16 años con falla hepática aguda, aguda sobre crónica o crónica del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca del 2015 al 2023. Tipo de estudio: cohorte dinámica. Para el análisis descriptivo se determinaron frecuencias y porcentajes de las variables cualitativas y medianas de las cuantitativas. Para el estudio de precisión de las escalas PELD/MELD y pCLIF SOFA para predecir mortalidad se calcularon sensibilidad, especificidad e índice de Youden.

Resultados: Se estudió a 51 pacientes, 28 mujeres (54,9%) y 23 hombres (45%), con una mediana de edad de 87 meses (máximo 207 y mínimo 1). Desarrolló falla hepática aguda el 43,1% (22/51), hepatopatía crónica el 31,3% (16/51) y aguda sobre crónica el 25,4% (13/51). La causa primaria de la afección hepática no se determinó en 41,1% (21/51). Las causas de egreso en total fueron la defunción en 43,1% (22/51), el traslado a otra unidad hospitalaria en 15,6% (8/51) y el resto en seguimiento en la institución. La mortalidad en los pacientes con falla hepática aguda fue de 72,7% (16/22), con hepatopatía aguda sobre crónica de 27,2% (6/22) y con hepatopatía

crónica de 0% (Tabla 1). La precisión de la escala PELD/MELD mostró una sensibilidad del 50% y especificidad del 31%, mientras que la escala pCLIF SOFA una sensibilidad del 100% y una especificidad del 93%, con un índice de Youden de 0,19 y 0,93, respectivamente.

Conclusiones: Existe una gran mortalidad en pacientes pediátricos con hepatopatía y fue mayor en los que sufren falla hepática aguda hasta en 43%. Dentro de la comparación de la precisión de mortalidad en las escalas PELD/MELD y pCLIF SOFA se demostró mayor sensibilidad en la escala pCLIF SOFA en comparación con PELD/MELD y mayor precisión para predecir mortalidad en pCLIF SOFA de acuerdo con el índice de Youden.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Estadística demográfica y clínica de la población del estudio. (Creación propia). (Dom136)				
Variables		Parámetros		
		n	%	M
Género	Femenino	28	54,90%	
	Masculino	23	45%	
Edad		87 meses		
Hepatopatía	Falla hepática aguda	22	43,10%	
	Falla hepática aguda sobre crónica	13	25,40%	
	Falla hepática crónica	16	31,30%	
Causa de egreso	Defunción	22	43,10%	
	Traslado	8	15,60%	
	Seguimiento	20	39,20%	

Dom137

HEMORRAGIA VARICEAL SECUNDARIA A HIPERTENSIÓN PORTA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

C. U. Amaro-Reynoso, R. Vázquez-Frias, M. V. Pasos-Camal, A. A. Carrillo-Gutiérrez, Hospital Infantil de México

Introducción: La hemorragia por varices esofágicas es un problema clínico importante en niños con enfermedad hepática crónica. Infortunadamente, no existen pruebas suficientes para recomendar de forma sistemática la profilaxis primaria endoscópica de las varices en los niños, en particular porque no se conoce con precisión ni el riesgo de mortalidad de la primera hemorragia por varices ni la eficacia y la seguridad de la profilaxis primaria. Dados los aspectos logísticos y éticos relacionados con los estudios aleatorios, es necesario desarrollar un registro de datos para determinar la evolución natural relevante de la enfermedad necesaria para ayudar a informar la toma de decisiones clínicas.

Objetivo: Recopilar datos preliminares y describir la morbimortalidad de pacientes con hipertensión portal que recibieron tratamiento de la primera hemorragia por varices o profilaxis endoscópica.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo, retrospectivo y retrolectivo. Periodo de realización: marzo de 2023 a marzo de 2024. Población estudiada y criterios de inclusión: pacientes pediátricos con diagnóstico de enfermedad hepática crónica y uno de los siguientes episodios clínicos: primera hemorragia varicosa y profilaxis primaria de varices esofágicas. Criterios de exclusión: ninguno.

Resultados: Dentro del grupo de la primera hemorragia variceal se obtuvo la información de 52 pacientes, de los cuales los diagnósticos más frecuentes se enlistan en la Tabla 1. La degeneración cavernomatosa de la porta fue la causa más prevalente de hipertensión portal, lo que representa casi el 50% de los casos, y la hemorragia variceal fue la manifestación inicial de la enfermedad en 13 pacientes (55%) con una edad promedio de presentación de vías biliares representó el origen más relevante dentro de las causas intrahepáticas y el segundo de todos los casos, con una edad promedio de inicio de la hemorragia varicosa de 18 meses en los sujetos evaluados. La hemorragia recurrente a los siete días a tres meses del primer episodio se

documentó en cuatro de los 52 pacientes (7,5%). Por otra parte, cuando se sigue a los individuos luego de este periodo de tiempo, se observó que al menos 29 presentaron episodios recurrentes en un promedio de tres, y una defunción en un caso de atresia de vías biliares con diagnóstico tardío. En lo que respecta a los pacientes sometidos a endoscopia profiláctica se registró un total de 16. De estos, seis se hallaban bajo tratamiento farmacológico profiláctico antes del procedimiento. La principal causa para someter a los individuos a este abordaje profiláctico fue el protocolo de trasplante hepático en nueve pacientes y en siete como parte del abordaje diagnóstico. De todos los evaluados, solo uno sufrió hemorragia varicosa posterior a los tres meses, sin mortalidad de los pacientes durante el seguimiento.

Conclusiones: En resumen, se presenta la experiencia de un solo centro terciario que evaluó la morbimortalidad vinculada con el primer episodio de hemorragia, así como la seguridad del tratamiento profiláctico endoscópico. Si bien la hemorragia variceal es una complicación sumamente preocupante en niños, con este estudio se advirtió que la primera hemorragia parece ser letal solo de modo ocasional y es difícil caracterizar la morbilidad. Existe evidencia limitada indicativa de la eficacia y seguridad de la profilaxis primaria, ya sea farmacológica o endoscópica, en la población pediátrica. Estos resultados muestran que el procedimiento parece ser seguro y con un bajo riesgo de desarrollar complicaciones a corto y mediano plazos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Tabla 1. Frecuencia de diagnósticos relacionados con hipertensión portal en la población pediátrica y hemorragia variceal. (Dom137)	
Frecuencia de diagnósticos relacionados con hipertensión portal y hemorragia variceal	
Diagnóstico	n
Degeneración cavernomatosa de la porta	24
Atresia de vías biliares	15
Fibrosis hepática congénita	6
Colestasis intrahepática familiar progresiva	2
Colangitis esclerosante	2
Infiltración hepática por histiocitosis de Langerhans	1
Cirrosis criptogénica	1
Hipertensión portal de causa desconocida	1

Dom138

MASLD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD: INTERACCIÓN CLÍNICA Y BALANCE REDOX

I. Villagómez-López, L. Mejía-Pérez, M. Martínez-Castillo, L. Suárez-Bonilla, D. Santana-Vargas, Z. Medina-Ávila, A. Hernández-Barragán, J. Limón-Castillo, G. Gutiérrez-Reyes, Laboratorio de Hígado, Páncreas y Motilidad (HIPAM), Unidad de Investigación en Medicina Experimental, Facultad de Medicina, UNAM, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: La importancia de la enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (EHEDM) se ha incrementado en los últimos años al convertirse en la primera causa de enfermedad hepática crónica en niños y adultos. Además, hoy en día no se ha definido el control diagnóstico y clínico en la población pediátrica.

Objetivo: Evaluar la implicación del estado redox en pacientes pediátricos con obesidad y EHEDM con características antropométricas, datos bioquímicos y manifestaciones clínicas.

Material y métodos: Estudio transversal que incluyó a 103 pacientes pediátricos (8-14 años) de la clínica de obesidad del Hospital Pediátrico Iztapalapa. Los sujetos se clasificaron con EHEDM o sin EHEDM mediante ultrasonografía hepática. Se evaluaron las características antropométricas, clínicas y los valores en sangre de glutatión reducido (GSH), glutatión oxidado (GSSG), malondialdehído (MDA) y proteínas carboniladas (CP). Los datos se expresaron en frecuencias absolutas y relativas (%), mientras que las variables continuas se determinaron con media $\pm$ DE y el análisis se realizó por medio

de la t de Student y la U de Mann-Whitney con el software SPSS V.22. Todos los participantes proporcionaron su consentimiento informado por escrito y el estudio se llevó a cabo de acuerdo con las disposiciones de la Declaración de Helsinki.

Resultados: De la población total se identificaron 19 casos sin EHEDM y 84 con EHEDM, de los cuales el 52% correspondió al sexo masculino. Al tratarse de niños con diagnóstico de obesidad, los datos antropométricos (peso, IMC [OMS, CDC], índice cintura-estatura, índice cintura-cadera y porcentaje de grasa corporal) no mostraron diferencias significativas entre grupos. Se observó una mayor dificultad respiratoria ($p = 0,037$) y poliuria ($p = 0,047$) en los pacientes con EHEDM respecto de los individuos sin la enfermedad. Por su parte, las transaminasas AST, ALT y GGT se encontraron elevadas en la EHEDM ($p < 0,05$), así como la urea. Por último, en la evaluación del balance rédox, GSH decreció en la EHEDM en comparación con las personas sin el trastorno ($p = 0,001$), lo que alteró a su vez el cociente GSH/GSSG; también se identificó un aumento de las CP en la EHEDM ($p = 0,011$).

Conclusiones: En niños con obesidad y EHEDM se registró una alteración en el balance rédox dado que hubo reducción de la forma antioxidante del glutatión, así como el mayor daño de proteínas, lo que señala mayor oxidación. La incorporación de nuevas herramientas al diagnóstico y la atención de pacientes pediátricos obesos es una necesidad primaria para reducir la elevada prevalencia y mejorar así la calidad y expectativa de vida en edades tempranas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom139

RELACIÓN ENTRE LA CATETERIZACIÓN UMBILICAL Y ABSCESO HEPÁTICO NEONATAL: UN REPORTE DE SEIS CASOS

J. A. Romano-Velazco, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, K. N. Herrera-González, L. I. Mondragón-González, G. E. Lizardi-Benítez, N. K. Bernal-Delgadillo, F. J. Ovando-Lazo, E. G. Gaytán-Martínez, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: Los abscesos hepáticos en recién nacidos son infrecuentes; son efecto de una infección que asciende por vía umbilical y la vena porta, infecciones hematológicas o por contigüidad de estructuras. Puede presentarse en clínica en la forma de sepsis y dificultar el diagnóstico específico, por lo que ante factores de riesgo y sospecha se aconseja confirmar con estudios de imagen.

Objetivo: Exponer seis casos con diagnóstico de absceso hepático en etapa neonatal.

Informe de casos:

Caso 1: Paciente masculino de 36 SDG con 2 810 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. El paciente desarrolló sepsis, hepatomegalia y síndrome colestásico; a los cinco días, el ultrasonido identificó colección de 12 mL en el lóbulo derecho y de 1,4 mL en el izquierdo, por lo que se iniciaron meropenem, vancomicina y metronidazol por 39 días, sin aislamiento infeccioso.

Caso 2: Paciente femenino de 35 SDG con 2 190 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. La paciente presentó sepsis, hipotensión y hepatomegalia; a los siete días, el ultrasonido reveló una colección en el lóbulo derecho de 10,5 mL, por lo que se indicaron meropenem, vancomicina y metronidazol por 36 días, con aislamiento de *Klebsiella pneumoniae*.

Caso 3: Paciente masculino de 36 SDG con 2 595 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. El enfermo mostró distensión abdominal, hepatomegalia, sepsis y síndrome colestásico; a los cinco días, el ultrasonido delineó una colección de 2 mL en el lóbulo derecho, por lo que se administraron meropenem y amikacina por 37 días, con aislamiento de *Patoea agglomerans*.

Caso 4: Paciente masculino de 34 SDG con 1 400 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. El paciente sufrió sepsis, hepatomegalia y síndrome colestásico; a los 10 días, el ultrasonido reveló una colección de 2 mL en el lóbulo derecho, por lo que se prescribieron meropenem y vancomicina por 42 días, con aislamiento de *Klebsiella pneumoniae*.

Caso 5: Paciente femenino de 34 SDG con 1 200 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. La enferma se presentó asintomática; a los 12 días, el ultrasonido reconoció colecciones de 3 mL en el lóbulo

derecho y de 2 mL en el izquierdo, por lo que se iniciaron meropenem y anfotericina B, con aislamiento de *Candida tropicalis*.

Caso 6: Paciente masculino de 26,5 SDG con 970 g al nacer y antecedente de catéter umbilical, venoso y arterial. Se observaron distensión abdominal, hepatomegalia, sepsis y síndrome colestásico; a los 25 días, el ultrasonido mostró una colección de 4,7 mL en el lóbulo izquierdo, por lo que se administraron cefotaxima, metronidazol, vancomicina por 26 días y fluconazol por 12 días, con aislamiento de *Rautella planticola*.

Discusión: El absceso hepático en la etapa neonatal es una entidad rara y de difícil diagnóstico, por lo que esta serie de casos es útil para analizar la enfermedad y, en caso de sospecha, considerarla y diagnosticarla.

Conclusiones: En esta serie de casos, desde el 2015 hasta el día de hoy, y al compararla con las publicaciones médicas, se observa que el antecedente de cateterización umbilical es un factor de riesgo muy importante para desarrollar un absceso hepático, así como la prematuridad y bajo peso al nacer; en consecuencia, ante síntomas inespecíficos, es importante tenerla en cuenta para no retrasar el diagnóstico y el tratamiento.

Financiamiento: No se recibió ningún financiamiento.

Dom140

CORRELACIÓN DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA JUAN I. MENCHACA

A. Chávez-Marcocchio, E. V. Estrada-Arce, J. C. Lona-Reyes, E. Rivera-Chávez, L. E. Flores-Fong, Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Introducción: La enfermedad de hígado graso no alcohólica es el trastorno hepático más común y afecta al 25% de la población mundial. Es uno de los problemas más comunes en la población pediátrica con sobrepeso y obesidad y además representa la causa más frecuente de enfermedad hepática crónica en la infancia. Sin embargo, el aumento de la EHGNA se debe también al incremento de la pobre salud metabólica en pacientes con normopeso y se relaciona con los patrones modernos de alimentación y escasa actividad física. Entre los factores de riesgo se han señalado un IMC elevado y, de acuerdo con la nueva definición de hígado graso, la desregulación metabólica, incluida la resistencia a la insulina. Los criterios diagnósticos se basan en la evidencia de hígado graso, además de uno de los siguientes: sobrepeso/obesidad, desregulación metabólica con al menos dos características de riesgo o presencia de DM2.

Objetivo: Precisar la correlación entre el IMC y la RI en niños y adolescentes con EHGNA, además de determinar la prevalencia de esta en niños y adolescentes atendidos en el servicio de pediatría y gastroenterología pediátrica; asimismo, describir las características clínicas de los pacientes con EHGNA, definir las características demográficas de los pacientes con este trastorno y analizar la relación entre el IMC y la RI.

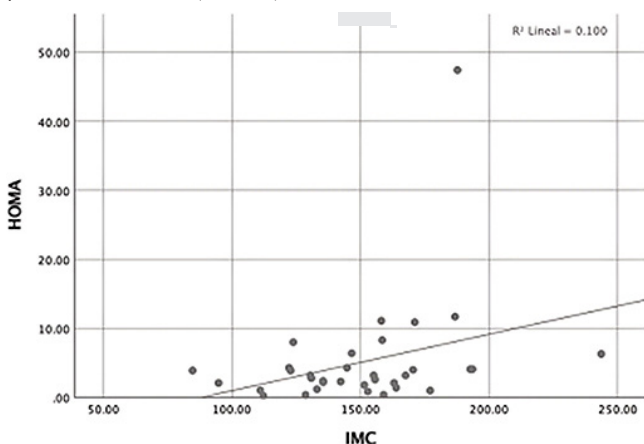
Material y métodos: Se trata de un estudio transversal y analítico en el que se evaluó a 34 pacientes pediátricos y adolescentes con diagnóstico de esteatosis hepática en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica en un periodo de cinco años.

Resultados: Se evaluó a 34 pacientes con esteatosis hepática de 4 a 16 años de edad, el 55,9% del sexo femenino y el 44% del masculino. En estos pacientes se encontró que el 76% sufría obesidad y 20,2% sobrepeso (solo un paciente tenía normopeso). Se registró una prevalencia de resistencia a la insulina en 44,1% de los pacientes y se observó que el 10% del HOMA depende del IMC. En las demás variables cuantitativas se identificó hipertrigliceridemia en el 73,5%, hepatomegalia en 8,8%, hipertensión arterial en 20,5% y elevación de ALT en el 55,8% (Figura 1).

Conclusiones: La obesidad y el sobrepeso fueron mayores que en otros estudios, lo que refleja el estado nutricional de esta población. Con estos resultados es importante tamizar a todos los pacientes con este diagnóstico nutricional para hígado graso. Destaca la importancia de evaluar la función hepática y el metabolismo glucosa-insulina en pacientes con obesidad y sobrepeso por la relación observada entre el HOMA y el IMC. A pesar de que la elevación de ALT se presentó solo en la mitad de la población estudiada, aún se considera una herramienta útil de tamizaje.

Financiamiento: No se dispuso de financiamiento alguno.

Figura 1. En el análisis de correlaciones se observa entre el índice de HOMA y el IMC una rho de 0,35 y en el análisis de regresión lineal se calculó un R² lineal de 0,10, es decir, el 10% del HOMA depende del IMC para el grupo de pacientes estudiados. (Dom140)



Dom141

EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE DE COLÉDOCO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

A. M. Sánchez-Martínez, L. Gordillo-Rodríguez, Hospital para el Niño Poblano

Introducción: El quiste del colédoco es una malformación congénita caracterizada por dilatación de la vía biliar intrahepática o extrahepática y se diagnostica en particular durante la edad pediátrica. Existen cinco tipos de quistes del colédoco, con base en el método de clasificación de Todani y el sitio anatómico en que se encuentran. En clínica puede presentarse con la triada típica (dolor abdominal, masa abdominal e ictericia) o sin síntomas y estudios de laboratorio indicativos. El único tratamiento efectivo es todavía la resección quirúrgica del quiste, seguida de hepatoyeyunostomía en Y de Roux.

Objetivo: Notificar los aspectos diagnósticos y terapéuticos, y la evolución de los pacientes pediátricos con quiste del colédoco en un hospital de tercer nivel en México.

Material y métodos: En este estudio se revisaron expedientes clínicos del 1 de enero del 2013 al 1 de enero del 2023 con diagnóstico en expediente clínico de quiste del colédoco, tipos I y II. Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Los criterios de exclusión fueron los pacientes que no cumplieran los criterios diagnósticos y con expediente clínico incompleto.

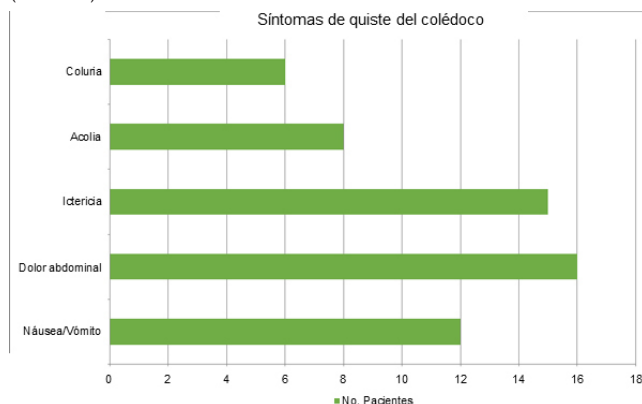
Resultados: Se incluyó a 38 pacientes, 26 (68,4%) mujeres y 12 (31,5%) hombres. La muestra se dividió en dos grupos: 14 (36,8%) < 1 año (grupo 1) y 24 (63,1%) de 1 a 18 años (grupo 2). La edad promedio de diagnóstico fue de 4 años ($\pm 4,2$), con edad mínima de cinco días de vida y máxima de 16 años. El quiste del colédoco tipo I fue el más frecuente y se identificó en 84,2% de los pacientes, lo cual coincide con lo informado en la bibliografía. En ninguno de los pacientes se reconoció la triada habitual; el síntoma más frecuente fue el dolor abdominal en 16 (42%) pacientes, seguido de ictericia en 15 (39,4%) y náusea y vómito en 12 (31,5%), con 4 (10,5%) sin signos clínicos indicativos (Figura 1). El estudio diagnóstico más utilizado fue el ultrasonido abdominal en 21 (55%) pacientes, en 11 se indicó la tomografía de abdomen (29%) y en 6 (16%) la colangiografía. En cuanto a los estudios de laboratorio al ingreso, la transaminasemia fue la más observada, registrada en 25 (65,7%) pacientes, así como el patrón colestático en 21 (55,2%) y 6 (15,7%) no mostraron alteración en los estudios de laboratorio. Hasta 36 individuos fueron objeto de tratamiento quirúrgico, 24 sin complicaciones posquirúrgicas (63,2%), cinco con complicaciones de largo plazo que requirieron una segunda intervención quirúrgica (13,1%), 7 (18,5%) con complicaciones de corto plazo y 2 (5,2%) se perdieron en el seguimiento. En cuanto a la mortalidad, 3 (7,8%) pacientes murieron por infecciones relacionadas con los cuidados de la salud posquirúrgicos.

Conclusiones: En la población pediátrica se ha modificado la presentación clínica de pacientes con quistes del colédoco. Los síntomas habituales son

poco específicos de la afección; sin embargo, se observó que la transaminasemia, en relación con un patrón colestático, puede ser indicativa; el trastorno debe sospecharse en el paciente pediátrico con ictericia y dolor abdominal. El diagnóstico se establece de forma tardía y el género más afectado es el femenino, tal y como lo refieren los estudios mundiales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento por ninguna institución gubernamental o comercial.

Figura 1. Síntomas más frecuentes en pacientes pediátricos con diagnóstico de quiste del colédoco. En orden descendente: dolor abdominal (16 pacientes), ictericia (15), náusea y vómito (12), acolia (8) y coluria (6). (Dom141)



Dom142

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

A. D. Paredes-Alcocer, O. Parra-Gaiani, Y. Quiñones-Pacheco, G. Peniche-González, G. Herrera-Can, J. A. Vázquez-Contreras, Hospital General

Introducción: Los quistes del colédoco son dilataciones congénitas de la vía biliar extrahepática. Los quistes > 10 cm se conocen como quistes gigantes del colédoco, una malformación congénita de la vía hepatobiliar poco frecuente en pediatría. Su incidencia es de 1 caso por cada 150 000 habitantes y son más frecuentes en mujeres que en hombres con una relación hombre:mujer de 1:4.

Objetivo: Presentar una serie de casos clínicos de pacientes pediátricos con quiste gigantes del colédoco.

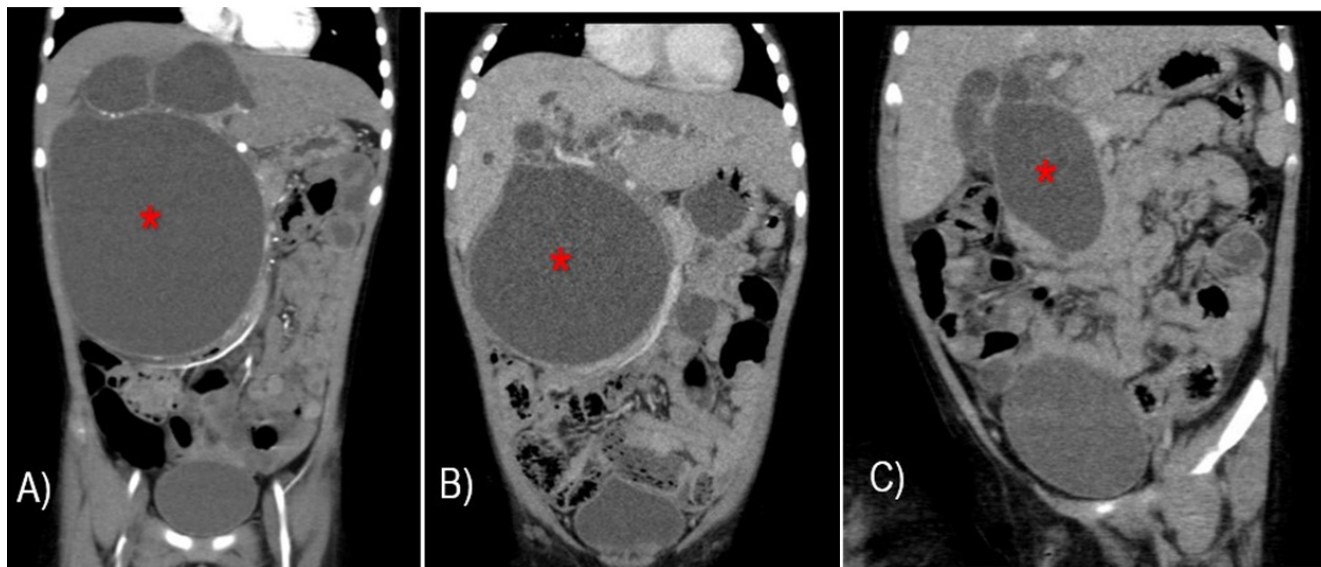
Informe de casos:

Caso 1: Mujer de tres años con padecimiento de una semana de evolución, con dolor abdominal, estreñimiento, fiebre intermitente y masa abdominal palpable. Tratada de manera sintomática sin mejoría. Se registra transaminasemia en los controles de laboratorio de ingreso. La tomografía abdominal indica dilatación quística del colédoco de 35 mm, Todani I-A. El servicio de cirugía pediátrica practicó colecistectomía laparoscópica más derivación biliodigestiva con anastomosis hepatoduodenal. Entre las complicaciones se encontraron datos de colangitis.

Caso 2: Hombre de cinco años con padecimiento de tres semanas de evolución con dolor abdominal y vómito, tratado de manera sintomática sin mejoría. Se observa transaminasemia en los controles de laboratorio de ingreso. El ultrasonido abdominal revela dilatación quística del colédoco de 10 mm, Todani I-C. Se somete a colecistectomía laparoscópica más derivación biliodigestiva con anastomosis hepatoyeyunal. Entre las complicaciones se identificó una vesícula biliar con múltiples cálculos biliares.

Caso 3: Mujer de dos años con padecimiento de un mes de evolución, con dolor abdominal, vómito, ictericia, distensión abdominal con empeoramiento progresivo y masa abdominal palpable. Tratada de manera sintomática sin mejoría. Muestra transaminasemia en los controles de laboratorio de ingreso e hiperbilirrubinemia. La tomografía abdominal registró dilatación quística del colédoco de morfología fusiforme de 10 mm, Todani IV-A. Se somete a colecistectomía laparoscópica más derivación biliodigestiva con anastomosis hepatoyeyunal. Entre las complicaciones se identificaron signos de fuga biliar (Figura 1).

Figura 1. Tomografía simple y contrastada abdominopélvica en pacientes con quistes gigantes del colédoco. Vista coronal de la tomografía (A, B y C) en la que se identifica una colección de líquido bien circunscrita en relación con quiste del colédoco (asterisco rojo). A, medidas de 9,6 x 12,9 cm con 1 600 cm³ de contenido. B, medidas de 9,7 x 10,2 con 440 cm³ de contenido. C, medidas de 8,3 x 10,4 cm con 380 cm³ de contenido y morfología fusiforme. (Dom142)



Discusión: El quiste gigante del colédoco es una rara entidad en el espectro de las anomalías congénitas de la vía biliar, con pocos casos notificados en las publicaciones médicas. El 80% de los quistes del colédoco se diagnostica en la primera década de la vida y la presentación clínica se caracteriza por la triada clínica de dolor abdominal en el cuadrante superior, masa palpable e ictericia. El reconocimiento temprano de esta entidad ayuda a evitar complicaciones, como formación de litos, colangitis recurrente, transformación maligna a colangiocarcinoma, pancreatitis, hipertensión portal, fibrosis hepatoiliar, ictericia obstructiva e insuficiencia hepática final. El quirúrgico es el tratamiento de elección en los quistes gigantes del colédoco para evitar sus complicaciones. La cirugía laparoscópica es la que mejor resultados ha ofrecido en pacientes pediátricos.

Conclusiones: En este estudio se presenta una serie de casos de quistes gigantes del colédoco. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica y debe incluirse como diagnóstico diferencial en la evaluación del dolor abdominal en pediatría. La técnica de reconstrucción del tracto biliar posterior al retiro del quiste no está bien establecida en la bibliografía médica por falta de estudios clínicos prospectivos aleatorizados, por lo que la experiencia y el criterio clínico del cirujano determinan la técnica de reconstrucción. La resección laparoscópica del quiste con anastomosis hepatoyeyunal parece ser segura y eficaz en niños como técnica quirúrgica.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom143

EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, HISTOLÓGICAS Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE QUISTE DE COLÉDOCO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Amezcua-Martínez, A. I. Torres-Fernández, F. E. Zárate-Mondragón, R. Cervantes-Bustamante, J. F. Cadena-de León, E. Montijo-Barrios, E. M. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, J. A. Ramírez-Mayans, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El quiste del colédoco es una anomalía congénita infrecuente de la vía biliar que se caracteriza por una dilatación intrahepática o extrahepática de esta. Hasta el 80% de los casos se diagnostica en la edad pediátrica. Las principales manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas y requieren un abordaje integral para establecer un diagnóstico oportuno. En México no existen informes recientes de esta afección, por lo que la descripción de la enfermedad permitirá realizar una evaluación completa y

establecer un diagnóstico temprano de sus posibles complicaciones (cirrosis hepática, pancreatitis, colangitis y neoplasias de vía biliar).

Objetivo: Describir la epidemiología, manifestaciones clínicas, características histológicas y tratamiento quirúrgico de pacientes diagnosticados con quiste del colédoco en un centro de tercer nivel de la Ciudad de México en los últimos 10 años.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal y observacional. Se incluyeron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de quiste del colédoco en el periodo del 1 de enero del 2014 al 1 de enero del 2024. El estudio consideró la epidemiología, presentación clínica, diagnóstico, características histológicas y tratamiento quirúrgico. Los resultados se analizaron con medidas de frecuencia para obtención de porcentajes y medias con desviación estándar.

Resultados: Se identificó a 52 pacientes, 40 (76,9%) del género femenino, con una media de edad al diagnóstico de $67 \pm 7,8$ meses. El tipo más frecuente de acuerdo con la clasificación de Todani fue el I con 13 (26,5%), seguido de IA en 11 (22,4%), IB en 5 (10,2%), IC en 7 (14,3%), IV en 5 (10,2%), IVA en 5 (10,2%) y V en 1 (2%). La presentación clínica consistió en dolor abdominal en 40 (76,9%) pacientes, ictericia en 31 (59,6%) y masa abdominal en 11 (21,2%); las complicaciones vinculadas fueron la pancreatitis con 14 (26,9%) y la colangitis con 7 (13,5%); solo un paciente inició con sangrado del tubo digestivo alto anemizante secundario a hipertensión portal. Se identificó colestasis en 25 (49%) pacientes. El estudio de gabinete inicial requerido para el diagnóstico fue el USG de hígado y la vía biliar en 39 (75%) casos, TAC abdominal en 11 (21%) y colangiografía en 2 (3,8%). El tratamiento quirúrgico consistió en la anastomosis hepatoyeyunal en Y de Roux en 98% (51) y un paciente requirió esfinteroplastia por CPRE. Se tomaron biopsias en 29 (55%) de los pacientes, de los cuales se encontraron informes de patología sobre biopsias hepáticas en 9 (17,3%), de las que 3 (5,8%) se notificaron con cirrosis hepática y 2 (3,8%) con fibrosis hepática congénita.

Conclusiones: En este trabajo se advirtió que la presentación epidemiológica en este país es semejante a la informada en las publicaciones internacionales. Es esencial la sospecha diagnóstica de esta anomalía; los médicos de primer contacto deben tener particular atención en los pacientes con dolor abdominal crónico, ictericia y masa abdominal, ya que estas características clínicas son las más descritas en las publicaciones médicas. El diagnóstico oportuno permitirá identificar a los individuos con alto riesgo de evolución a cirrosis hepática, ya que en este trabajo se identificó a pacientes con estas características histológicas, además de un nexo con la fibrosis hepática congénita; por consiguiente, las biopsias tomadas durante la operación representan un pilar para el pronóstico y el tratamiento médico subsecuente. En cuanto al tratamiento quirúrgico, la anastomosis hepatoyeyunal en Y de Roux fue el procedimiento de elección en esta serie, algo también similar a lo descrito en la bibliografía.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom144

COLECISTOLITIASIS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. DATOS CLÍNICOS Y COMPLICACIONES

K. D. Guzmán-Avilán, V. D. Olivas-Cabral, G. D. Hernández-Gómez, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, E. Duarte-Reséndiz, J. L. Rodríguez-Díaz, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: Durante las últimas dos décadas, la colelitiasis se ha reconocido en un número cada vez mayor de pacientes pediátricos. La causa puede desconocerse o relacionarse con factores de riesgo identificados. Unos 20 años antes se describía que el 20% de los cálculos biliares en los niños se relacionaba con una enfermedad hemolítica y que el 20% restante se vinculaba con otras causas. La prevalencia en pediatría ha aumentado hasta 1,9% a 4% en relación con el incremento de la obesidad.

Objetivo: Describir la forma de presentación de la litiasis vesicular, su evolución y las complicaciones en pacientes pediátricos atendidos en un hospital general.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y transversal. Se evaluaron los expedientes de pacientes pediátricos atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González en el periodo de marzo de 2019 a febrero de 2024 por el diagnóstico de colecistitis. Se incluyó a los pacientes con edad < 17 años con diagnóstico confirmado por US de colecistolitiasis. Se registraron los datos antropométricos de peso, talla e IMC. Se documentaron las complicaciones y el tratamiento establecido. Los datos obtenidos se analizaron en el programa estadístico SPSS 21.0.

Resultados: Se incluyó a 43 pacientes, 24 (55,8%) del género femenino y 19 (44,2%) del masculino; la media de edad fue de 13 años (10,75-15,3). En términos nutricionales, 16 (37,2%) pacientes fueron eutróficos, mientras que 11 (25,5%) tenían sobrepeso y 16 (37,2%) obesidad. La litiasis vesicular simple fue más frecuente en los individuos con obesidad. De la misma forma, los sujetos con coledocolitiasis tenían un IMC significativamente más alto que aquellos con colelitiasis simple ($p = 0,03$). Dentro de las manifestaciones clínicas, el dolor abdominal se observó en 83,7% de los casos, y la náusea o el vómito en el 65,11%. Las complicaciones más prevalentes fueron colecistitis en 16 (37,2%), pancreatitis en 16 (37,2%), coledocolitiasis en 5 (11,6%) y colangitis en 2 (4,6%); la pancreatitis fue más común en pacientes con sobrepeso/obesidad (**Figura 1**).

Conclusiones: Los resultados del estudio sugieren que la obesidad es un factor de riesgo significativo para la colelitiasis y las complicaciones graves relacionadas como la pancreatitis aguda biliar. Esos datos son similares a los notificados en un estudio previo conducido en esta institución (2006) en el que se incluyó a 42 pacientes y en el cual la obesidad fue la comorbilidad más prevalente (62 vs. 43%); en el estudio actual se observó un incremento de la aparición de pancreatitis como la complicación más frecuente (37,2% vs. 11,9%).

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Comparación de pacientes eutróficos, con sobrepeso-obesidad y con complicaciones. (Dom144)

	Eutrófico (n = 16)	Obesidad (n = 27)	p
Sexo			0,189
Femenino, n (%)	11 (68,8%)	13 (48,1%)	
Masculino, n (%)	5 (31,2%)	14 (51,9%)	
Diagnóstico por imagen			0,836
Colecistocolocolitiasis, n (%)	2 (12,25%)	3 (10,7%)	
Colelitiasis, n (%)	12 (75%)	21 (75%)	
Lodo biliar, n (%)	2 (12,25%)	3 (10,7%)	
Manifestaciones clínicas			
Dolor abdominal, n (%)	16 (100%)	20 (74,1%)	0,026
Náusea/vómito, n (%)	14 (87,5%)	14 (51,9%)	0,018
Fiebre, n (%)	4 (25%)	4 (14,8%)	0,407
Tratamiento			
Quirúrgico, n (%)	12 (75%)	14 (51,9%)	0,133
Médico, n (%)	12 (75%)	24 (88,9%)	0,233
CPRE, n (%)	3 (18,8%)	3 (11,1%)	0,485
Complicaciones			
Colecistitis, n (%)	8 (50%)	8 (29,6%)	0,182
Coledocolitiasis, n (%)	3 (18,8%)	2 (7,4%)	0,374
Colangitis, n (%)	1 (6,3%)	1 (3,7%)	0,372
Pancreatitis, n (%)	7 (43,8%)	9 (33,3%)	0,459
Estudios de laboratorio elevados			
WBC, n (%)	8 (50%)	10 (37%)	0,405
PCR, n (%)	8 (50%)	8 (29,6%)	0,182
Transaminasas, n (%)	9 (56,3%)	15 (55,6%)	0,965
Glucosa, n (%)	5 (31,3%)	6 (22,2%)	0,512
Colesterol, n (%)	4 (25%)	6 (22,2%)	0,835
Triglicéridos, n (%)	1 (6,3%)	14 (48,1%)	0,005