



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Exposición de trabajos libres en cartel

Domingo 16 de noviembre de 2025

Pediatría

Dom105

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN ALER- GIA ALIMENTARIA COMPROBADA CON PRUEBAS CU- TÁNEAS DE ALERGENOS POSITIVOS

E. Duarte-Reséndiz, V. D. Olivas-Cabral, C. Macouzet-Sánchez, L. A. Orellana-Chacón, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La alergia alimentaria (AF) es un problema de salud mundial con una prevalencia en constante aumento. Se ha informado que es más prevalente en niños, aunque los casos en adultos también han aumentado. En la actualidad persiste una limitada descripción de los síntomas digestivos, lo que puede provocar que pasen inadvertidos.

Objetivo: Describir los síntomas gastrointestinales más frecuentes en una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico de alergia alimentaria.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyó a pacientes con pruebas de alérgenos positivas que acudieron a la consulta de inmunología y alergias del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL en el periodo de 2024 a 2025. Se registraron variables demográficas y manifestaciones gastrointestinales. Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para cada síntoma gastrointestinal y además se determinó la proporción de pacientes que presentaron síntomas gastrointestinales y su relación con el alérgeno.

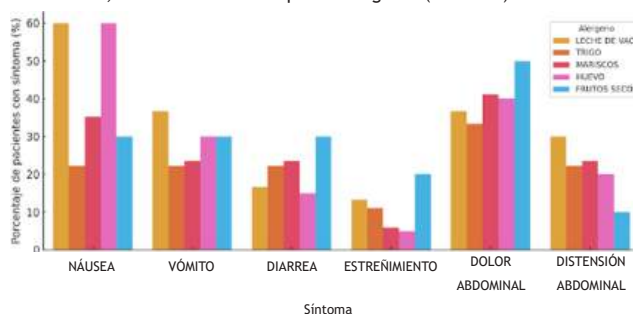
Resultados: Se incluyó en total a 74 pacientes. La edad media fue de $6,3 \pm 2$ años, 51% de pacientes masculinos y 48% de femeninas. Los alérgenos más frecuentes identificados fueron leche de vaca (40%), huevo (27%) y mariscos (23%) y frutos secos (13,5%). Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron el dolor abdominal (45,9%), la náusea (39,19%), el vómito (28,8%), la distensión abdominal (20,2%), la diarrea (14,8%) y el estreñimiento (8,1%). La relación entre sensibilización y síntomas gastrointestinales fue más evidente con la leche de vaca, ya que el 83% de los pacientes mostró al menos un síntoma gastrointestinal, seguido de la alergia a los frutos secos con un 70%. Se analizó la frecuencia de los síntomas gastrointestinales en función del tipo de alérgeno. La náusea fue el síntoma más prevalente en pacientes con alergia a la leche de vaca y huevo, hasta en 60% de los casos, mientras que en dolor abdominal se encuentra presente en mayor frecuencia en pacientes con alergia a los frutos secos y mariscos;

los síntomas menos frecuentes fueron en general el estreñimiento y la diarrea (Figura 1).

Conclusiones: Las alergias alimentarias más comunes fueron a la leche y el huevo, como se describe en las publicaciones médicas. El dolor abdominal fue el síntoma más prevalente. El diagnóstico de las alergias alimentarias es complejo y el tratamiento se basa sobre todo en dietas de eliminación dirigidas.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Porcentaje de síntomas gastrointestinales en pacientes con alergia alimentaria, de acuerdo con el tipo de alérgeno. (Dom105)



Dom106

FOSFATASA ALCALINA SÉRICA COMO MARCADOR PRO- NÓSTICO DE TOLERANCIA DE ALIMENTACIÓN ENTE- RAL TEMPRANA EN NEONATOS

V. D. Olivas-Cabral, A. Alejandre-Campos, E. Duarte-Reséndiz, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, A. Nieto-Sanjuanero, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, L. A. Orellana-Chacón, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La alimentación enteral temprana (AET) y sus efectos en la función intestinal (estimulación de la actividad enzimática, desarrollo del

sistema inmune entérico, colonización microbiana, absorción de fósforo y ácidos grasos) son clave en neonatos prematuros de muy bajo peso al nacer (MBPN $\leq 1\,500$ g). La incapacidad para alcanzar alimentación enteral plena (AEP) prolonga la necesidad de utilizar nutrición parenteral total, con las consecuencias conocidas. La fosfatasa alcalina (FA) es una enzima con funciones inmunomoduladoras y su isoenzima intestinal puede inducirse por el estímulo trófico de la alimentación enteral. Su medición temprana podría reflejar maduración intestinal funcional.

Objetivo: Evaluar si los valores séricos de FA total se relacionan con el tiempo para alcanzar la AEP.

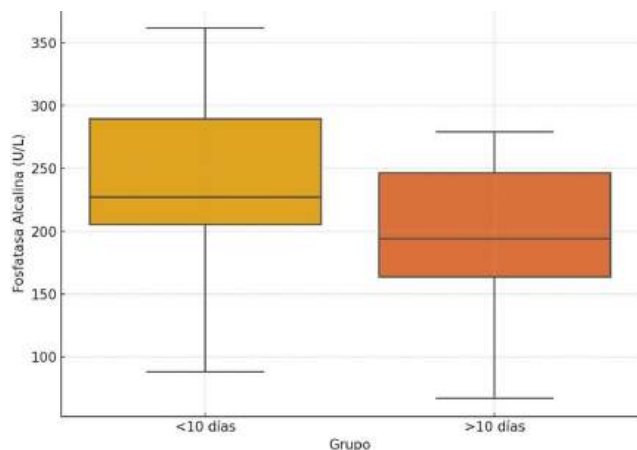
Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional. Se incluyó a 42 neonatos prematuros $\leq 35,2$ SDG y $\leq 1\,500$ g que ingresaron a la UCIN del Hospital Universitario José Eleuterio González de la UANL entre 2024 y 2025. Se excluyeron casos con malformaciones digestivas, infecciones congénitas y asfisia. Se analizó el inicio de la alimentación enteral temprana (≤ 10 días) y tardía (≥ 11 días) y se evaluaron variables clínicas y bioquímicas, incluidos peso al nacer, edad gestacional, sepsis, ventilación mecánica y cifras séricas de FA total. Por último, se realizó un análisis bivariado (U de Mann-Whitney para FA), así como regresión logística multivariada.

Resultados: Los neonatos con AEP temprana mostraron concentraciones más altas de FA (mediana, 227 vs. 194 U/L; $p = 0,060$). En el análisis multivariado se identificaron como predictores independientes de AEP tardía el bajo peso al nacer (OR = 8,00; IC95%, 1,17- 54,9; $p = 0,034$) y los valores bajos de FA (OR = 1,02 por unidad menos; IC95%, 1,00-1,04; $p = 0,018$). La edad gestacional y la ventilación mecánica no mostraron relación con el retraso en alcanzar la AEP (Figura 1).

Conclusiones: Las cifras bajas de FA podrían reflejar inmadurez intestinal o menor estimulación trófica, en relación con progresión alimentaria más lenta. La FA total baja a las 24 h se acompañó de mayor probabilidad de AEP tardía. No obstante, la determinación de FA total sin distinguir isoenzima intestinal limita la especificidad.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Comparación de los valores de FA sérica a las 24 h de vida entre neonatos que alcanzaron AEP temprana (≤ 10 días) y aquéllos con AEP tardía (≥ 11 días). Se observa una tendencia hacia las concentraciones más elevadas de FA en el grupo con AEP temprana (mediana, 227 vs. 194 U/L; $p = 0,060$). (Dom106)



Dom107

DISMINUCIÓN DEL GROSOR DEL CUÁDRICEPS FEMORAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CRÍTICAMENTE ENFERMOS

J. J. Peña-Gutiérrez, O. A. González-Hernández, E. Hernández-Chávez, J. C. Basulto-Ultreras, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La enfermedad crítica se define como el deterioro de una enfermedad que resulta en una homeostasis alterada, que puede ocasionar disfunción orgánica y conlleva notables consecuencias nutricionales que, dadas las características propias de los pacientes y su gravedad, suponen una dificultad para realizar mediciones que permitan una adecuada valoración del estado nutricional. Una de las herramientas que han cobrado

importancia en los últimos años es la ultrasonografía de diversos grupos musculares para correlacionar con el estado del catabolismo del paciente. En este trabajo se realizó la medición del grosor del cuádriceps femoral del paciente en estado crítico durante su estancia hospitalaria para evaluar la pérdida de masa de dicho grupo muscular.

Objetivo: Determinar si existe disminución del grosor del cuádriceps femoral en pacientes pediátricos críticamente enfermos.

Material y métodos: En esta cohorte prospectiva se incluyó a pacientes de un mes a 17 años 11 meses de edad, previamente sanos, que ingresaron a la unidad de terapia intensiva de esta unidad hospitalaria en el transcurso de seis meses. Se realizó la medición del cuádriceps femoral mediante ecografía a pie de cama del paciente con un USG modelo MyLabEighteXP y sondas de matriz convexa C 1-8 single Crystal y lineal 4-15 de alta frecuencia. Se marcó el punto de referencia con marcador indeleble para realizar las mediciones subsiguientes en la misma localización. Dicha medición se llevó a cabo dentro de las primeras 24 horas del ingreso del paciente, a los tres días de su ingreso y a los siete días, si el paciente continuó hospitalizado en ese tiempo; de lo contrario se tomaron en cuenta sólo las primeras dos mediciones. Se eliminó a los pacientes en los que no fue posible recabar la segunda medición. Cada medición se realizó dos veces para confirmar la medida y evaluar la variabilidad intraobservador. Se consideró disminución del grosor muscular con menos del 5% del valor medido de forma inicial.

Resultados: En relación con el grosor del cuádriceps femoral se encontró al ingreso una media de 28,57 mm (desviación $\pm 8,55$ mm); a las 72 h una media de 25,8 mm (desviación $\pm 8,62$ mm) y a los siete días una media de 23,31 mm (desviación $\pm 8,52$ mm). Por lo tanto, se registró una disminución media del grosor de 2,69 mm a las 72 h (DE $\pm 2,33$) y desde el ingreso hasta los siete días de 5,27 mm (DE $\pm 3,36$), ambas con significancia estadística, con una $p < 0,001$. La disminución promedio por día fue de 0,75 mm.

Conclusiones: La disminución del grosor muscular en el paciente críticamente enfermo es una entidad presente y tiene una participación potencial en la evolución clínica y, por ende, en los días de estancia en el servicio de terapia intensiva y hospitalaria total. Su medición por medio de ultrasonido a pie de cama es un método válido, accesible, seguro y práctico en este grupo específico de pacientes y podría promover intervenciones oportunas que tengan una repercusión positiva en sus condiciones generales.

Financiamiento: Este estudio no recibió ningún patrocinio ni financiamiento.

Dom108

ESTADO DE RIESGO NUTRICIONAL Y ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SEGÚN STAMP

E. V. Estrada-Arce, N. K. Delgadillo-Bernal, J. C. Reyes-Lona, L. E. Flores-Fong, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La desnutrición calórico-proteica es prevalente en niños hospitalizados y se relaciona con mayor estancia hospitalaria. Las guías ESPEN/ASPEN recomiendan el tamizaje nutricional al ingreso. Este estudio evalúa el riesgo de desnutrición en pacientes pediátricos del Hospital Civil de Guadalajara mediante STAMP y su efecto en la estancia hospitalaria.

Objetivo: Comparar la estancia hospitalaria en función del riesgo nutricional evaluado con STAMP en pacientes pediátricos hospitalizados.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo en pacientes de dos a 16 años hospitalizados en el Hospital Civil de Guadalajara de octubre a diciembre de 2024. Se aplicó el tamizaje STAMP en las primeras 48 horas. Se recolectaron datos demográficos, antropométricos y días de estancia hospitalaria.

Resultados: En 269 pacientes, la mediana de estancia fue de cuatro días. Según STAMP, 27,1% tuvo bajo riesgo, 54,6% riesgo medio y 18,2% alto riesgo nutricional. Se reconocieron diferencias significativas en la estancia hospitalaria según el riesgo nutricional ($p < 0,001$).

Conclusiones: El tamizaje STAMP es útil para identificar a pacientes pediátricos con riesgo nutricional al ingreso hospitalario. El riesgo nutricional se vinculó con una mayor estancia hospitalaria, lo que subraya la importancia de la evaluación nutricional temprana y las intervenciones oportunas. La implementación del tamizaje STAMP puede optimizar la atención nutricional y reducir la estancia hospitalaria en pacientes pediátricos.

Financiamiento: Ninguno.

Dom109

ESTANDARIZACIÓN DE ESPESANTES DE USO DOMÉSTICO PARA DISFAGIA OROFARÍNGEA EN LACTANTES

D. Castro-Mérida, R. Peña-Vélez, P. Cano-Romano, I. Silva-Ojeda, Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Hospital General Eduardo Vázquez N, Servicios de Salud IMSS-Bienestar

Introducción: La disfagia orofaríngea representa un trastorno en la secuencia de la deglución que afecta la fase oral o faríngea y compromete la seguridad y eficiencia del tránsito del bolo hacia el esófago. Se han utilizado las dietas con espesante en el tratamiento de la disfagia orofaríngea con resultados favorables.

Objetivo: Estandarizar diferentes espesantes de uso doméstico para obtener diferentes consistencias de acuerdo con la Iniciativa Internacional de Estandarización de la Dieta para la Disfagia (IDDSI).

Material y métodos: Se realizó una serie de pruebas con fórmula de inicio a dilución normal, con adición de diferentes porciones de fécula de maíz, harina de arroz, cereal de avena y maca pulverizada para obtener consistencias tipo néctar, miel y pudín, de acuerdo con las recomendaciones de la IDDSI; se utilizó una jeringa de 10 mL y se midió el residuo tras 10 segundos de vaciado. Con posterioridad se prepararon diferentes consistencias mediante 100 mL de fórmula de inicio.

Resultados: Se requirió una menor cantidad de maca pulverizada, cereal de avena, harina de arroz y fécula de maíz, en ese orden respectivamente, para obtener un aumento de la viscosidad. Con la fécula de maíz para consistencia de néctar se usaron 50 g (200 kcal), para consistencia de miel 65 g (260 kcal) y para consistencia de puré 75 g (300 kcal). Con harina de arroz para consistencia de néctar se emplearon 40 g (160 kcal), para consistencia de miel 45 g (180 kcal) y para consistencia de puré 50 g (200 kcal). Con cereal de avena para consistencia de néctar se usaron 20 g (80 kcal), para consistencia de miel 25 g (100 kcal) y para consistencia de puré 30 g (120 kcal). Con maca pulverizada para consistencia de néctar se utilizaron 12,5 g (117 kcal), para consistencia de miel 15 g (127 kcal) y para consistencia de puré 17,5 g (137 kcal). Se usaron 100 mL de fórmula de inicio para todos los espesantes.

Conclusiones: Es posible utilizar espesantes de uso doméstico para aumentar la viscosidad de la fórmula de inicio en diferentes consistencias, de acuerdo con las recomendaciones de la dieta para la disfagia. Los espesantes de uso doméstico promueven un aumento del aporte de calorías. Deben considerarse situaciones especiales, como prematuridad, edad y previa introducción de alimentación complementaria para elegir el espesante adecuado.

Financiamiento: Ninguno.

Dom110

ETIOLOGÍA DE LA PANCREATITIS AGUDA, RECURRENTE Y CRÓNICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

R. Y. Hernández-Franco, G. D. Loaiza-Montalvo, E. L. Tribouillier-Espinoza, K. R. Ignorosa-Arellano, F. Zárate-Mondragón, E. M. Toro-Monjaraz, J. F. Cadena-León, E. Montijo-Barrios, R. Cervantes-Bustamante, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La pancreatitis en la población pediátrica mexicana ha mostrado una incidencia creciente en las últimas décadas. Su diagnóstico representa un reto clínico debido a la variabilidad en la presentación de síntomas y la posibilidad de progresión hacia formas recurrentes o graves, con riesgo significativo de complicaciones sistémicas. Por ello resulta fundamental identificar oportunamente las causas más frecuentes en este medio a fin de orientar el abordaje diagnóstico y terapéutico de manera eficaz.

Objetivo: Identificar las causas más frecuentes de la pancreatitis aguda, recurrente y crónica en pacientes pediátricos atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría durante el periodo comprendido entre 2020 y 2024.

Material y métodos: Se incluyeron expedientes de pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos establecidos para pancreatitis aguda, recurrente y crónica, admitidos en el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo de 2020 a 2024.

Resultados: La muestra analizada incluyó 46 expedientes de pacientes pediátricos, con edades de 1 a 17 años. La edad promedio fue de 11,7 años,

mientras que la mediana fue de 13 años. Al clasificar por grupos etarios se observó que el 13% de los casos correspondió a niños de 1 a 5 años, el 27% a pacientes de 6 a 11 años, y el 60% a adolescentes de 12 a 17 años. Respecto de la clasificación clínica, la forma más frecuente fue la pancreatitis aguda con 54,5% (n = 26), seguida por la pancreatitis recurrente con 36,9% (n = 17) y la pancreatitis crónica con 6,5% (n = 3). Dentro de los casos de pancreatitis aguda, según la gravedad, se observó un predominio de formas leves con 50% (n = 13), moderadamente graves con 33,3% (n = 9) y graves con 16,6% (n = 3). Durante la revisión de los casos de pancreatitis en esta institución se reconoció una amplia variedad de etiologías agrupadas en anatómicas, obstructivas, metabólicas, genéticas, infecciosas, traumáticas, farmacológicas, autoinmunes, sistémicas e idiopáticas. La causa idiopática representa el mayor número de casos con 28% (n = 13), con predominancia de las presentaciones recurrentes en 61% (n = 8) y agudas (n = 5). Las anomalías anatómicas comprenden hallazgos como páncreas *divisum*, quistes del colédoco y estenosis ductales, las cuales se presentaron como casos recurrentes. Dentro de las causas obstructivas, la etiología biliar es la más frecuente, vinculada en particular con pancreatitis aguda. Las entidades medicamentosas se deben al consumo de fármacos antineoplásicos, L-asparaginasa y asparaginasa pegilada y se presentan de forma aguda. En contraste, las causas genéticas (PRSS1) y autoinmunes (tipos 1 y 2) muestran recurrencia. La presentación crónica fue menos frecuente, con sólo tres casos registrados: dos anatómicos y uno idiopático.

Conclusiones: En esta cohorte pediátrica, la edad de presentación predominante fue la de adolescentes. La pancreatitis aguda fue la presentación predominante, mayoritariamente de forma leve, aunque con casos moderadamente graves y graves que requieren vigilancia clínica estrecha. La elevada frecuencia de recurrencia (38,6%) resalta la importancia de identificar causas predisponentes (la etiología idiopática fue la más común). En respuesta a esta necesidad, en este hospital se han comenzado a incorporar en fecha reciente pruebas genéticas, con el objetivo de detectar alteraciones relacionadas con pancreatitis recurrente. Este enfoque permite reclasificar casos inicialmente idiopáticos, orientar el seguimiento clínico y prevenir el avance a formas crónicas y sus complicaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom111

SOBREPESO Y OBESIDAD: ¿FACTOR DE RIESGO EN ASCENSO PARA PANCREATITIS AGUDA EN PEDIATRÍA?

L. C. Loaiza-Bautista, A. P. Luna-Orozco, Hospital Infantil de Tlaxcala

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es un proceso inflamatorio agudo del parénquima pancreático y se presenta en 1/10 000 niños al año. La incidencia es de 1-13/100 000, con predominio femenino de 1:2. Su diagnóstico requiere dos de los siguientes criterios: dolor abdominal, lipasa y amilasa sérica tres veces por encima del valor normal y hallazgos imagenológicos. Existen factores de riesgo relacionados con PA pediátrica: infecciosos (virus de Epstein-Barr); metabólicos como hipertrigliceridemia; y medicamentos como L-asparaginasa. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad son un factor de riesgo que ha adquirido importancia; de acuerdo con la OMS y la ENSANUT del 2024, México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y hasta 30 a 40% de los niños tiene algún grado de sobrepeso u obesidad. En 2020-2023, el 19% de escolares padecía sobrepeso y el 17,5% obesidad; en adolescentes, 23,4% tenía sobrepeso y 17% obesidad. El tejido adiposo secreta TNF- α , IL-6 y leptina y se promueve un estado inflamatorio de bajo grado que predispone a una activación inapropiada de enzimas pancreáticas, alteraciones en la microcirculación pancreática y aumento del estrés oxidativo, lo que explica el inicio del proceso inflamatorio agudo pancreático. Quan-Yang destacó en 2024 que la incidencia de PA se correlaciona con la incidencia de obesidad, al modificar su inicio, curso y pronóstico. Dragu notificó en 2025 que el 21,1% de los pacientes con PA sufre obesidad y que la gravedad se incrementa hasta un 36,9% y la mortalidad en 3,1% sólo en la obesidad.

Objetivo: Determinar el estado nutricional mediante el uso de los valores de la puntuación Z de la OMS en pacientes con PA atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Identificar la frecuencia de sobrepeso y obesidad en individuos con PA atendidos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Registrar la prevalencia de la relación sobrepeso/obesidad y PA pediátrica de forma anual y comparativa.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo en un hospital pediátrico de tercer nivel que incluyó a

pacientes de 0 a 17 años 11 meses, con diagnóstico de PA de enero de 2020 a junio de 2025. Los datos se tomaron del expediente clínico completo y el estado nutricional se valoró con la puntuación Z.

Resultados: Se identificaron 34 casos y 22 cumplían los criterios diagnósticos. Del total, 3 (13,5%) eran pacientes con sobrepeso de acuerdo con la puntuación Z de la OMS (DE 1-1,99), 10 (45,3%) con obesidad (DE > 2) y, en sumatoria, el 58,8% tenía prevalencia de exceso de peso. En 2020 se documentó un caso de PA con sobrepeso; en 2021, dos casos de PA sin informe de sobrepeso u obesidad; en 2022, cuatro casos de PA: tres con obesidad; en 2023, tres casos de PA: uno con sobrepeso y uno con obesidad; en 2024, siete casos de PA: uno con sobrepeso y cuatro con obesidad; hasta junio de 2025, cinco casos de PA: dos con obesidad. La distribución muestra una tendencia al aumento y a partir del 2022 se incrementa el número de casos y la proporción de obesidad con 75% de prevalencia, una tendencia que se mantuvo en 2023 con 33,3% de obesidad y 66,6% de exceso de peso global, hasta alcanzar en 2024 el mayor número de casos, con 14,3% de sobrepeso, 57,1% de obesidad y 71,4% de exceso de peso global. Para 2025 sólo se cuenta con registro de seis meses, pero el 40% de obesidad indica que la tendencia sigue en ascenso.

Conclusiones: El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo en aumento para PA, ya que no se trata sólo de una comorbilidad frecuente sino de un modificador del curso clínico. Los datos obtenidos revelan cómo el sobrepeso y la obesidad representan más de la mitad de los casos, 1/5,5 con sobrepeso y 1/2,2 con obesidad. Los hallazgos deben llevar a mejorar el enfoque clínico e incluir desde el primer contacto el estado nutricional como una variable crítica; la finalidad es reducir el riesgo de complicaciones metabólicas y comorbilidades y mejorar el pronóstico de PA.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom112

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS, ETIOLÓGICOS Y BIOQUÍMICOS ASOCIADOS CON LA GRAVEDAD DE LA PANCREATITIS AGUDA

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

Introducción: Hoy en día, con el incremento del número de pacientes pediátricos diagnosticados con pancreatitis aguda y pancreatitis aguda recurrente, se ha ampliado el estudio de dichas anomalías con la aparición de consensos e información de múltiples centros. Las publicaciones médicas no son definitivas para establecer escalas de valoración de la gravedad de los episodios; sin embargo, se han publicado múltiples estudios que respaldan algunas variables que podrían modificarse con la gravedad del episodio, como lo son algunas de tipo bioquímico, el estado nutricional, la etiología, y el tratamiento, centradas en el tipo de nutrición brindada y en el suministro de líquidos intravenosos, por lo que este tema se ha convertido en un campo de interés para el gastroenterólogo pediatra y ha llevado a realizar este estudio.

Objetivo: Determinar si existe una relación entre las características epidemiológicas, la etiología y las variables bioquímicas y la gravedad de la pancreatitis aguda en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Participaron los pacientes pediátricos con diagnóstico de pancreatitis aguda que consultaron en el Instituto Nacional de Pediatría (INP) durante el periodo del 1 de enero de 2014 al 1 de enero de 2024. Tipo de estudio: observacional, longitudinal, analítico y retrospectivo. Variables analizadas: epidemiológicas (sexo, edad), estado nutricional, etiología, gravedad del episodio de PA y PAR, cifras de albúmina, conteo de glóbulos blancos, hemoglobina, PCR, lipasa y BUN. Análisis estadístico: para el análisis univariado se utilizó estadística descriptiva y las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes y las de tipo numéricas en medias. Para establecer la relación entre los datos epidemiológicos, etiológicos, valores bioquímicos y gravedad de la PA se efectuó un análisis de varianza o ANOVA para determinar si las diferencias entre las medias de los tres grupos eran estadísticamente significativas.

Resultados: Se incluyó a un total de 53 pacientes, de los cuales 31 (59%) fueron del sexo femenino, con edad promedio de 137 meses (11 años) y el estado nutricional que predominó fue el eutrófico en el 39% de los pacientes, seguido de la obesidad en 31% y la desnutrición leve en el 19%. La causa

más frecuente fue la obstructiva con un total de 24 (45%), seguida de la medicamentosa con 11 (21%) y la idiopática con 9 (17%) pacientes. Sobre la gravedad, la mayoría tuvo un episodio leve con 25 (47%), uno moderado con 16 (31%) y uno grave con 12 (22%); de los graves, la disfunción principal fue la de tipo respiratoria y las colecciones fueron la complicación primaria (12%). En cuanto a las variables bioquímicas, los valores promedio al momento del diagnóstico y los intervalos fueron para la albúmina: 3,5 g/dL (1-7), leucocitos: $12,8 \times 10^3 \text{ mm}^3$ (0,6-36,4), hemoglobina: 13,4 g/dL (4,7-17,2), PCR: 9,7 mg/dL (0,30-30,30), lipasa: 1 588 UI/mL (58-10.612), BUN: 14,17 mg/dL (4,2-86,5). En cuanto a la relación de las variables con la gravedad se encontró que el sexo, la edad, la albúmina, los leucocitos, el BUN y los valores de hemoglobina no se vinculan con la gravedad de la PA, si bien la causa farmacológica sí lo hace con mayor gravedad ($p < 0,001$), así como las concentraciones de lipasa al diagnóstico.

Conclusiones: Existe una relación demostrada entre la etiología de la pancreatitis aguda y la gravedad y es más grave en aquellos pacientes cuya causa es la medicamentosa. Los valores bioquímicos al momento del diagnóstico no determinan la gravedad de la PA que experimentará el paciente. La complicación más frecuente es la presencia de colecciones y la disfunción vinculada con la gravedad es la de tipo respiratorio.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom113

EVALUACIÓN DE LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ATRESIA DE VÍAS BILIARES PRE Y POSTOPERADOS DE CIRUGÍA DE KASAI EN EL HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA, CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

E. Torres-Rodríguez, M. Cervantes-Garduño, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La atresia de vías biliares (AVB) es una colangiopatía progresiva de causa desconocida y se presenta en la forma de colestasis neonatal, la cual puede evolucionar a insuficiencia hepática crónica (IHC) y cirrosis temprana; es la principal indicación de trasplante hepático en la edad pediátrica. La frecuencia a nivel global varía de 1 en 10 000 a 16 700 y predomina en mujeres y en Asia. En México sólo existen registros de series de casos en los centros pediátricos de alta especialidad. La biopsia hepática es el único método definitivo para establecer el diagnóstico y evaluar el grado de fibrosis. El tratamiento es quirúrgico a través de una portoenterostomía hepática, llamada cirugía de Kasai, para restablecer el flujo biliar. Los resultados posoperatorios indican que la lesión del parénquima hepático no sólo depende de la obstrucción biliar sino del grado de IHC, la cual determina la evolución, pronóstico y mortalidad.

Objetivo: Evaluar la insuficiencia hepática crónica en pacientes pediátricos con atresia de vías biliares antes y después del procedimiento de Kasai.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico. Se incluyó a pacientes de ambos sexos con el diagnóstico de AVB e IHC, posoperados de cirugía de Kasai y atendidos durante el periodo de enero de 2018 a diciembre de 2024. Se utilizó estadística descriptiva, de acuerdo con el tipo de distribución de las variables. La diferencia estadística entre los grupos se calculó según fuera su distribución con las pruebas t de Student, McNemar o Wilcoxon.

Resultados: Se atendió a 76 pacientes con AVB, de los cuales 58 (76%) fueron elegibles para la operación de Kasai y sólo 28 (48%) cumplieron con criterios de inclusión. La mediana de edad fue de 84 días, con predominio del sexo femenino (67%). En la **Tabla 1** se analizan las diferentes variables al momento de la primera evaluación y tres meses después de la cirugía de Kasai; resultaron estadísticamente significativos ($p < 0,05$) el fallo de crecimiento, la ascitis y la encefalopatía hepática. La clasificación de Child-Pugh B predominó en 27 pacientes (96,4%) antes de la cirugía de Kasai y en 17 (60,7%) luego de la intervención; en 10 (35,7%) pacientes se demostró la mejoría de un Child-Pugh B a una clasificación A posterior a la cirugía y sólo 1 (3,5%) enfermo permaneció en una clasificación Child-Pugh C.

Conclusiones: En pacientes con AVB, el estado clínico y la función hepática anterior a la cirugía de Kasai influyen en su evolución y pronóstico; en este estudio, la mayoría que se presentó con algún grado de insuficiencia hepática crónica, de acuerdo con la clasificación de Child-Pugh, no mejoró a pesar de la realización temprana del procedimiento de Kasai. Es muy importante

promover las acciones de prevención para una detección y tratamiento tempranos y así contribuir a reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes con AVB.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Variables presentes en niños con AVB al momento de la primera evaluación y tres meses después de la cirugía de Kasai (n = 28). (Dom113)

Variable	Antes de HPE	Después de HPE	p
Peso (kg)	4,95 (2,6-6,8)*	6 (3,9-7,1)	0,99
Talla (cm)	60 (47-64)*	61 (54-70)	0,99
P/T	4,95 (2,6-6,8)*	6 (3,9-7,1)	0,99
Fallo de crecimiento	9 (32,1%)	9 (32,1%)	< 0,05
Ascitis	3 (10,7%)	5 (17,8%)	< 0,05
Bilirrubina (mg/dL)	7,73 (2,91-18,92)*	7,35 (0,11-30,27)	0,31
Albúmina (g/dL)	3,72 (1,91-4,77)*	3,85 (2,58-5,48)	0,84
INR	1,06 (0,87-1,88)*	1,13 (0,93-2,76)	0,96
Tiempo de protrombina (s)	13,7 (9,8-45,7)*	13,7 (10,5-31,4)	0,47
Puntuación PELD	8 (3-27)*	6,5 (< 4-32)	0,17
Encefalopatía hepática	4 (14,2%)	6 (21,4%)	< 0,05
Child-Pugh			
A	0	10 (35,7%)	< 0,05
B	27 (96,4%)	17 (60,7%)	
C	1 (3,5%)	1 (3,5%)	
Fibrosis informada en la biopsia hepática (METAVIR)**			
F0	7 (25%)		NA
F1	1 (3,5%)		
F2	9 (32,1%)		
F3	4 (14,2%)		
F4	7 (25%)		

*Mediana (mínimo y máximo).

**Clasificación de acuerdo con los hallazgos en la biopsia sólo antes del procedimiento de Kasai. NA, no aplica. Tabla de propia autoría.

la profilaxis secundaria del sangrado variceal y para la atención del hiperesplenismo. Se espera que una derivación permeable y funcional disminuya de forma significativa los episodios de sangrado variceal, las complicaciones vinculadas con el hiperesplenismo y la morbilidad en este grupo de pacientes. La efectividad de los procedimientos depende en gran medida de la experiencia del centro hospitalario y la selección adecuada de cada paciente.

Objetivo: Comparar la efectividad de las derivaciones portosistémicas y la derivación Meso-Rex en pacientes con hipertensión portal prehepática. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo y comparativo de pacientes pediátricos (0-18 años) sometidos a abordaje diagnóstico y terapéutico en el Instituto Nacional de Pediatría entre los años 2013 y 2023. Todos cumplieron el criterio de diagnóstico clínico, bioquímico, radiológico e histológico de hipertensión portal prehepática. Los pacientes incluidos se sometieron a alguna de las siguientes intervenciones: derivación esplenorrenal distal (DERD), derivación mesocava (DMC) o derivación Meso-Rex (DMR). La recurrencia del sangrado variceal y los hallazgos endoscópicos se evaluaron para medir la recurrencia de hemorragia variceal, y la esplenomegalia y la presencia de citopenias para medir la disminución del hiperesplenismo. Las variables se evaluaron antes de la derivación quirúrgica y en los primeros 12 meses tras la intervención. Los datos se obtuvieron de expedientes clínicos y luego se analizaron con SPSS v 21.

Resultados: Se revisaron 112 expedientes con diagnóstico de hipertensión portal: 45,5% (n = 51) tenían hipertensión portal prehepática (47 con degeneración cavernomatosa de la vena porta, cuatro con trombosis de la vena porta). Se incluyó a 28 pacientes que cumplían criterios diagnósticos-clínicos, bioquímicos, radiológicos e histológicos y que se había sometido antes a una derivación quirúrgica: 78,5% (n = 22) DERD, 17,8% (n = 5) Meso-Rex (MR), y 3,5% (n = 1) mesocava (MC). Se notificó que el 100% de los casos tenía esplenomegalia y satisfacía criterios de hiperesplenismo al diagnóstico. Se identificaron várices esofágicas en el 90,6% y gástricas en el 72% en el primer estudio endoscópico, y se informó que el 50% de los pacientes carecía de várices esofágicas y gástricas luego de la realización de la derivación quirúrgica. Se utilizaron pruebas de ji cuadrada para las variables categóricas. Con la prueba exacta de Fisher se buscó la relación entre cada tipo de derivación para recurrencia de sangrado variceal e hiperesplenismo (Tabla 1). Se efectuaron las pruebas t de Student para variables cuantitativas para la relación con recurrencia de sangrado.

Conclusiones: En este estudio de pacientes pediátricos con hipertensión portal prehepática no se hallaron diferencias significativas en la recurrencia de sangrado o la resolución del hiperesplenismo entre las derivaciones empleadas. Sin embargo, se destaca una tendencia en la persistencia del hiperesplenismo, pero disminución de la recurrencia de episodios de sangrado variceal en todos los grupos. Se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para esclarecer el comportamiento de estas variables y guiar la atención óptima de esta población pediátrica.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom114

EFFECTIVIDAD DE LAS DERIVACIONES QUIRÚRGICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICA: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

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

Introducción: Las derivaciones portosistémicas y la derivación Meso-Rex son procedimientos quirúrgicos empleados frecuentemente en pacientes pediátricos con hipertensión portal prehepática, indicadas como tratamiento de

Dom115

CARACTERÍSTICAS GENOTÍPICAS Y FENOTÍPICAS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

E. C. Alba-Rodríguez, S. Villalpando-Carrión, C. P. Acosta-Rodríguez Bueno, T. Barragán-Arévalo, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) es una enfermedad hepática genética rara en la infancia, caracterizada por alteraciones en el transporte de ácidos biliares. Este estudio describe las carac-

Tabla 1. Hiperesplenismo y recurrencia del sangrado en pacientes con hipertensión portal prehepática a 12 meses de seguimiento luego de la derivación portosistémica. (Dom114)

Tipo de derivación	sí	Hiperesplenismo		Valor p	Recurrencia de sangrado		Valor p
		no	sí		no	sí	
Esplenorrenal distal	Recuento/%	16/76,2%	5/23,8%	p = 0,685	5/22,7%	17/77,3%	p = 1
Meso-Rex	Recuento/%	4/80%	1/20%		2/40%	3/60%	
Mesocava	Recuento/%	1/100%	0/0%		0/0%	1/100%	

terísticas genotípicas y fenotípicas en pacientes mexicanos con PFIC con el objetivo de mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico en esta población.

Objetivo: Describir las características genotípicas y fenotípicas en los pacientes con colestasis intrahepática familiar progresiva. Comparar las variables clínicas, bioquímicas y antropométricas en los pacientes con PFIC de acuerdo con sus variantes genéticas. Comparar el tiempo de evolución de los pacientes con PFIC en relación con sus variantes genéticas. Comparar las características histopatológicas en los pacientes con diagnóstico de PFIC según sus variantes genéticas.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, longitudinal y retrospectivo. Incluye a todos los pacientes con diagnóstico de colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) atendidos en el Hospital Infantil de México. Se recopilarán datos clínicos, antropométricos e histológicos desde el inicio del seguimiento hasta cinco años de evolución y se agruparán según las características genotípicas. Se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se excluirá a pacientes con otras alteraciones hepáticas y aquéllos sin información clínica o genética completa. El análisis estadístico se realizará en Excel, con expresión de frecuencias, porcentajes, medias y rangos (mínimos y máximos) para las variables descritas.

Resultados: Se incluyó a 15 pacientes con diagnóstico confirmado de colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) y análisis genético completo. Predominó el sexo femenino (60%) y la edad promedio de inicio de los síntomas fue de 11,8 meses. La evaluación nutricional reveló desnutrición significativa, especialmente en masa muscular y grasa subcutánea, con *z-score* bajo en perímetro braquial y pliegue tricipital. La hepatomegalia estuvo presente en el 100% de los casos, acompañada a menudo de prurito e ictericia. La ascitis y el sangrado digestivo fueron infrecuentes, lo que sugiere estadios compensados al diagnóstico. En el plano bioquímico, la bilirrubina directa fue el hallazgo más constante, con elevaciones variables de aminotransferasas y GGT normal en la mayoría, excepto en PFIC-3. El perfil lipídico mostró colesterol HDL bajo y triglicéridos elevados, útiles como marcadores diagnósticos. La función hepática (albúmina, INR, glucosa) se mantuvo conservada. En las 10 biopsias hepáticas disponibles predominó la fibrosis portal y la colestasis canalicular. Desde el punto de vista genético se observó predominio del gen *ABCB11* (46,6%), relacionado con PFIC-2. Se identificaron 10 variantes nuevas: tres en *ABCB11*, dos en *ATP8B1*, tres en *ABCB4*, una en *MYO5B* y una en *TJP2*. Casi todas fueron homocigotas y patogénicas o probablemente patogénicas, lo que confirma su intervención en la fisiopatología de la enfermedad.

Conclusiones: Este estudio revela la marcada heterogeneidad clínica, bioquímica y genética de la PFIC en una cohorte pediátrica mexicana. La combinación de datos clínicos, nutricionales, histológicos y moleculares permitió identificar patrones vinculados con distintos subtipos. Destacan la utilidad del perfil bioquímico y la genotipificación en el diagnóstico, así como la importancia de ampliar paneles genéticos y aplicar un enfoque multidisciplinario para un tratamiento individualizado.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Dom116

ETIOLOGÍA DE FALLA HEPÁTICA AGUDA EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

C. J. Morales-Hernández, B. González-Ortiz, D. Espinosa-Saavedra, UMAE, Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud, CMN Siglo XXI

Introducción: La falla hepática aguda (FHA) es una enfermedad poco frecuente y causa importante de morbilidad y mortalidad (se ha notificado una mortalidad general hasta del 70%). Los criterios diagnósticos son evidencia de daño hepático agudo, el cual es potencialmente reversible, en un paciente sin enfermedad hepática previa, más coagulopatía no corregible tras la administración de vitamina K. Los estudios publicados en niños muestran que las causas varían de acuerdo con el grupo de edad y también se ven influidas por la zona geográfica y el nivel de ingresos de los países. En naciones de altos ingresos, la principal causa encontrada fue la intoxicación por paracetamol, mientras que en países con medianos a bajos ingresos fue la hepatitis viral, sea por plantas medicinales o por tóxicos. La supervivencia sin trasplante hepático varía según sea el diagnóstico etiológico de la FHA. El grupo de estudio de la FHA señala que es de 60 a 70% en pacientes con intoxicación por paracetamol y hepatitis A, en contraste con 20 a 40% en pacientes con causa indeterminada o enfermedad de Wilson.

Objetivo: Describir la etiología y pronóstico de los pacientes pediátricos con FHA, atendidos en una UMAE de tercer nivel, en el periodo de enero de 2021 a enero de 2023; se analizaron el tipo de presentación, la respuesta al tratamiento y el desenlace de la FHA.

Material y métodos: Diseño de investigación: estudio transversal, observacional, descriptivo y retrospectivo.

Resultados: Del total de 15 casos de pacientes con FHA analizados (Tabla 1), el grupo de edad más frecuente fue el de adolescentes (46,6%) con predominio del sexo masculino (60%); la causa más común fue indeterminada (40%), seguida de la autoinmune (33,3%), las hepatitis virales (13,3%), la hepatitis A (6,6%) y la isquemia (6,6%). Al diagnóstico, el signo más común fue ictericia en el 93,3% de los pacientes, seguida de encefalopatía en el 60%, dolor abdominal y malestar general en 46,6%. El cuadro de presentación más frecuente fue agudo en el 53,3%, seguido de fulminante en el 33,3% y subagudo en el 13,3%. El estado nutricional más predominante fue normal en el 80%, sobrepeso en el 13% y desnutrición en el 7%. Se identificaron comorbilidades en el 13% de los pacientes, las cuales fueron lupus eritematoso sistémico (6,6%)

Tabla 1. Características de los pacientes con falla hepática aguda en un tercer nivel de atención. (n = 15). (Dom116)

Variable	n	%
Edad		
Lactantes (0-2 años)	3	20
Preescolares (3-5 años)	5	33,3
Adolescentes (12-18 años)	7	46,6
Sexo		
Hombres	9	60
Mujeres	6	40
Diagnóstico etiológico		
Indeterminado	6	40
Hepatitis autoinmune	5	33,3
Hepatitis viral	2	13,3
Hepatitis A	1	6,6
Isquemia/choque	1	6,6
Cuadro clínico		
Ictericia	14	93,3
Encefalopatía	9	60
Dolor abdominal	7	46,6
Malestar general	7	46,6
Cuadro de presentación		
Fulminante	5	33,3
Agudo	8	53,3
Subagudo	2	13,3
Complicaciones		
Hemorragia	5	33,3
Sepsis	4	26,6
Lesión renal aguda	3	20
Edema cerebral	2	13,3
Falla orgánica múltiple	2	13,3
Estado nutricional		
Normal	12	80
Desnutrición	1	7
Sobrepeso	2	13
Desenlace		
Resolución	11	73,3
Muerte	4	26,6

y colitis ulcerativa (6,6%). Se presentaron complicaciones en el 47% de los pacientes, de las cuales la más frecuente fue la hemorragia con el 33,3%, seguida de sepsis en el 26,6%, lesión renal aguda en el 20%, edema cerebral en el 13,3%, y falla orgánica múltiple en el 13,3%. Al 60% de los pacientes se les practicó biopsia hepática. El promedio de días de estancia hospitalaria fue de 14 días. El 33% de los pacientes requirió ventilación mecánica asistida. Al 60% se le administró un tratamiento dirigido a la sospecha etiológica. El 33% satisfizo criterios de trasplante hepático de acuerdo con la escala del *King's College*. Sólo en el 27% se utilizó terapia puente (MARS). El desenlace en el 73,3% de los pacientes fue la resolución, en tanto que la mortalidad fue del 26,6%. Apenas el 13% de los pacientes recibió trasplante hepático, uno de donador vivo relacionado y otro de donador cadavérico.

Conclusiones: La FHA representa un reto en el diagnóstico etiológico por ser una enfermedad de desarrollo rápidamente progresivo, con alta morbimortalidad, por lo que el pronto reconocimiento de la causa y un abordaje multidisciplinario apropiado permiten la aplicación de algoritmos de diagnóstico y tratamiento cruciales para la atención adecuada y resultados más favorables en este grupo de pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom117

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DEL INJERTO HEPÁTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

A. Palacios-Herrera, E. Hernández-Chávez, E. R. González-Galván, G. Razo-Jiménez, UMAE Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente

Introducción: El trasplante hepático (TH) es el tratamiento curativo de la insuficiencia hepática aguda y crónica. Dentro de las indicaciones, la atresia de vías biliares (AVB) es la principal a nivel mundial; otras indicaciones son las alteraciones metabólicas, las vasculares y los tumores. Entre los tipos de trasplante se incluyen los de donante fallecido y los de donante vivo. El hospital de pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO) es una institución de referencia en la que se practican TH y se cuenta con el seguimiento de los pacientes. Las complicaciones posteriores al trasplante incluyen el rechazo agudo o crónico y las complicaciones médicas y quirúrgicas. Para el seguimiento es necesario incluir la toma de biopsia hepática en la que pueden identificarse anomalías histológicas; existen dos tipos de biopsia hepática: la de vigilancia a 1, 5 y 10 años del TH y la biopsia por causa, como parte de estudio de la elevación de las aminotransferasas. Este seguimiento es de utilidad para establecer el tratamiento inmunosupresor adecuado y mantener la función del injerto.

Objetivo: Describir los hallazgos histológicos del injerto hepático en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo cuyo universo incluyó a pacientes sometidos a TH con biopsia del injerto de enero de 2018 a mayo de 2025. Se realizó estadística descriptiva y el estudio recibió aprobación del comité de ética y se conservó la confidencialidad de los pacientes.

Resultados: Se revisaron 12 biopsias de injerto hepático de seguimiento o por causa, nueve de ellas de pacientes femeninas y la indicación más frecuente para la realización del TH fue la atresia de vías biliares en 58%, con una mediana de edad al TH de dos años. Dentro de las complicaciones médicas del TH, el 67% tuvo infecciones por el virus de Epstein-Barr y citomegalovirus y entre las quirúrgicas destacaron la fístula biliar en 25% y las várices esofágicas en 17%.

Antes de tomar la biopsia, los pacientes se encontraban en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus (50%) y con doble inmunosupresor con tacrolimus + ácido micofenólico (25%). La mediana de edad a la toma de biopsia del injerto fue de 7,8 años luego del trasplante hepático y la indicación principal fue por causa en 58% y como seguimiento en 42%. En 100% de los casos se observó la ausencia de complicaciones del procedimiento.

Entre los hallazgos histopatológicos, en 75% se notificó sin fibrosis y el 17% se clasificó con la escala METAVIR en F2. Se realizó una búsqueda intencionada de esteatosis con hallazgos negativos, una búsqueda de infecciones por virus oportunistas con tinciones especiales para CMV y EBER negativas y se descartaron procesos malignos. En el 58% de las biopsias no se reconocieron signos de rechazo agudo o crónico; los casos en que se identificó el rechazo se clasificaron de acuerdo con la clasificación de Banff (rechazo agudo moderado en 17% y crónico tardío en 17%); en 8% se observó colangitis esclerosante autoinmune (CEA). Después de los hallazgos histopatológicos se modificó el tratamiento inmunosupresor; en 42% se ajustó la inmunosupresión y en 17%

se logró suspender el tratamiento inmunosupresor, al tratarse de un receptor ideal. Hasta el momento, 92% se encuentra vivo.

Conclusiones: Los pacientes objeto de trasplante hepático pueden cursar con algunas complicaciones, entre ellas rechazo del injerto agudo o crónico, por lo que la toma de biopsias, ya sea de vigilancia o por causa, con una adecuada interpretación histopatológica, es útil para identificar anomalías que alteren la longevidad del injerto; de ese modo pueden aplicarse medidas terapéuticas para prevenir el rechazo e incluso interrumpir la inmunosupresión, como se demostró en el caso de receptores ideales.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la realización de este estudio.

Dom118

ESTADO NUTRICIONAL COMO FACTOR ASOCIADO A DESENLACES CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

C. R. Flores-Soriano, M. P. Padilla-Sánchez, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE

Introducción: La desnutrición es una anomalía frecuente en pacientes con hipertensión portal (HTP) y se ha vinculado con un incremento de la morbimortalidad y la frecuencia de complicaciones clínicas. En el ámbito pediátrico, los niños con HTP poseen un mayor gasto energético en reposo y una mayor vulnerabilidad al deterioro del estado nutricional en comparación con los niños sanos. En enfermedades hepáticas crónicas de la infancia, la desnutrición se ha relacionado con un desenlace clínico desfavorable, incluidos el retraso en el crecimiento, la mayor incidencia de sangrado variceal y el mayor riesgo perioperatorio en pacientes elegibles para trasplante hepático. En este contexto, la evaluación nutricional mediante el *Z score* del índice de masa corporal (IMC) y peso para la talla (P/T) al momento del diagnóstico constituye una herramienta objetiva, estandarizada y de bajo costo, con potencial utilidad como marcador pronóstico temprano para identificar a pacientes pediátricos con HTP en mayor riesgo de sufrir complicaciones clínicas o endoscópicas.

Objetivo: Evaluar la relación entre el estado nutricional al momento de la primera consulta y la presencia de complicaciones clínicas (ingreso a la unidad de terapia intensiva pediátrica [UTIP], transfusión de concentrado eritrocitario) y endoscópicas (presencia de várices de alto riesgo) en niños con hipertensión portal.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y analítico realizado en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México. Se incluyó a pacientes pediátricos (< 18 años) con diagnóstico confirmado de hipertensión portal, valorados por primera vez entre enero de 2022 y mayo de 2025. Se excluyó a aquellos sin datos antropométricos o con expediente incompleto. Se recolectaron variables demográficas, antropométricas (*Z score* de IMC y P/T), etiología, hallazgos endoscópicos y sucesos clínicos (transfusión, ingreso a UTIP). La desnutrición se definió como *Z score* < -2 en IMC o P/T, según los criterios de la OMS. La estratificación endoscópica se basó en los criterios adaptados de Dagradi y Sarin y las várices de alto riesgo de sangrado se clasificaron como: várices esofágicas grado III por Dagradi, grado II con signos rojos y várices gastroesofágicas tipo 2 (GOV2) o gástricas aisladas tipo 1 (IGV1). Se utilizó estadística descriptiva; se aplicaron las pruebas exacta de Fisher, t de Student o U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyó a 37 pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de HTP. La mediana de edad fue de 72 meses y el 54% correspondió al sexo femenino. Al momento de la primera consulta, el 27% de los pacientes presentaba desnutrición (*Z score* de IMC < -2): de ellos, el 55% requirió ingreso a la UTIP y el 33% recibió transfusión de concentrado eritrocitario. En contraste, sólo el 12% de los pacientes eutróficos presentó alguna de estas complicaciones clínicas. Desde el punto de vista endoscópico, el 78% de los pacientes desnutridos mostró várices de alto riesgo de sangrado, en comparación con el 29% de los pacientes eutróficos. Asimismo, la prevalencia de gastropatía por hipertensión portal fue mayor en el grupo con desnutrición (67% vs. 33%).

Conclusiones: La presencia de desnutrición al momento de la primera consulta se vinculó con mayor frecuencia de ingreso a terapia intensiva, transfusión sanguínea y hallazgos endoscópicos más graves en niños con hipertensión

portal. El *Z score* podría considerarse un biomarcador clínico inicial para estratificar el riesgo en esta población vulnerable. Se requieren mayores estudios para confirmar estos hallazgos y establecer su aplicabilidad pronóstica.
Financiamiento: Ninguno.

Dom119

CORRELACIÓN ENTRE TRANSAMINASAS SÉRICAS E IMC EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESTEATOSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

V. Cervantes-Ruiz, B. Y. Ruiz-Ruvalcaba, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólico (NAFLD) representa actualmente una de las causas más comunes de hepatopatía crónica en la población pediátrica, con un vínculo estrecho con la obesidad. Su diagnóstico temprano es complejo, pues la mayoría de los pacientes es asintomática. A pesar de que las guías actuales proponen la ALT como el principal biomarcador de tamizaje, su sensibilidad y especificidad son limitadas. Se ha sugerido que la enzima gamma-glutamilo transferasa (GGT) es un posible marcador complementario. En México, donde el sobrepeso y la obesidad en edad escolar supera el 33%, urge mejorar los protocolos diagnósticos para detectar la NAFLD en etapas tempranas.

Objetivo: Precisar la correlación entre los valores séricos de transaminasas y el índice de masa corporal (IMC) en pacientes pediátricos con esteatosis hepática.

Material y métodos: Estudio transversal analítico realizado en pacientes menores de 16 años con diagnóstico por imagen de esteatosis hepática, atendidos entre enero de 2018 y diciembre de 2024 en el servicio de gastroenterología pediátrica del Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca. Se incluyó a 63 pacientes con expediente clínico completo. Se evaluaron variables clínicas, antropométricas y bioquímicas. Se empleó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para definir la distribución de las variables y la correlación de Spearman entre IMC y enzimas hepáticas. Se calculó el tamaño de la muestra para detectar una correlación mínima de 0,1, con $\alpha = 0,05$ y $\beta = 0,2$.

Resultados: El 66,7% de los pacientes presentó obesidad, con una mediana de IMC de 25 kg/m² (RIQ 8,8). Las medianas para las pruebas hepáticas fueron: ALT 29 UI/L, AST 26,2 UI/L, GGT 20 UI/L, FA 162 UI/L. Sólo GGT mostró correlación positiva y estadísticamente significativa con IMC (Rho = 0,30; IC95%, 0,05-0,51; p = 0,01); ALT y AST no tuvieron correlación significativa. Tampoco se observó correlación entre IMC y perfil lipídico (LDL, HDL, triglicéridos, colesterol total). El 66,7% de los pacientes con hígado graso se hallaba en el grupo de obesidad, pero también se registraron casos en pacientes con peso saludable o sobrepeso, lo que sugiere una amplia heterogeneidad en la expresión clínica de NAFLD.

Conclusiones: Se identificó una correlación positiva significativa entre el IMC y los valores de GGT, lo que respalda su inclusión como marcador complementario en el tamizaje de NAFLD pediátrica, junto con la ALT y la ecografía hepática. Estos hallazgos destacan la necesidad de reevaluar las estrategias diagnósticas actuales para mejorar la detección temprana de esteatosis hepática en niños y adolescentes. Considerada la elevada prevalencia de obesidad en la infancia mexicana, implementar protocolos de tamizaje más sensibles y amplios puede contribuir a evitar complicaciones hepáticas a largo plazo. Se requieren estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral para validar estos resultados y generalizarlos a nivel nacional.

Financiamiento: Este trabajo fue patrocinado totalmente por los autores, sin apoyo institucional ni comercial.

Dom120

NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON HEPATITIS NEONATAL DE CÉLULAS GIGANTES: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA ENERO-MAYO 2025

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

Introducción: La hepatitis neonatal de células gigantes (NHCG) es una colestasis poco común caracterizada por hepatocitos multinucleados. Aunque su origen es multifactorial, su evolución puede ser grave. La vitamina D, conocida por su función en el metabolismo óseo, también tiene funciones inmunomoduladoras. Por otro lado, la vitamina D, por lo regular vinculada con el metabolismo óseo, ha cobrado gran relevancia en años recientes por sus funciones inmunomoduladoras y antiinflamatorias. Su deficiencia contribuye a la progresión del daño hepático o a una respuesta inmune desregulada. El déficit de vitamina D está relacionado con el estado nutricional, en el que puede verse comprometida por alteraciones en la mucosa intestinal, como atrofia o inflamación, que dificultan su adecuada absorción.

Objetivo: Conocer la frecuencia de déficit de vitamina D en pacientes con hepatitis neonatal de células gigantes y su grado de desnutrición.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el servicio de gastroenterología y nutrición pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría en la Ciudad de México en el periodo comprendido entre enero y mayo de 2025.

Resultados: Se revisaron todos los casos con síndrome colestático neonatal prolongado por biopsia hepática, en los cuales se estableció un diagnóstico histopatológico de hepatitis neonatal con células gigantes y con al menos una medición de 25-OH vitamina D; se incluyó a ocho pacientes de los cuales se evaluó su historia clínica completa, estado nutricional y estudios de laboratorio; para fines de estudio sólo se consideraron los valores de vitamina D y estado nutricional por CDC (Tabla 1). Estos resultados justifican la vigilancia de la vitamina D en este grupo y abren la posibilidad a intervenciones terapéuticas dirigidas; sin embargo, a pesar de esta complementación en el control posterior al tratamiento, se observó que los valores de vitamina D persistían en deficiencia moderada en 87,5%.

Conclusiones: Los hallazgos sugieren una elevada prevalencia de hipovitaminosis D en todos los casos con hepatitis neonatal de células gigantes, especialmente en casos más graves. Por lo tanto, este grupo de pacientes deben recibir complementación con dosis más alta de vitamina D, de 2 000 a 4 000 UI para así lograr mejores resultados. En todos los casos de hepatitis neonatal de células gigantes (NHCG) se observa que el déficit de esta vitamina se relaciona de forma estrecha con el estado nutricional del paciente. La desnutrición tiende a agravar aún más esta deficiencia. Es esencial una vigilancia estricta del estado de vitamina D y una complementación oportuna para prevenir complicaciones óseas, inmunológicas y del desarrollo.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Tabla 1. Valores de vitamina D. (Dom120)

Valores de vitamina D	Al momento del diagnóstico	Después de la complementación > 2 meses
Deficiencia grave < 10 ng/mL	2	1
Deficiencia moderada 10-19 ng/mL	6	7
Insuficiencia 20-30 ng/mL	0	0
Suficiencia 30-100 ng/mL	0	0

Dom121

DISFUNCIÓN RENAL EN NIÑOS CON MASLD: ASOCIACIÓN CON RIESGO DE FIBROSIS HEPÁTICA

A. Valdés-Cervantes, V. D. Olivas-Cabral, E. Duarte-Reséndiz, A. Valdés-Cervantes, I. A. Cura-Esquivel, C. A. Zapata-Castilleja, J. C. Rivas-Rodríguez, L. A. Orellana-Chacón, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La enfermedad hepática esteatótica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es hoy una de las principales causas de hepatopatía crónica en la población pediátrica y ha dejado de ser un problema nutricional aislado. Su alta prevalencia en la obesidad y el síndrome metabólico, junto con su evolución silenciosa hacia fibrosis o cirrosis tempranas, la convierte en un reto emergente de salud pública pediátrica. En adultos, la disfunción renal (hiperfiltración o hipofiltración) se ha vinculado con inflamación, disfunción endotelial y progresión de fibrosis hepática, independientemente de otros factores metabólicos. En la población pediátrica,

la relación entre hígado y riñón se ha explorado en escasa medida de forma integral. La mayor parte de los estudios se centra en aspectos aislados, lo cual limita la comprensión del efecto sistémico, a pesar de que los niños con MASLD pueden desarrollar formas más agresivas desde edades tempranas.

Se requieren herramientas no invasivas que identifiquen a los niños en riesgo de fibrosis. El índice PNFI (*Pediatric NAFLD fibrosis index*), validado para población pediátrica, es útil en la práctica clínica y la investigación.

Objetivo: Calcular la prevalencia de disfunción renal (hipofiltración e hiperfiltración) en niños con MASLD y analizar su nexo con el riesgo de fibrosis hepática mediante el PNFI.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y retrospectivo en 79 niños con diagnóstico clínico de MASLD, atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González, con datos completos antropométricos, bioquímicos y de función renal. La función renal se calculó mediante la fórmula de Schwartz y se clasificó en:

Hiperfiltración: TFG > 135 mL/min/1,73 m²; normal: 90-135 mL/min/1,73 m² Hipofiltración (CKD): < 90 mL/min/1,73 m².

El riesgo de fibrosis hepática se evaluó con el índice PNFI:

Intermedio: PNFI 1,5-9; alto: PNFI > 9.

Se usaron las pruebas ji cuadrada y Kruskal-Wallis para comparar variables entre grupos de función renal. También se aplicó regresión logística multivariada para identificar factores vinculados con el riesgo elevado de fibrosis, incluidos función renal, sexo, edad, IMC, HOMA-IR y ALT.

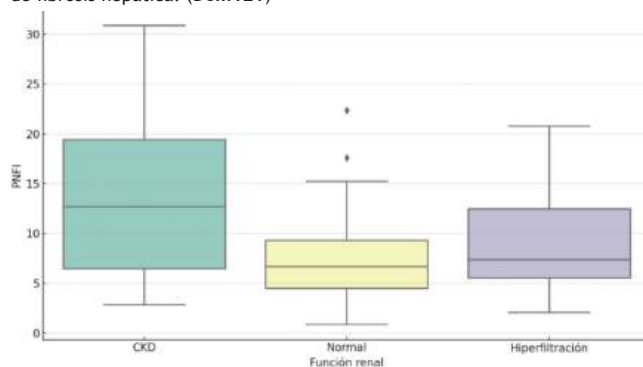
Resultados: La edad media fue de 11,4 años y 55% correspondió a hombres. El 30,4% presentó hiperfiltración y el 7,6% hipofiltración. Según el PNFI, el 31,6% tuvo alto riesgo de fibrosis (> 9) y el resto riesgo intermedio; ningún paciente tuvo riesgo bajo.

Se observó una diferencia significativa en ALT entre los grupos de función renal ($p = 0,029$), con valores más altos en quienes tenían disfunción renal. No hubo diferencias en edad, sexo, IMC o HOMA-IR. En el análisis multivariado, la hiperfiltración (OR 1,62; IC95%, 0,51-5,17) y la hipofiltración (OR 3,42; IC95%, 0,54-21,91) no alcanzaron significancia, aunque se evidenció una tendencia: los pacientes con disfunción renal, sobre todo hipofiltración, mostraron mayor probabilidad de fibrosis (Figura 1).

Conclusiones: La disfunción renal fue frecuente en niños con MASLD, con tendencia a mayor riesgo de fibrosis hepática, en particular en casos de hipofiltración. Aunque sin significancia estadística, estos hallazgos sugieren que evaluar de manera conjunta función renal y hepática podría mejorar la estratificación del riesgo en esta población. Se requieren estudios más amplios y longitudinales para confirmar estas observaciones.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.

Figura 1. Índice PNFI de acuerdo con la función renal. Los pacientes con hipofiltración (CKD) registran valores más altos, lo que señala mayor riesgo de fibrosis hepática. (Dom121)



Dom122

CARACTERIZACIÓN DE COLESTASIS NEONATAL EN RECIÉN NACIDOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL: IMPACTO DEL PESO PARA EDAD GESTACIONAL, VARIABLES CLÍNICAS ASOCIADAS Y DESENLACE

H. G. Corona-Pantoja, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, K. J. Enríquez-Pérez, N. Hinojosa-Arellanes, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La colestasis neonatal representa una complicación relevante en la atención de los recién nacidos hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, especialmente en aquellos que requieren nutrición parenteral total (NPT) prolongada. Su diagnóstico se establece con bilirrubina directa > 1 mg/dL cuando la bilirrubina total es < 5 mg/dL, o mayor de 20% si la bilirrubina total supera los 5 mg/dL. Los neonatos de pretérmino, sobre todo los que tienen peso bajo para la edad gestacional (PEG), son vulnerables debido a la inmadurez hepática, menor masa hepática funcional, y una mayor exposición a factores de riesgo como ayuno prolongado, infecciones y disbiosis intestinal. Aunque los recién nacidos con peso adecuado para la edad gestacional (AEG) también pueden desarrollar colestasis vinculada con NPT, su frecuencia es menor. Su progresión al daño hepático grave resalta la importancia de una detección y tratamiento tempranos.

Objetivo: Señalar la frecuencia de colestasis neonatal en recién nacidos que recibieron NPT, así como describir variables clínicas relacionadas y desenlace.

Material y métodos: Se incluyó a los neonatos hospitalizados en la UCIN del Hospital Civil Juan I. Menchaca que cumplieron con criterios clínico-bioquímicos de colestasis y recibieron NPT durante el periodo comprendido entre enero de 2023 y mayo de 2025. Variables: género, edad gestacional, peso para la edad gestacional, duración del ayuno y NPT, lípido utilizado, sepsis neonatal, cirugía, defunción y causa de muerte. El análisis se realizó mediante estadística descriptiva y se expresaron variables categóricas en frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: Se estudiaron 32 casos de colestasis neonatal; las edades gestacionales más frecuentes fueron 29, 33 y 38 semanas (cada una con 12,5%). Se informó que el 65,6% tenía peso bajo para la edad gestacional (PBEG), mientras que el 34,4% registró peso adecuado (PAEG) con un predominio del género masculino en un 71,9%. Respecto del apoyo nutricional, el 78,1% recibió emulsión lipídica tipo SMOF®, en tanto que al 21,9% se le suministró Lipofundin®. El 65,6% recibió NPT por más de 14 días, mientras que el 34,4% lo hizo por un periodo menor. En relación con el ayuno, 22 pacientes (68,8%) permanecieron en ayuno por más de siete días. La sepsis neonatal se identificó en 28 de los 32 pacientes (87,5%) y sólo 6 (18,8%) tenían antecedentes quirúrgicos. La mortalidad fue del 21,9% (7 pacientes) y la sepsis fue la principal causa de las defunciones.

Conclusiones: La colestasis neonatal es todavía una complicación relevante en el entorno de cuidados intensivos, sobre todo en recién nacidos de pretérmino con peso bajo para la edad gestacional. Los hallazgos de confirman el papel determinante de factores como la sepsis, el ayuno prolongado y el uso extendido de nutrición parenteral. A pesar de emplear emulsiones lipídicas con mejor perfil hepático, la mortalidad observada refleja la necesidad de intervenciones más amplias. En este contexto, resulta fundamental aplicar un enfoque preventivo multidisciplinario que prevea el inicio oportuno de alimentación enteral, la vigilancia activa de infecciones y una administración racional de la NPT, con selección cuidadosa de lípidos. Estas estrategias, aplicadas de forma conjunta, podrían contribuir a reducir la incidencia y gravedad de esta anomalía en una población neonatal particularmente vulnerable.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom123

RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS CON EL GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA (ESCALA METAVIR) EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON GLUCOGENOSIS TIPO III: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL 2014 AL 2025

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

Introducción: La glucogenosis tipo III (GSD III) es un trastorno autosómico recesivo por deficiencia de la enzima desramificante, que causa acumulación de glucógeno en el hígado y el músculo. Se manifiesta con hepatomegalia, hipoglucemia e hipertransaminasemia, aunque estas enzimas suelen normalizarse con la edad, lo que dificulta la detección de la fibrosis hepática.

La fibrosis, común desde etapas tempranas, no se correlaciona bien con los valores de transaminasas y ello limita su utilidad como marcador de progresión. Dado el riesgo de cirrosis y carcinoma hepatocelular, es crucial un seguimiento adecuado.

Este estudio retrospectivo describe los hallazgos histológicos y su relación con variables clínicas y bioquímicas en pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado, con el fin de mejorar la vigilancia y la atención de la enfermedad.

Objetivo: Comparar el tamaño hepático, las concentraciones séricas de transaminasas (ALT y AST) y la edad al momento del diagnóstico entre los distintos grados de fibrosis hepática, determinados mediante la escala METAVIR, en pacientes con glucogenosis tipo III atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría durante los últimos 10 años, y explorar si existen diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos.

Material y métodos: Se incluyó a 21 pacientes con glucogenosis tipo III y biopsia hepática evaluada en el Instituto Nacional de Pediatría entre 2014 y 2025. Se recopilaron el grado de fibrosis (escala METAVIR), las cifras de ALT y AST, la edad al momento de la biopsia y el tamaño hepático calculado por percusión. Se realizó un análisis descriptivo y pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para evaluar la relación entre el grado de fibrosis y las variables clínicas, con uso del programa IBM SPSS ($p < 0,05$).

Resultados: Se realizó un análisis retrospectivo de biopsias hepáticas en 21 pacientes con glucogenosis tipo III para describir hallazgos histológicos y su relación con variables clínicas y bioquímicas. La fibrosis hepática, evaluada con la escala METAVIR, mostró que 28,6% tenía estadio F1, 33,3% F2, 27,6% F3 y 9,5% F4. La edad promedio al momento de la biopsia fue de 4,3 años, con variación según la fibrosis.

Las concentraciones séricas promedio de ALT fueron más elevadas en estadios iniciales (644 U/L en F1) y descendieron en la fibrosis avanzada (321 U/L en F4), con un patrón similar en AST. Esto indica una pobre correlación entre transaminasas y fibrosis, posiblemente por pérdida de masa hepatocelular en fases avanzadas, lo que limita su valor como marcadores.

Se destaca la fibrosis avanzada (F3-F4) en 38% de los casos, incluso en menores de cinco años, lo que revela progresión acelerada y heterogénea. Estos resultados subrayan la necesidad de métodos más precisos para la vigilancia hepática, sobre todo cuando las enzimas no reflejan el daño real. No se hallaron diferencias significativas en ALT, AST ni edad entre grados de fibrosis. Sin embargo, el tamaño hepático por percusión mostró diferencia significativa en su distribución ($p = 0,037$), lo cual sugiere posible vinculación con la progresión fibrogénica en GSD III.

Conclusiones: La fibrosis hepática en pacientes con glucogenosis tipo III muestra una evolución acelerada y heterogénea, hasta alcanzar estadios avanzados incluso en edades tempranas. Las transaminasas séricas no reflejan de manera confiable el grado de fibrosis y eso limita su utilidad como marcadores de seguimiento. En consecuencia, el tamaño hepático evaluado clínicamente podría ser un indicador útil relacionado con la fibrosis, aunque se requiere mayor precisión en la valoración. Estos hallazgos enfatizan la necesidad de implementar técnicas diagnósticas más sensibles, tanto histológicas como no invasivas, para una vigilancia adecuada y oportuna del daño hepático en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom124

HEPATITIS DE CÉLULAS GIGANTES DE MALA EVOLUCIÓN. ¿ES ÉSTE SÓLO UN HALLAZGO HISTOPATOLÓGICO O UNA PAUTA PARA INICIAR TRATAMIENTO? EXPERIENCIA EN UN INSTITUTO DE TERCER NIVEL

D. S. Moraga-Sánchez, R. Cervantes-Bustamante, D. Pichardo-Sánchez, P. Cid-Rodríguez, F. E. Zárate-Mondragón, E. Montijo-Barrios, J. F. Cadena-León, E. M. Toro-Monjaraz, K. R. Ignorosa-Arellano, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La hepatitis de células gigantes (HCG), si bien es un diagnóstico histológico no una enfermedad específica en sí misma, refleja una respuesta patológica del hígado inmaduro a una alteración y puede ser idiopática, infecciosa, metabólica, genética, inmunológica o tóxica/isquémica. El pronóstico es altamente variable, ya que en la idiopática hasta un 60% puede resolverse de modo espontáneo en los primeros dos años de vida, si bien algunos pueden desarrollar fibrosis o cirrosis residual. El tratamiento depende en particular de la causa subyacente identificada.

Objetivo: Describir el comportamiento clínico, bioquímico e histopatológico de la hepatitis de células gigantes de mala evolución, así como evaluar la respuesta terapéutica en el seguimiento clínico y bioquímico.

Material y métodos: Se realizó una revisión de todos los pacientes que cursaron con síndrome colestásico neonatal prolongado en el periodo de enero

a junio de 2025 en el Instituto Nacional de Pediatría de la Ciudad de México; los pacientes fueron objeto de historia clínica, valoración nutricional, exploración física completa, ultrasonido hepático, estudios de laboratorio y biopsia hepática. Como criterios de inclusión, los pacientes debían tener diagnóstico histopatológico de HCG de mala evolución, definida por infiltrado inflamatorio y fibrosis de leve hasta cirrosis a nivel histopatológico, y mala evolución clínica (persistencia de ictericia, hepatomegalia por más de dos meses) y bioquímica (elevación persistente de ALT, BT, BD, GGT). Cumplieron los criterios 12 pacientes, a quienes se inició tratamiento antiinflamatorio esteroideo e inmunomodulador con azatioprina/prednisona (AZT/PRD) o ciclosporina/prednisona (CLP/PRD). Se realizó seguimiento clínico y bioquímico por al menos dos meses después del tratamiento. Éste es un estudio piloto que recibirá seguimiento por al menos dos años, por lo cual los resultados obtenidos en un segundo tiempo se expondrán con posterioridad.

Resultados: De los 12 pacientes con criterios de HCG de mala evolución, el 91% era < 3 meses. Las causas identificadas fueron idiopática (66,7%), inmunológica (16,7%) y genética/infecciosa (8,3%). En términos histopatológicos, la frecuencia de METAVIR en dichos pacientes fue F1/A1 (50%), F2/A2 (25%), F3/A3 (16,7%) y cirrosis (8,3%). Se observó una relación significativa de etiología idiopática/inmunológica con mayor grado de METAVIR (F3/cirrosis) con un $\chi^2 = 6,25$. Al seguimiento a los dos meses con AZT/PRD ($n = 10$) se reconoció mejoría clínica con desaparición de ictericia/hepatomegalia (70%), además de disminución de ALT < 100 UI/L (20%), BT/BD < 5 mg/dL (50-70%), con mejoría del estado nutricional sólo en 20%. En cambio, con ciclosporina/prednisona ($n = 2$) hubo mejoría clínica parcial (ictericia: 100%; hepatomegalia: 50%), pero sin cambios bioquímicos de consideración. Los efectos adversos referidos fueron neutropenia/trombocitopenia (10% con azatioprina).

Conclusiones: En los pacientes con HCG de mala evolución, la etiología idiopática predomina y se correlaciona con METAVIR avanzado. A pesar de que es prematuro predecir la respuesta al tratamiento inmunomodulador/esteroideo, se mostró mejoría clínica en el 70% de los pacientes, incluso en causas no inmunológicas, además de mejorar los parámetros bioquímicos como ALT, BT/BD. Como limitante, la muestra de pacientes es pequeña (12 pacientes), en un corto periodo de tiempos (dos meses), y se observó desbalance terapéutico, por lo que se propone que éste sea un estudio prospectivo de casos y controles con seguimiento mínimo de dos años, con biopsia hepática de control y balanceo muestral para validar los resultados.

Financiamiento: Ninguno.

Dom125

ESTEATOSIS Y FIBROSIS HEPÁTICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON SOBREPESO U OBESIDAD POR ELASTOGRAFÍA DE TRANSICIÓN, UN PROBLEMA DE SALUD

J. Mejía-Ramírez, F. Higuera-De-la-Tijera, A. D. Santana-Vargas, N. Garibay-Nieto, E. Villanueva-Ortega, A. A. Farret-Ramos, N. P. Salas-Hernández, I. Omaña-Guzmán, J. L. Pérez-Hernández, Hospital General de México Eduardo Liceaga

Introducción: La obesidad infantil es un problema global creciente, con 390 millones de escolares y adolescentes afectados en el mundo en 2022. México encabeza la lista mundial en obesidad infantil, con más del 37% de escolares y 41% de adolescentes con sobrepeso u obesidad, según la ENSANUT 2022. La enfermedad hepática esteatósica relacionada con disfunción metabólica (MASLD) es la hepatopatía pediátrica más frecuente en los países occidentales, con prevalencia de 3 a 10% en la población pediátrica general, que se eleva hasta 80% en menores con sobrepeso u obesidad.

Objetivo: Determinar la frecuencia de fibrosis hepática a través de elastografía de transición en la población pediátrica con sobrepeso u obesidad, así como valorar la vinculación entre fibrosis y esteatosis con el sexo.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes pediátricos con sobrepeso u obesidad. Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión; asimismo, se realizó la relación entre fibrosis y esteatosis con el sexo, al comparar mediante la prueba ji cuadrada con corrección de Bonferroni; el nivel de significancia fue $p \leq 0,05$.

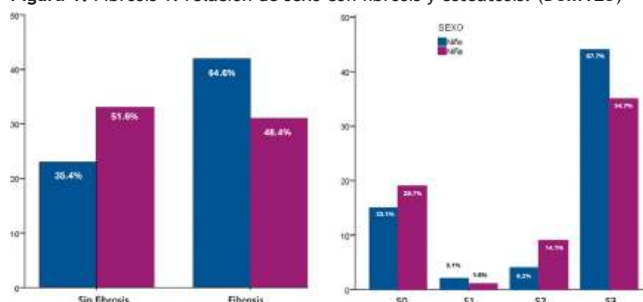
Resultados: Se incluyó a 129 pacientes, 64 niños (49,6%) y 65 niñas (50,4%), con edad de $11 \pm 2,6$ años para ambos grupos. Se distribuyeron con base en el IMC: 26 con sobrepeso (20,2%), 76 con obesidad de grado 1 (58,9%), 23 con obesidad de grado 2 (17,8%) y 4 con obesidad de grado 3 (3,1%), de los cuales 95 (73,6%) tuvieron esteatosis. A su vez, 73 (56,4%) tenían algún

grado de fibrosis. En el análisis estadístico no se identificó nexo entre sexo y fibrosis: $\chi^2 (1) = 3,46$; $p = 0,64$, ni respecto de la esteatosis F: $\chi^2 (3) = 3,74$; $p = 0,290$ (Figura 1).

Conclusiones: Se reconoció una alta prevalencia de esteatosis de grado III y fibrosis de grado I en esta población pediátrica que puede causar a largo plazo desarrollo de cirrosis. No se identificó una vinculación con el sexo, la esteatosis o la fibrosis, quizá porque aún no existe cambio en las hormonas.

Financiamiento: Ninguno.

Figura 1. Fibrosis 1: relación de sexo con fibrosis y esteatosis. (Dom125)



Dom126

GLUCOGENOSIS EN PEDIATRÍA: COMPARACIÓN DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

A. Legaria-Menéndez, A. J. Hernández-López, R. Cervantes-Bustamante, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: La glucogenosis constituye un grupo de enfermedades hereditarias del metabolismo del glucógeno secundarias a las deficiencias enzimáticas que afectan su síntesis o degradación y que conducen a un almacenamiento aberrante en los tejidos, principalmente hígado y músculo. En México se calcula una incidencia de 1 por cada 20 000 recién nacidos vivos. Su presentación clínica varía en relación con la enzima afectada y su patrón de expresión tisular, lo que origina un espectro variable clínico, bioquímico e histológico distintivo. Pese a ser una enfermedad rara, es fundamental su consideración en el diagnóstico diferencial de pacientes con manifestaciones que incluyan hipoglucemias, hiperlipidemia, hipertransaminasemia, entre otras alteraciones metabólicas que caracterizan a este grupo de alteraciones.

Objetivo: Describir y comparar las características bioquímicas de los subtipos más frecuentes de glucogenosis al momento del diagnóstico inicial.

Reporte de casos: Se incluyó a 25 pacientes diagnosticados con glucogenosis en el Instituto Nacional de Pediatría, con ligera predominancia masculina (56%). Los subtipos más frecuentes fueron los tipos I (24%) y III (76%), en los que se compararon variables bioquímicas registradas al momento del diagnóstico inicial. La hipoglucemia (< 60 mg/dL) se identificó en el 50% de los pacientes de tipo I y 63% en los de tipo III, con valores mínimos de 26 mg/dL y 24 mg/dL, respectivamente. Ambos subtipos mostraron glucemias promedio similares de 55 mg/dL. La hiperuricemia ($> 5,5$ mg/dL) fue más prevalente en el tipo I (50%, media de 5,5 mg/dL) frente al tipo III (31%, media de 4,8 mg/dL). En el perfil lipídico, 100% de los pacientes del tipo I mostró hipertrigliceridemia (> 150 mg/dL), con una media de 903 mg/dL, en contraste con el 85% del tipo III, que registró concentraciones moderadas con media de 310 mg/dL. La hipercolesterolemia (> 200 mg/dL) fue más frecuente en el tipo III en un 52% de los casos (media, 280 mg/dL) en comparación con el tipo I, con el 16% de los casos (media, 189 mg/dL). Respecto de las pruebas de función hepática, los pacientes del tipo III mostraron elevación universal de ALT y AST (100%), con medias de 523 U/L y 857, respectivamente. En contraste, el tipo I presentó elevaciones en un 83% y 66% con medias de 189 y 132 U/L. La DHL se elevó en 50% en pacientes del tipo I (media, 398 U/L) y en 89% en el tipo III (media, 496 U/L). La GGT se encontró elevada en todos los pacientes del tipo I (media, 301 U/L) y en 83% del tipo III (media, 181 U/L). La fosfatasa alcalina mostró ligera elevación más frecuente en el tipo III (31%) que en el I (16%). No se observaron alteraciones en los parámetros de síntesis hepática (tiempo de protrombina, proteínas totales y albúmina) en ninguno de los casos.

Discusión: Los hallazgos reflejan diferencias bioquímicas entre los subtipos analizados coherentes con sus mecanismos fisiopatológicos. En el tipo I, la deficiencia de glucosa-6-fosfatasa impide la conversión de glucosa-6-fosfato, y ello genera hipoglucemia persistente y una desviación metabólica hacia la lipogénesis, lo que explica la hipertrigliceridemia grave y la hiperuricemia observada en los pacientes estudiados. En contraste, en el tipo III, el déficit de la enzima desramificante posibilita una glucogenólisis parcial, lo que resulta en hipoglucemia menos intensa, pero un mayor daño hepatocelular por acumulación crónica de glucógeno, de tal modo que se observa en ellos hipertrigliceridemia moderada, con elevación de transaminasas. La preservación de la función sintética sugiere una afectación hepática compensada.

Conclusiones: El perfil bioquímico permite distinguir patrones característicos entre subtipos de glucogenosis con compromiso hepático, lo que puede contribuir al diagnóstico clínico.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom127

ASOCIACIÓN DEL ESTADO NUTRICIO Y LA ENFERMEDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL OCCIDENTE DE MÉXICO

M. Maldonado-Meza, Y. Castillo-De León, S. Pacheco-Sotelo, J. C. Basulto-Ulterras, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad hereditaria, multisistémica, crónica, progresiva y letal. Dentro de sus manifestaciones, la insuficiencia pancreática exocrina puede presentarse hasta en 85% de los casos, lo que ocasiona afectación del estado nutricional y deficiencia de vitaminas. La deficiencia de vitamina D se ha vinculado con osteopenia. Bravo *et al.* encontraron en el 2018 que el 28% de los adolescentes con FQ tenía una DMO < -1 desviación estándar.

Objetivo: Evaluar la relación del estado nutricional y la enfermedad mineral ósea en pacientes con fibrosis quística en un hospital del Occidente de México.

Material y métodos: Se desarrolló un estudio transversal y analítico en pacientes de 12 a 18 años con fibrosis quística atendidos en el servicio de gastroenterología dentro de la UMAE CMNO en un periodo de tres meses. Las variables fueron sociodemográficas (sexo, edad al momento de ingresar al estudio, localidad de origen y edad al diagnóstico), somatometría (peso, talla, IMC/E) e impedancia bioeléctrica; se cuantificaron valores de vitamina D, calcio, fósforo, hormona paratiroidea y fosfatasa alcalina. Se utilizó estadística descriptiva con mediana y rango para las variables cuantitativas y frecuencias con porcentajes para las variables cualitativas. La correlación entre el estado nutricional y la densidad mineral ósea se determinó con el coeficiente de correlación de Spearman y se consideró significativo un valor $p < 0,05$ con IC del 90%.

Resultados: Se incluyó a un total de 15 pacientes, con predominio del sexo masculino en el 66,6% (10), y una proporción de 33,4% (5) del sexo femenino. La mediana de edad fue de 14,7 años. La mediana de edad al diagnóstico fue de 2,6 años. El 53,3% (8) de los pacientes procedía del estado de Jalisco, 26,7% (4) de Colima, 13,3% (2) de Michoacán y 6,7% (1) de Nayarit. En relación con el estado nutricional acorde a la OMS, se identificó a 2 (13,3%) eutróficos, 8 (53,3%) con desnutrición moderada, 3 (20%) con desnutrición grave y 2 (13,3%) con obesidad. De acuerdo con la bioimpedancia, en el porcentaje de índice de masa magra 9 (60%) estaban alterados y en 6 (40%) era normal. Respecto de la masa grasa (kg), el índice de masa grasa y el porcentaje de grasa total, el 86,7% (13) mostró alteración y sólo 2 (13,3%) tenían parámetros normales. En relación con el índice en gramos de hidroxipatita, 6 (40%) mostraron osteopenia y 9 (60%) una densidad ósea normal. De las concentraciones de vitamina D, 8 (53,3%) pacientes se hallaban en los límites de insuficiencia, 5 (33,3%) en los de deficiencia y 2 (13,3%) tenían valores suficientes. La relación entre el estado nutricional y la enfermedad ósea fue débil.

Conclusiones: La desnutrición en pacientes con fibrosis quística en la UMAE Hospital de Pediatría CMNO es un problema vigente, alteración que no se ha revertido durante los últimos seis años. Es muy probable que el diagnóstico no oportuno (2,6 años) sea una condición que modifique negativamente el estado nutricional. En cuanto a los valores de vitamina D, la mayoría tiene un estado de insuficiencia.

Financiamiento: Ninguno.

Dom128

HALLAZGOS CLÍNICOS Y ENDOSCÓPICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON COLEDOLITIASIS, SOMETIDOS A CPRE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. R. Hernández-Zamora, D. Espinosa-Saavedra, M. Hernández-Zamora, UMAE Hospital de Pediatría Dr. Silvestre Frenk Freud, CMN Siglo XXI

Introducción: En los últimos años se ha registrado un aumento de la incidencia de coledocolitiasis en la edad pediátrica. La *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) ha identificado pautas endoscópicas en adultos para estratificar a los pacientes en criterios de riesgo alto, intermedio y bajo. Con posterioridad, dichos criterios se emplearon en niños sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y se reconoció una sensibilidad del 48 a 60% en la aplicación de los criterios; sin embargo, dicho estudio concluyó que era necesario un sistema de puntuación específico para niños con el fin de mejorar la predictibilidad.

Objetivo: Instituir criterios más precisos para el diagnóstico temprano de la coledocolitiasis en pacientes de edad pediátrica. Informar la experiencia de hallazgos, así como de complicaciones posteriores a la CPRE, en esta unidad médica.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis en el periodo de enero de 2020 al 30 de junio de 2024. Dichos hallazgos se presentan a través de estadística descriptiva SPSS.

Resultados: Se identificó a 31 pacientes (Tabla 1) durante el periodo de estudio, con una mayor incidencia del sexo femenino (64,5%) y una media de edad de 14 años (intervalo, 6-17). El estado nutricional más frecuente fue normal (51,6%). En cuanto a los síntomas, el dolor abdominal se presentó en el 93,5% y se acompañó de náusea en el 25,8% y vómito en el 35,4%. Bioquímicamente se observaron valores elevados de transaminasas (ALT y AST) en el 80,6%, así como cifras elevadas de bilirrubinas en el 51,6%, con una media de bilirrubina total de 4,14 (intervalo, 0,41-19,99) y de bilirrubina directa de 3,01 (muestra el intervalo también). Se notificó dilatación del colédoco con media de 8,77 mm (intervalo, 6-20,8 mm). Los pacientes se sometieron a CPRE con porcentaje de éxito de canulación en el 97% de los procedimientos; la esfinterotomía se practicó en el 100% de los casos y la extracción de lito con balón en el 96,7% (6,4% exigió la colocación de *stent*). Los resultados mostraron que 77,46% no experimentó complicaciones, el 12,9% sufrió pancreatitis posterior a la CPRE, el 3,2% colangitis y el 6,4% sangrado.

Tabla 1. Hallazgos clínicos y endoscópicos. (Dom128)		
Variable	Total (n = 31)	Frecuencia (%)
Edad media (años)	14	
Sexo		
Masculino	11	35,5%
Femenino	20	64,5%
Estado nutricional		
Normal	16	51,6%
Sobrepeso	4	12,9%
Obesidad	7	22,5%
Desnutrición	2	6,4%
Síntomas clínicos		
Dolor abdominal	29	93,5%
Náusea	8	25,8%
Vómito	11	35,4%
Ictericia	1	3,2%
Hallazgos por imagen		
Dilatación del colédoco	27	87%
Estudios de laboratorio antes de CPRE		
Bilirrubina total	18	58%

Bilirrubina directa	18	58%
Transaminasas elevadas	25	80,6%
Procedimientos realizados en CPRE		
Esfinterotomía	31	100%
Extracción de litos con balón	30	96,7%
Colocación de <i>stent</i> biliar	2	6,4%
Complicaciones posteriores a CPRE		
Ninguna	24	77,4%
Pancreatitis posterior a CPRE	4	12,9%
Sangrado	2	6,4%
Colangitis	1	3,2%

Conclusiones: Los casos de coledocolitiasis en la edad pediátrica se han incrementado en los últimos años y se han presentado con más frecuencia en el sexo femenino, sin correlacionarse con su estado nutricional. La manifestación clínica es inespecífica (el signo habitual es el dolor abdominal). Los hallazgos bioquímicos concuerdan con los presentados en la colestasis y dilatación del conducto biliar común. Estos resultados respaldan el uso de CPRE como herramienta terapéutica de primera línea en pacientes pediátricos con sospecha de coledocolitiasis, al mostrar excelente éxito técnico y bajas complicaciones y tras considerar siempre una evaluación cuidadosa de la relación riesgo-beneficio.

Financiamiento: No se requirió de recursos financieros externos para la realización de esta investigación.

Dom129

SOBREPOSICIÓN DE TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO EN PACIENTES MAYORES DE 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN MÉXICO

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

Introducción: Los trastornos funcionales en pediatría se caracterizan por una alteración en el eje intestino-cerebro y afectan hasta al 25% de la población pediátrica a nivel mundial, con más frecuencia en pacientes del sexo femenino. Su evolución es recurrente o crónica, con síntomas que no pueden explicarse por otras causas tras un adecuado estudio. Los criterios de Roma IV los clasifican en tres grupos de acuerdo con el síntoma predominante: trastornos de náusea y vómitos funcionales, dolor abdominal funcional y relacionados con la defecación. Dentro de éstos se encuentran el dolor abdominal funcional, el síndrome de vómito cíclico, la dispepsia funcional, el síndrome de intestino irritable, la migraña abdominal, el estreñimiento funcional y la incontinencia fecal no retentiva y pueden presentarse de manera aislada o en combinación de dos o más, lo que modifica de forma negativa la calidad de vida del paciente. No existen estudios de prevalencia de trastornos del eje intestino-cerebro superpuestos en México debido al reto diagnóstico que representan.

Objetivo: Informar la prevalencia y la combinación más frecuente de trastornos superpuestos del eje intestino-cerebro en niños de 5 a 18 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se llevó a cabo una revisión del expediente clínico electrónico y se identificó a los pacientes de 5 a 18 años con trastornos del eje intestino-cerebro del Instituto Nacional de Pediatría durante los años 2021 a 2025. Criterios de inclusión: individuos que cumplieron con los criterios de Roma IV para un trastorno del eje intestino-cerebro superpuesto. Criterios de exclusión: enfermedades con trastornos gastrointestinales orgánicos, posoperados de cirugía digestiva en los últimos seis meses, personas con malformaciones digestivas, consumo crónico de esteroides, antineoplásicos o AINE, infección por *H. pylori* en los últimos seis meses, y padecimientos neurológicos. Se calculó la prevalencia como proporción de casos sobre la población total.

Resultados: Se identificó a 144 pacientes de 5 a 18 años con diagnóstico de al menos un trastorno del eje intestino-cerebro, el más común de los cuales

fue el estreñimiento funcional (55,9%), en concordancia con lo señalado en las publicaciones médicas, seguido del dolor abdominal funcional (33%). Se encontró a 51 pacientes con trastornos superpuestos (35,4%), con una mayor distribución en sujetos del sexo femenino (72,5%). La combinación más común fue dolor abdominal funcional + estreñimiento funcional (54,9%) en el grupo de 5 a 10 años. Otras combinaciones reconocidas fueron: dolor abdominal funcional + dispepsia funcional (15,6%), estreñimiento funcional + dispepsia funcional (11,7%), síndrome de intestino irritable + dispepsia funcional (7,8%), dolor abdominal funcional + síndrome de vómito cíclico (3,9%), síndrome de intestino irritable + incontinencia fecal no retentiva con una prevalencia del 1,9%, entre otras. No se hallaron más de dos trastornos superpuestos en la población estudiada.

Conclusiones: La prevalencia de trastornos del eje intestino-cerebro superpuestos en la población fue del 35,4%, lo que supera a lo señalado en la bibliografía en un 10%, y con predominio del sexo femenino. El grupo de 10 a 18 años fue el más afectado, lo cual puede vincularse con ansiedad y depresión como comorbilidades frecuentes. Se identificaron ocho combinaciones, dentro de las cuales el trastorno aislado más frecuente fue el dolor abdominal funcional. La combinación más común fue dolor abdominal funcional + estreñimiento funcional, y el grupo más afectado fue el de 5 a 10 años, lo cual refleja el efecto en la calidad de vida desde edades más tempranas. Se requieren estudios en México que evalúen el abordaje y la respuesta al tratamiento de los pacientes con trastornos superpuestos para favorecer estados de remisión clínica que mejoren el pronóstico de estos pacientes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento o patrocinio.

Dom130

FRECUENCIA DE INTOLERANCIA Y MALABSORCIÓN DE LACTOSA EN PACIENTES CON TRASTORNOS DEL EJE INTESTINO-CEREBRO CON PREDOMINIO DE DOLOR ABDOMINAL

M. Moguel-Garibay, C. P. Acosta-Rodríguez Bueno, M. Reyes-Apodaca, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: Los trastornos del eje intestino-cerebro (TECI) representan una causa frecuente de consulta en la población pediátrica, vinculados principalmente con dolor abdominal funcional. Estas alteraciones tienen un efecto considerable en la calidad de vida del paciente, su desempeño escolar y la dinámica familiar. La intolerancia y la malabsorción de lactosa (IL/MAL) pueden coexistir en pacientes con TECI, y compartir características clínicas, lo que complica su diferenciación diagnóstica. En México se ha descrito una elevada prevalencia de estos padecimientos, lo que favorece las prácticas de restricción empírica de productos lácteos en la dieta, aun en ausencia de una confirmación diagnóstica objetiva. Esta situación es especialmente relevante en el contexto pediátrico, dado que constituyen una fuente fundamental de nutrientes esenciales para el crecimiento y el desarrollo. Por lo tanto, es fundamental contar con herramientas diagnósticas que permitan identificar de manera sistemática la malabsorción de lactosa y su vinculación clínica en pacientes con TECI. La prueba de hidrógeno espirado es una herramienta no invasiva para determinar la presencia de IL y MAL, aunque su correlación con los síntomas clínicos aún es controversial.

Objetivo: Determinar la frecuencia de intolerancia y malabsorción de lactosa en pacientes pediátricos con TECI mediante la prueba de hidrógeno espirado y correlacionar con la presencia de síntomas clínicos.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el departamento de gastroenterología y nutrición pediátrica del Hospital Infantil de México. Se incluyó a 31 pacientes de 6 y 18 años con diagnóstico de TECI (criterios de Roma IV), a quienes se les realizó prueba de hidrógeno en aliento en el periodo de 2016 a 2020. Se definió MAL como un incremento ≥ 20 ppm de hidrógeno a los 60 minutos e IL como la presencia de síntomas durante la prueba. Se aplicaron estadística descriptiva, prueba ji cuadrada y coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: De los 31 pacientes, 15 (48,4%) tuvieron síntomas consistentes con IL y 13 (41,9%) cumplieron criterios de MAL. Sin embargo, sólo el 46,7% de los pacientes con IL mostró también MAL; en cambio, el 37,5% de los asintomáticos tuvo una prueba positiva para MAL. No se encontró correlación estadísticamente significativa entre IL y MAL ($p = 0,879$, $r = 0,093$), ni entre MAL y el tipo de TECI ($p > 0,05$). Los TECI más frecuentes fueron:

síndrome de intestino irritable (SII, 45,1%), dispepsia funcional (22,6%) y dolor abdominal funcional inespecífico (12,9%). El 22,6% presentó criterios de sobrecrecimiento bacteriano (SIBO), sin relación significativa con el tipo de TECI ($p = 0,069$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que, si bien una proporción significativa de pacientes con prueba positiva mostró síntomas durante el estudio, no se identificó una relación estadísticamente significativa entre la TECI y la positividad de la prueba ni entre los síntomas notificados y su resultado.

Del mismo modo, el análisis del punto de corte basal (> 10 ppm) y del criterio propuesto para sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) tampoco reveló relaciones significativas, posiblemente por el tamaño muestral limitado. Estas observaciones refuerzan la necesidad de interpretar los resultados de la prueba de hidrógeno en aliento dentro del contexto clínico individual, al considerar la historia clínica, los síntomas y la coexistencia de afecciones concomitantes. Además, sugieren que el diagnóstico de intolerancia a la lactosa o SIBO no debe basarse exclusivamente en un resultado positivo de la prueba de hidrógeno en aliento, sino que debe integrarse a una valoración clínica completa.

Financiamiento: Ninguno.

Dom131

UTILIDAD DE INDUCIR EL ERUCTO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

E. Duarte-Resendiz, A. A. Gándara-Hernández, V. D. Olivas-Cabral, L. A. Orellana-Chacón, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, E. M. Contreras-Hernández, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: Los síntomas gastrointestinales durante la etapa de lactante son frecuentes en esta población; el reflujo, los cólicos abdominales, la distensión y el pujo son los síntomas comunes, que suscitan preocupación en los padres de familia y son motivo frecuente de consulta. Se ha sostenido la idea de que provocar el eructo en los lactantes ayuda a aliviar los síntomas gastrointestinales, pese a lo cual no hay actualmente guías ni lineamientos que apoyen esta práctica, aunque sea frecuente.

Objetivo: Describir la eficacia de la técnica del eructo en la frecuencia de los síntomas gastrointestinales del lactante y compararla con la técnica del masaje.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, analítico y descriptivo. Se crearon dos grupos (eructo y masaje), los cuales se siguieron por medio de un diario de síntomas y posteriormente por llamada telefónica; se recabó la información sobre los síntomas presentados, además de datos generales, y se realizó el análisis estadístico mediante ji cuadrada para pruebas no paramétricas y comprobar la hipótesis. Criterios de inclusión: pacientes neonatos, sanos, de ambos sexos y cuya madre o tutora aceptara completar el diario de síntomas. Criterios de exclusión: afección gastrointestinal crónica, neurológica, cardiovascular o antecedente de cirugía gastrointestinal. Criterios de eliminación: pacientes que no completaran el diario de síntomas.

Resultados: Se incluyó a un total de 397 pacientes, de los cuales 202 se encontraban en el grupo de eructo (50,9%) y 195 en el de masaje (49,1%). Del total de participantes, el 53% era del género masculino contra el 47% del femenino; los medicamentos más usados fueron paracetamol y dimeticona (13 y 8 pacientes los emplearon, respectivamente). Se observó que más de la mitad de los lactantes eran alimentados al seno materno exclusivo, un número que disminuyó al mes de vida (56,4% a 41,8%), caso contrario del uso de la fórmula exclusiva que aumentó en un 2,3%; en total, 93% sigue con el consumo al seno materno. De los síntomas encontrados, la regurgitación fue el más común en ambos grupos con 21% y, asimismo, se encontró diferencia significativa en este síntoma, con más prevalencia en el grupo de eructo. El cólico se presentó más en el grupo de eructo y mostró diferencia significativa, además de que la distensión abdominal en el grupo de masaje mostró significancia considerable; el llanto y el pujo se mantuvieron sin relevancia.

Conclusiones: Hacer eructar a los lactantes es una práctica que realiza la población en general y la recomiendan pediatras, médicos generales, enfermeras y familiares. Actualmente no hay evidencia concreta de los beneficios o contraindicaciones de esta técnica; el único estudio existente

sólo evaluó dos síntomas (regurgitación y cólico) y fue una muestra pequeña, pero encontró resultados parecidos a éstos, en cuanto al aumento de episodios de regurgitación en los pacientes a quienes se hace eructar; aun así, con los datos actuales y éstos, no es suficiente para emitir una recomendación concreta y es necesario conducir un estudio con mayor control de variables para inclinarse por una indicación clara. La técnica de masaje es una práctica que ha mostrado muchos resultados favorables en la población neonatal y es una alternativa en cuanto al eructo, además de otros beneficios que provee.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom132

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN ADOLESCENTES CON Y SIN TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTESTINO (TECI)

A. S. Barragán-Abundes, Y. L. Romero-Chávez, P. H. Sandoval-Villaseñor, F. Rojas-Larios, C. A. Sánchez-Ramírez, Grupo Colaborativo: Facultad de Medicina, Universidad de Colima

Introducción: Algunos estudios en niños han identificado prevalencias de TECI de acuerdo con los criterios de Roma IV que fluctúan entre 21,2% y 25%. La dispepsia funcional (DF) es la más frecuente con 3 a 7,6, seguida del síndrome de intestino irritable (SII) con 2,3 a 5,1%, el dolor no especificado (DNE) con 2,4 a 3,1% y la migraña abdominal (MA) con 0,5 a 1,1%. Esto repercute de manera notable en la calidad de vida y la alimentación juega un papel importante en dichos padecimientos.

Objetivo: Comparar los hábitos de alimentación entre adolescentes con y sin TECI.

Material y métodos: Diseño: transversal analítico. Se evaluaron los hábitos de alimentación con el cuestionario Índice de alimentación saludable para población española (IASE) y la presencia o ausencia de TECI mediante los criterios de Roma IV. No se incluyó a quienes tenían alguna enfermedad gastrointestinal orgánica, trastorno de la conducta alimentaria o consumo de fármacos. Análisis estadístico: se obtuvieron medias y DE para las variables cualitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas. La comparación de grupos se efectuó con las pruebas t de Student y ji cuadrada, y se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El proyecto recibió aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colima. Se solicitó consentimiento informado por escrito a los padres o tutores.

Resultados: Se incluyeron a 1 369 adolescentes de dos bachilleratos de la Universidad de Colima, de los cuales 55,8% correspondió a mujeres, con una edad promedio de $15,72 \pm 0,69$ años. Hasta 208 (15,2%) sujetos tenían algún TECI. La DF se presentó en el 14,6% (12,1% por distrés posprandial y 2,5% por síndrome de dolor epigástrico), el SII y la MA en el 1,7% de los casos, respectivamente; el menos frecuente (0,1%) tenía DNE. Con respecto a los hábitos de alimentación, 1 194/1 369 (87,2%) "necesitan cambios", 119/1 369 (8,7%) "son poco saludables" y sólo 56/1 369 (4,1%) mostraron hábitos "saludables", sin diferencias significativas entre el grupo con o sin TECI ($p = 0,074$). Se realizó un análisis de la frecuencia de los distintos grupos de alimentos evaluados entre los sujetos con y sin TECI y se observó que el consumo de cereales, lácteos, carne, legumbres, embutidos, dulces y refrescos fue similar en ambos grupos. En cuanto al consumo de frutas, el 75,6% de los individuos sin TECI tiene un adecuado consumo, mientras que de las personas con TECI sólo el 67,3% ($p = 0,008$); en el consumo de verduras se identificó una tendencia a un mayor consumo adecuado (77,6%) en el grupo sin TECI contra el 72,1% en el grupo con TECI ($p = 0,053$). Al realizar el análisis por entidad específica se advirtió que, en los sujetos con DF, el 32,8% tenía un consumo inadecuado de frutas con respecto a los individuos sin DF (24,6%) con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,013$).

Conclusiones: Los hábitos de alimentación en la mayoría de los adolescentes requieren cambios y éstos fueron similares en los adolescentes con TECI y sin TECI. Sin embargo, los adolescentes con DF revelaron un menor consumo de frutas con respecto a los que no tenían DF. Estos hallazgos sugieren que ciertos patrones dietéticos podrían relacionarse con los TECI. Es importante destacar la necesidad de mejorar los hábitos de alimentación en la población adolescente mediante una educación nutricional adecuada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom133

HALLAZGOS CLÍNICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN NIÑOS CON AUSENCIA DE REFLEJO RECTOANAL INHIBITORIO (RRAI). SERIE DE CASOS

A. L. Barajas-Castro, S. Pacheco-Sotelo, M. Valenzuela-Núñez, UMAE Hospital de Pediatría, CMNO IMSS, Guadalajara

Introducción: La enfermedad de Hirschsprung (EH) es una aganglionosis anorrectal congénita con incidencia de 1/5 000 RN y su diagnóstico es un reto por su espectro clínico amplio. La ausencia de RRAI en la manometría anorrectal (MAR) tiene una sensibilidad equivalente a la de la biopsia rectal (BR) para el diagnóstico de EH (95%), si bien su especificidad es menor (89%), con un valor predictivo negativo (VPN) del 100% y valor predictivo positivo (VPP) de 56%. La ausencia de células ganglionares en la BR es el estándar de oro.

Objetivo: Describir las características clínicas y los resultados histopatológicos en niños con ausencia de RRAI. Evaluar la utilidad diagnóstica de la MAR de alta resolución para EH.

Informe de casos: En este hospital se han realizado 123 MAR de julio del 2020 a mayo del 2025, 12 (9%) sin RRAI; de éstas, una está aún en abordaje y dos perdieron seguimiento por lo que no cuentan con BR; en esta serie, 55% de los niños con ausencia de RRAI se diagnosticó como EH por ausencia de células ganglionares en la BR y de ellos el 60% inició con manifestaciones antes del mes de edad (estreñimiento), y el 80% reveló ausencia de meconio en las primeras 48 h de vida y distensión abdominal; 60% cursó con cuadro de oclusión intestinal (vómito + distensión, hallazgos radiológicos o cirugía); 80% presentó zona de transición en el colon por enema y en promedio se sometieron a la MAR a la edad de 4,5 años. Ninguno sufrió desnutrición. De los pacientes con ausencia de RRAI y presencia de células ganglionares (45%), dos cumplieron criterios para acalasia rectal, uno tenía espina bífida y otro se catalogó como estreñimiento funcional (Tabla 1). En este grupo, sólo 1 (25%) tuvo manifestaciones antes del primer mes de vida (estreñimiento), el 50% reveló ausencia de meconio más de 48 h y desnutrición, 75% sufrió distensión abdominal, pero ninguno tuvo un verdadero cuadro de oclusión intestinal ni hallazgos típicos en el colon por enema.

Discusión: La presencia de RRAI descarta con alta sensibilidad la EH; sin embargo, la ausencia del RRAI tiene un VPP en las publicaciones médicas del 56%, lo que coincide con estos resultados que registraron un VPP del 55%. El 60% de los niños con EH inició con manifestaciones antes del mes de edad y el 80% mostró ausencia de meconio en las primeras 48 h y distensión abdominal, síntomas que coinciden con la misma frecuencia de la bibliografía. No se identificó a pacientes con desnutrición y EH, a diferencia de lo ya notificado. La sensibilidad y especificidad del colon por enema son de 70 y 80% respectivamente para EH; en este estudio, el 80% de los niños con EH tenía zona de transición (ZT) y ninguno de los que tuvieron células ganglionares mostró ZT. Por lo general, el 50% de los casos de EH se diagnostica en el primer año de vida, pero en esta serie sólo 1/5 (20%) se diagnosticó antes de esa edad.

Conclusiones: La combinación de MAR y biopsia rectal es fundamental para el diagnóstico certero de la EH. La MAR permite una mejor selección de individuos elegibles para BR y reduce los riesgos y el diagnóstico retardado en pacientes con clínica consistente para EH. La BR es indispensable para confirmar la ausencia de células ganglionares y el diagnóstico definitivo.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento de ninguna institución pública o privada.

Dom134

EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA DE MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIEBRE Y NEUTROPENIA

E. M. Contreras-Hernández, A. A. Gándara-Hernández, M. S. Montalvo-Sosa, C. A. Zapata-Castilleja, D. N. Vaquera-Aparicio, A. Valdés-Cervantes, L. E. Coello-Santillana, A. A. De León-Pérez, V. D. Olivas-Cabral, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: La fiebre y la neutropenia son anomalías frecuentes en pacientes pediátricos con enfermedades oncohematológicas y constituyen una emergencia médica. Las manifestaciones gastrointestinales (MGI) pueden

Tabla 1. Informe de casos de ausencia de RRAI y biopsia rectal (total 9). (Dom133)

Casos	Sexo¹	Células ganglionares	Edad inicio síntomas (meses)*	Desnutrición	Meconio después 48 h	Distensión abdominal	Oclusión	Radiología²	Edad MAR (años)
EH1	H		< 1		X	X	X	D	0,1
EH2	H		2		X	X	X	D + ZT	4,8
EH3	H		48		X			D + ZT	9,5
EH4	H		< 1			X		D + ZT	5
EH5	H		< 1		X	X	X	D + ZT	6,5
6	H	X	2	X		X		N	1,1
7	M	X	24		X			D + C	7
8	M	X	< 1	X	X	X		N	1,5
9	M	X	3			X		N	5,7
Total	M 33%/ H 77%	Ausentes: (5/9) = 55% Presentes: (4/9) = 45%	< 1 = 44% 2-24 = 44% > 24 = 11%	22%	> 48 h = 66% < 48 h = 34%	78%	33%	D = 22% D + ZT = 44% N = 33%	Promedio = 4,5
EH	H 100%	Ausentes: 100%	< 1 = 60% 2-24 = 20% > 24 = 20%	0	> 48 h = 80%	80%	60%	D + ZT = 80% D = 20%	Promedio = 5,1

X, parámetro presente; (1): M, mujer/H, hombre. *Estreñimiento (2): D, distensión; ZT, zona de transición; C, coproestasis; N, normal. RRAI, reflejo rectoanal inhibitorio; MAR, manometría anorrectal; EH, enfermedad de Hirschsprung.

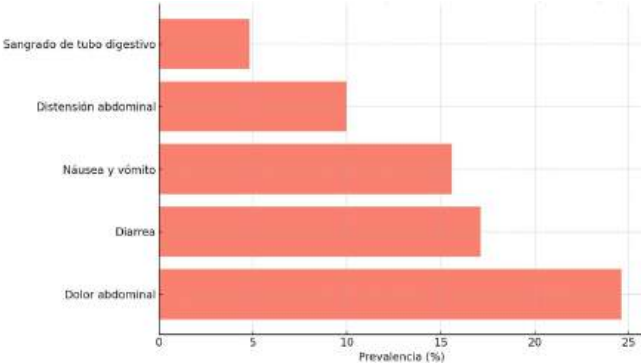
aparecer de manera simultánea, pero su caracterización epidemiológica en esta población aún es limitada. Reconocer sus patrones clínicos puede favorecer el diagnóstico temprano y una atención oportuna.

Objetivo: Describir la epidemiología clínica de las manifestaciones gastrointestinales en pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a pacientes menores de 16 años con fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) y neutropenia ($< 1\,500/\text{mm}^3$), atendidos en el Hospital Universitario José Eleuterio González entre enero de 2018 y diciembre de 2023. Se analizó exclusivamente a aquellos que presentaron manifestaciones y diagnósticos gastrointestinales confirmados. Se aplicaron estadística descriptiva y pruebas comparativas.

Resultados: De un total de 520 pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia, 240 (46,2%) desarrollaron manifestaciones gastrointestinales. Los diagnósticos más comunes fueron colitis neutropénica, gastroenteritis, pancreatitis, colitis pseudomembranosa y mucositis. Las manifestaciones clínicas predominantes fueron dolor abdominal (24,6%), diarrea (17,1%), náusea y vómito (15,6%), distensión abdominal (10,0%) y sangrado digestivo (4,8%) (Figura 1).

Conclusiones: Las manifestaciones gastrointestinales en pacientes pediátricos con fiebre y neutropenia son frecuentes, y el dolor abdominal y la diarrea son los síntomas más comunes. Las gastroenteritis agudas fue el diagnóstico más prevalente seguido de la colitis neutropénica. Estos hallazgos permiten anticipar posibles diagnósticos desde el ingreso hospitalario y optimizar tiempo y recursos hospitalarios en el abordaje diagnóstico-terapéutico en esta población de riesgo, además de favorecer la elaboración



de protocolos más dirigidos con un enfoque más acertado con epidemiología fidedigna de base.

Financiamiento: Este trabajo no recibió financiamiento institucional ni privado.

Dom135

SÍNDROME DE SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO INTESTINAL EN PACIENTES HEMATOONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

V. D. Olivas-Cabra, A. A. Gándara-Hernández, E. Duarte-Reséndiz, L. A. Orellana-Chacón, A. Valdés-Cervantes, J. C. Rivas-Rodríguez, E. M. Contreras-Hernández, C. A. Zapata-Castilleja, Hospital Universitario José Eleuterio González

Introducción: El sobrecrecimiento intestinal bacteriano (SIB) es una alteración caracterizada por una cifra anormalmente alta de bacterias en el intestino delgado, superior a 105 UFC/mL. La prevalencia de SIB en pacientes hematoológicos pediátricos se desconoce en el presente. En realidad, se suele subdiagnosticar porque sus síntomas inespecíficos son a menudo atribuidos a la enfermedad de base predisponente y su recurrencia es alta después del tratamiento antibiótico si el factor subyacente no es eliminado/eliminable.

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de sobrecrecimiento bacteriano en pacientes hematoológicos pediátricos mediante la prueba de hidrógeno espirado.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico realizado en pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia aguda del Hospital Universitario José Eleuterio González en la ciudad de Monterrey, México. Criterios de inclusión: edad de 4 a 16 años, con diagnóstico de leucemia aguda, que contaran con consentimiento informado y completaran la prueba de hidrógeno espirado y un cuestionario de síntomas que incluyera distensión abdominal, dolor, diarrea, vómito y ruidos intestinales. Criterios de exclusión: contraindicación para la vía oral, comorbilidades relacionadas que pusieran en riesgo la salud o la vida del paciente (respiratorias, renales, hepáticas, cardiovasculares). Criterios de eliminación: paciente que no completara la prueba y el cuestionario de síntomas. Para la prueba de hidrogeno espirado se utiliza el Equipo Gastro + GastrolyzerMR con la técnica de exhalación de aliento. Con posterioridad se obtuvo la muestra basal de hidrogeno espirado y se administraron por vía oral 10 g de lactulosa. Se realizaron ocho determinaciones cada 15 minutos expresadas en partes por millón (ppm),

se interrogaron y se determinó cada 15 minutos la presencia de síntomas. El diagnóstico se estableció cuando la diferencia de las concentraciones de hidrógenos espirados basal y máxima era mayor de 12 ppm. Se evaluó el número de síntomas presentes durante la prueba. Asimismo, se documentaron los antibióticos consumidos en ese momento.

Resultados: Se incluyó a un total de 44 pacientes, de los cuales siete se eliminaron por prueba incompleta. Se incluyó en el estudio a un total de 37 pacientes, de los cuales 24 son masculinos y 13 femeninos. La edad media es de 7,96 años. El 64% de los pacientes no se encontraba bajo tratamiento antibiótico. El 28% de ellos se hallaba en tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol. Se identificó a siete pacientes con diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano intestinal de acuerdo con la prueba de hidrógeno espirado, lo que representa una prevalencia de 18,9%. Se reconoció como síntoma más frecuente la distensión abdominal con un 44% y el síntoma menos frecuente fue la diarrea con 11%.

Conclusiones: En la población de estudio se identificó un 18,9% de prevalencia, porcentaje nada despreciable, por lo que es importante en lo mediado de lo posible buscar la vinculación del sobrecrecimiento intestinal bacteriano en pacientes hematológicos e instituir un tratamiento oportuno para disminuir la morbilidad relacionada.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom136

ESTRATEGIAS DE PREPARACIÓN INTESTINAL EN PEDIATRÍA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ESCALA DE BOSTON

N. Hinojosa-Arellanes, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, H. G. Corona-Pantoja, K. J. Enriquez-Pérez, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca

Introducción: La preparación intestinal en pacientes pediátricos representa un desafío en la actualidad. A diferencia de los adultos, existen diversos factores que pueden dificultar su realización. La Escala de preparación intestinal de Boston (BPSS) diseñada originalmente para pacientes adultos, evalúa cada uno de los tres segmentos del colon y proporciona una puntuación total de 0 (sin preparación) a una puntuación máxima de 9 (óptima). Aunque se ha extrapolado a la población pediátrica, hoy en día no se ha validado una escala para este grupo etario. Uno de los puntos clave de la calidad de la endoscopia depende en gran parte de la eficacia de la preparación intestinal. Describir la forma en que se comporta la BPSS en niños puede aportar evidencia útil para optimizar la calidad de las colonoscopias.

Objetivo: Describir los resultados de la preparación intestinal en la población pediátrica al aplicar la escala de Boston para su evaluación.

Material y métodos: Participaron los pacientes de 0 a 16 años sometidos a colonoscopia en el periodo comprendido entre enero de 2019 y abril de 2025. Tipo de estudio: descriptivo de corte transversal. Variables analizadas: edad, género, preparación intestinal (esquema y dosis de laxante, días de preparación, enema adicional y puntuación de BPSS). Análisis estadístico: resultados analizados con medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias. Se definió la preparación adecuada como BPSS ≥ 6 y dosis alta de PEG ≥ 2 g/kg/día.

Resultados: Se analizaron los datos de 106 pacientes, de los cuales 96 cumplieron con los criterios de inclusión; 64,5% correspondió a hombres. La media de edad fue de 97 meses (DE ± 51). Al ingreso, 46,87% tenía un adecuado estado nutricional y 34% algún grado de desnutrición. Se registró la escala de Bristol hasta en el 78,1% y en ella el patrón más común fue el 4 (27%). Con respecto a las estrategias de preparación, el esquema más empleado fue la monoterapia con polietilenglicol (PEG) en el 60,4%, seguido de combinaciones como PEG + bisacodilo (22,9%), bisacodilo + picosulfato de sodio (14,58%) y otras menos frecuentes. La media de dosis de PEG fue de 2 g/kg/día, pero por frecuencia el 51% recibió dosis mayores de 2 g/kg/día. Se observó que hasta un 11% requirió la administración adicional de enema debido a características no adecuadas en las heces horas antes de realizar el procedimiento. Como herramienta de evaluación de la preparación colónica, la BPSS mostró que el 67% obtuvo una puntuación ≥ 6 .

Conclusiones: La escala de Boston resultó útil para describir el comportamiento de distintas estrategias de preparación intestinal en la población pediátrica. La mayoría de los pacientes tuvo una adecuada preparación intestinal con una puntuación ≥ 6 , lo que sugiere un resultado favorable en

cuanto a los esquemas empleados. La monoterapia con polietilenglicol fue el esquema más usado y en más del 50% se utilizaron dosis altas (≥ 2 g/kg/día), lo cual pudo relacionarse con un resultado de Boston ≥ 6 . A pesar de ellos, un porcentaje de pacientes requirió la administración de un enema adicional, por lo que el ajuste individualizado es importante en cada paciente. Estos hallazgos relacionan el uso de BPSS como herramienta útil para describir la calidad de la preparación intestinal en pacientes pediátricos, específicamente en entornos en los que se busca disminuir los costos de los laxantes y la combinación de éstos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom137

EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON SUPLEMENTACIÓN DE ZINC Y SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL EN ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA VS. RACECADOTRILLO Y SOLUCIÓN DE REHIDRATACIÓN ORAL EN EL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DEL NIÑO DR. RODOLFO NIETO PADRÓN DE DICIEMBRE 2024-JUNIO 2025

B. G. García-González, D. B. Wildman-Fonseca, M. E. Borbolla-Sala, Hospital del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón

Introducción: Según los datos de la OMS del 2024, cada año la diarrea mata a 443 832 niños menores de cinco años y a otros 50 851 niños de cinco a nueve años, pero es una enfermedad prevenible y puede tratarse. La OMS y la UNICEF recomiendan 10 a 20 mg de zinc al día para niños con enfermedad diarreica. Éste actúa por varios mecanismos y tiene un efecto directo sobre los canales iónicos, lo cual evita complicaciones secundarias a la enfermedad diarreica aguda potencialmente letales.

Objetivo: Comparar la eficacia del tratamiento con complementación de zinc y solución de rehidratación oral respecto del racecadotril y la solución de rehidratación oral en niños menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón de diciembre de 2024 a junio de 2025.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico en el Hospital Regional de Alta Especialidad del Niño Dr. Rodolfo Nieto Padrón en el periodo de diciembre de 2024 a junio de 2025 con pacientes menores de cinco años con enfermedad diarreica aguda. Variables analizadas: edad, sexo, estado nutricional, desequilibrio hidroelectrolítico, grado de deshidratación. Análisis estadístico: resultados analizados con medidas de frecuencia central como media, mediana y desviación estándar y gráficas para la representación de los datos.

Resultados: Se obtuvo un total de 50 expedientes, 22 pacientes del sexo femenino (44%) y 28 del masculino (56%). La edad media de presentación fue de 1,9 años. Características clínicas observadas: más de la mitad se mostró febril (58%) con un registro de temperatura de 38,5 °C, síntomas gastrointestinales con media de 5,24 evacuaciones al día, distensión abdominal (52%) y peristalsis (56%).

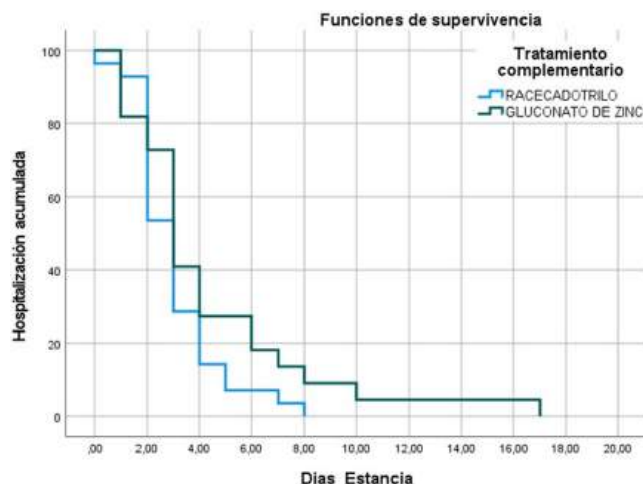
Complicaciones: 14% sufrió choque hipovolémico al ingreso a urgencias, pero no se registró ninguna defunción en este estudio; comorbilidades relacionadas: cardiopatías (2%), nefropatías (4%), posquirúrgicas (4%), neurológicas (4%) y niños previamente hospitalizados (12%). El 96% tuvo altas sin secuelas. En relación con el tratamiento, el 34% consumió antibióticos antes del ingreso, 22% antiespasmódicos, 8% antidiarreicos, 14% otros (aceites, té, etc.). Medidas preventivas: el 26% tuvo lactancia materna exclusiva, 96% con antecedente de vacunación contra rotavirus. El racecadotril se usó en promedio 3 036 días y el gluconato de zinc 4 318 días en total con un promedio de ambos de 3,6 días, por lo que las tablas realizadas de Kaplan-Meier para supervivencia revelaron que desde el origen (curva) tuvieron entrecruzamientos a nivel de los 90, 80, 70, 50 y 30, este último probablemente por comorbilidades relacionadas. Según el logaritmo Ranke (Mantel-Cox), resultado de χ^2 acumulada de las fechas de las altas, se obtiene un análisis cualitativo y se observa que no hay significancia estadística entre el gluconato de zinc y el racecadotril (Figura 1).

Conclusiones: Se comparó la eficacia del tratamiento con complementación de zinc respecto del racecadotril en diarrea aguda en menores de cinco años, con un uso promedio de ambos de 3,6 días; se identificó el choque hipovolémico como la complicación más frecuente (14%) y, a su vez, se realizó un análisis cualitativo según el cual no hay significancia estadística entre el uso del gluconato de zinc y el racecadotril. Por otra parte, es importante

recordar los beneficios clínicos del empleo del zinc en la población pediátrica en países en vías de desarrollo conforme a las coberturas internacionales indicadas por organismos como UNICEF/OMS.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Figura 1. Las tablas de Kaplan-Meier para supervivencia indican que desde el origen (curva) se observaron entrecruzamientos a nivel de los 90, 80, 70, 50 y 30, probablemente por comorbilidades relacionadas. (Dom137)



Dom138

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE INTESTINO CORTO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. C. Basulto-Ultreras, G. Gómez-Navarro, Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS Guadalajara.

Introducción: El espectro clínico del síndrome de intestino corto (SIC) en la edad pediátrica se extiende desde una disfunción leve y reversible hasta una alteración grave e incapacitante. El tratamiento nutricional pretende mejorar la capacidad de absorción del intestino remanente para lograr la autonomía enteral y reducir al mínimo la dependencia de la nutrición parenteral y con ello las complicaciones. En el occidente del país no existen estudios que describan las características clínicas y epidemiológicas y el resultado a largo plazo de los pacientes pediátricos con SIC, por lo que se consideró importante realizar este estudio.

Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de síndrome de intestino corto en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino corto atendidos en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, en el periodo de marzo de 2020 a marzo de 2023. Tipo de estudio: observacional, retrospectivo y transversal. Variables analizadas: edad gestacional, edad al diagnóstico, sexo, estado nutricional, etiología, vía de administración de la nutrición, tipo de nutrición parenteral, tipo de nutrición enteral, modalidad de administración, complicaciones, defunción y comorbilidad adjunta. Análisis estadístico: los resultados se analizaron con medidas de frecuencia relativas y centrales para la obtención de porcentajes, media, mediana y moda.

Resultados: Se incluyó en total a 23 pacientes, la mayoría del sexo femenino y prematuros. La edad fue de 2 meses a 17 años, con una media de 32,3 meses. En cuanto a la edad al diagnóstico del SIC, la mínima fue de un día de vida y la máxima de 17 años. El 43,5% de los sujetos padecía desnutrición grave, seguido de 30,4% de los pacientes con eutrofia y, en menor proporción, 26,1% con desnutrición moderada. Las principales causas que produjeron el SIC fueron atresia intestinal, enterocolitis necrosante y gastrosquisis con el 30,4, 26,1 y 17,4%, respectivamente. En cuanto a la presencia de válvula ileocecal, no se encontró una diferencia importante entre ambos grupos. La vía de administración de la nutrición principal fue la alimentación enteral por la boca en el

65,2% de los casos. Dentro de los tipos de nutrición enteral se observó que en la mayoría de los pacientes se empleó la fórmula de aminoácidos (43,5%), seguida por la dieta completa (26,1%). En el 65,2% de los casos se administró la alimentación en bolos. En cuanto a la nutrición por vía parenteral, 3 de los 5 (60,0%) pacientes la recibían en la modalidad de nutrición parenteral total y los 2 (40%) restantes de forma parcial. El 52,2% de los individuos no sufrió complicaciones. En los que sí experimentaron alguna complicación se identificó principalmente la falla intestinal hasta en 45,5%. El 65,2% de los pacientes tenía alguna comorbilidad y sólo tres evolucionaron con desenlace de defunción (13,0%).

Conclusiones: En los enfermos atendidos en el Hospital de Pediatría por SIC se encontró con frecuencia el antecedente de prematuridad, la mayoría diagnosticada con SIC en el periodo neonatal. Las principales causas, en orden de frecuencia, fueron atresia intestinal, enterocolitis necrosante y gastrosquisis. La nutrición empleada en la mayoría de los pacientes fue la alimentación enteral, en la mayor parte de los casos por la boca, a base de fórmula de aminoácidos y se administró principalmente en bolos. La mayoría de los pacientes sufrió alguna complicación y de éstas la más frecuente fue la falla intestinal; sin embargo, sólo tres pacientes fallecieron durante el periodo evaluado.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom139

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANOMÉTRICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

C. G. Reiling-Gatica, M. M. Contreras-Betancourt, J. R. Zárate-Guerrero, A. L. Barajas-Castro, S. Pacheco-Sotelo, Instituto Mexicano del Seguro Social Guadalajara.

Introducción: Los pacientes adultos con enfermedades reumatológicas pueden presentar síntomas gastrointestinales, como disfagia, odinofagia, pirosis y reflujo, lo cual puede deberse a trastornos motores esofágicos (TME) que aparecen en 50% en estas afecciones. La acalasia y la obstrucción del tracto de salida de la unión esofagogástrica son más frecuentes en la artritis reumatoide, mientras que la motilidad esofágica ineficaz (MEI) y la motilidad esofágica ausente (MEA) se describen sobre todo en la esclerodermia. El depósito excesivo de colágeno en el esófago distal causa atrofia y degeneración fibrótica del músculo liso, una alteración que desencadena la disfunción motora, entre otros factores. Existen muy pocos informes de series de casos en las publicaciones médicas en pacientes pediátricos con dermatomiositis juvenil y esclerodermia.

Objetivo: Determinar las características clínicas y manométricas en pacientes pediátricos con enfermedades reumatológicas en un hospital pediátrico de tercer nivel.

Material y métodos: Participaron pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología de un hospital pediátrico del occidente del país que atiende a niños y adolescentes de nueve entidades federativas de febrero de 2020 a junio de 2025. Tipo de estudio: retrospectivo y descriptivo. Variables analizadas: edad, género, estado nutricional, datos clínicos y diagnósticos manométricos con base en la clasificación de Chicago v.IV. Criterios de inclusión: sujetos de seis a 18 años que tuvieran manometría esofágica de alta resolución realizada en esta unidad. Se utilizaron mediana y rango, así como frecuencias y porcentajes para variables cuantitativas y cualitativas, respectivamente.

Resultados: Durante el periodo en cuestión se realizaron 122 estudios de manometría esofágica de alta resolución; de éstos, 12 (9,8%) correspondieron a enfermedades reumatológicas; la mediana de edad fue de 173,5 meses (79-199); 6 (50%) tuvieron dermatomiositis, 4 (33%) esclerodermia y 2 (17%) lupus eritematoso sistémico. Nueve (75%) correspondieron al género femenino; 11 (92%) tenían disfagia, uno vómito y uno más experimentó pérdida de peso. En uno de ellos se encontró desnutrición grave, en 7 (58%) estado nutricional normal y en 4 (33%) sobrepeso u obesidad. Cinco (42%) mostraron algún trastorno de motilidad esofágica: 2 MEA, 2 MEI y otro espasmo esofágico distal; en 7 (58%) no se notificaron alteraciones motoras.

Conclusiones: Las alteraciones motores esofágicas en niños con enfermedades reumatológicas ocurrieron en prácticamente la mitad de los casos y el síntoma principal fue la disfagia; hasta donde tienen conocimiento los autores, son escasos este tipo de informes en este país y en América Latina.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento.

Dom140

ACALASIA EN NIÑOS: UNA REVISIÓN DE 10 AÑOS DE RESULTADOS QUIRÚRGICOS, RECUPERACIÓN NUTRICIONAL Y RECURRENCIA DE SÍNTOMAS

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

Introducción: La acalasia es un trastorno poco frecuente de la motilidad esofágica y se caracteriza por una peristalsis ineficaz e incapacidad para relajar el esfínter esofágico inferior. El tratamiento de elección es la miotomía de Heller, aunque en fecha reciente ha surgido la opción endoscópica (POEM), que no se encuentra disponible en todos los entornos, especialmente en aquellos de bajos recursos. Las principales complicaciones informadas en las publicaciones médicas son la perforación esofágica y el reflujo gastroesofágico a largo plazo.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional, los resultados quirúrgicos, las complicaciones y la persistencia de los síntomas en pacientes diagnosticados con acalasia en un tercer nivel de atención.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de cohorte que evaluó a pacientes pediátricos con acalasia atendidos entre 2014 y 2024 en el Instituto Nacional de Pediatría. Se incluyeron 26 casos confirmados por manometría según la Clasificación de Chicago versiones 3.0 y 4.0. Se analizaron datos demográficos, estado nutricional, tipo de acalasia, parámetros manométricos, tipo de abordaje quirúrgico, complicaciones y evolución clínica.

Resultados: El tipo II fue el más común (73%). La mediana de edad fue de 12 años, con distribución por sexo similar. Las comorbilidades más frecuentes fueron síndrome de Down (n = 3), síndrome de Allgrove (n = 3), síndrome de Margan (n = 1) y enfermedad autoinmune (n = 1). Al diagnóstico, 39,1% tenía desnutrición grave y sólo el 21,7% era eutrófico. En la manometría, el IRP promedio fue de 43,64 mmHg, con DCI de 1820 mmHg·s·cm, y se observó presurización panesofágica en 78,3%. Hasta 19 pacientes se trataron con miotomía de Heller y 17 fueron objeto de funduplicatura concomitante, en particular técnica de Dor. Las principales complicaciones fueron perforación esofágica (15,8%, mayormente intraoperatoria), estenosis esofágica posoperatoria (15,8%), neumotórax, rotura esplénica y funduplicatura hiperfuncionante. A los seis meses persistían síntomas como disfagia a sólidos (11,5%), vómito relacionado con la alimentación (15,4%) y dolor torácico (19,2%). Al año, tres pacientes seguían con disfagia a sólidos (11,5%) y uno con síntomas como vómito, disfagia a líquidos o dolor torácico. Se dio seguimiento nutricional a 15 pacientes: 30% mejoró, mientras que el resto permaneció con algún grado de desnutrición y apenas 26,7% se encontraba eutrófico. Cuatro pacientes con estenosis requirieron nuevas intervenciones, sobre todo dilataciones con balón. Se realizó manometría posoperatoria en cuatro pacientes, la media de IRP fue de 4 mmHg y el DCI de 730 mmHg·s·cm, con presurización panesofágica persistente en el 75%.

Conclusiones: La acalasia pediátrica es todavía una entidad poco común, con predominio del tipo II. La mayoría de los pacientes presentó desnutrición grave al diagnóstico. A pesar de la intervención quirúrgica, un número considerable de pacientes continuó con poco aumento de peso y síntomas persistentes. La perforación esofágica fue la complicación aguda más común, en tanto que la estenosis posoperatoria probablemente contribuyó a la recurrencia de la disfagia. Contrario a lo ya notificado, el síntoma más prevalente a largo plazo en esta población de estudio no fue el reflujo, sino la disfagia persistente.

Financiamiento: Ninguno.

Dom141

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN NIÑOS CON INGESTIÓN DE PILA DE BOTÓN EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN MÉXICO: EXPERIENCIA DE OCHO AÑOS

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

Introducción: La ingestión de pilas de botón es una urgencia médica pediátrica debido al riesgo de lesiones esofágicas graves en minutos.

Objetivo: Describir las características clínicas, endoscópicas y complicaciones relacionadas con estos casos en un centro terciario de referencia en México.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico de ingestión de pila de botón atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría entre abril de 2016 y abril de 2024, con endoscopia realizada en las primeras 72 horas tras la ingestión. Se analizaron variables clínicas, endoscópicas y evolución mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se incluyó a 29 pacientes con una edad media de 49,2 ± 41,6 meses; el 51,7% correspondió a mujeres. En el 61,2% de los casos, la ingestión ocurrió en el domicilio y sólo el 27,6% fue presenciada. El tiempo promedio hasta la endoscopia fue de 20,06 ± 28 horas, aunque la recomendación internacional indica realizarla antes de las dos horas; tan sólo el 55,2% fue intervenido en las primeras 12 horas. En el 93,1% de los casos no se logró identificar el tipo de pila ingerida. Las pilas provenían principalmente de dispositivos sueltos (31%), controles remotos, dispositivos personales y juguetes. Al ingreso, el 41,4% estaba asintomático, pero los síntomas más frecuentes fueron dolor torácico (55,2%), odinofagia (51,7%) y sialorrea (37,9%). En el 82,8% se logró la extracción endoscópica y las localizaciones más frecuentes fueron el estómago (34,5%) y el esófago superior (20,6%). En el esófago se halló necrosis en 31%, ulceración en 13,8% y mucosa normal en 48,3%. Según la clasificación de Zargar, el 20,7% presentó lesión de grado IIb y el 10,3% de grado IIIb. En el estómago y duodeno se identificaron eritema (27,6%) y úlceras o erosiones (20,6%). Las complicaciones agudas ocurrieron en el 17,2% de los pacientes (perforación, 6,9%; estenosis y mediastinitis, 3,4% cada una) y las tardías en el 6,8% (estenosis y disfagia persistente). El 82,8% no presentó secuelas (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados en pacientes con ingestión de pilas de botón (n = 29). (Dom141)

Categoría	Variable	Resultado
Datos demográficos	Edad media (± DE)	49,2 ± 41,6 meses
	Sexo femenino	51,7%
Características del accidente	Ocurrió en domicilio	61,2%
	Ingestión presenciada	27,6%
	Tiempo promedio hasta endoscopia	20,06 ± 28 h (4-120 h)
Identificación de la pila	Intervenida antes de 12 h	55,2%
	Tipo de pila no identificado	93,1%
	Origen más frecuente: pila suelta	31%
Síntomas al ingreso	Asintomáticos	41,4%
	Dolor torácico	55,2%
	Odinofagia	51,7%
	Sialorrea	37,9%
Hallazgos endoscópicos	Extracción endoscópica exitosa	82,8%
	Localización más frecuente: estómago	34,5%
	Localización: esófago superior	20,6%
	Necrosis esofágica	31%
	Ulceración esofágica	13,8%
	Mucosa esofágica normal	48,3%
	Zargar IIb/IIIb	20,7% / 10,3%
	Eritema gástrico/duodenal	27,6%
	Úlceras o erosiones gástricas	20,6%

Complicaciones	Agudas (total)	17,2%
	– Perforación	6,9%
	– Estenosis o mediastinitis	3,4% c/u
	Tardías (estenosis/disfagia persistente)	6,8%
	Sin secuelas	82,8%

Conclusiones: La ingestión de pilas de botón debe considerarse una urgencia médica, incluso en pacientes asintomáticos, ya que se han documentado lesiones esofágicas graves, como necrosis y ulceración sin síntomas evidentes. El retraso en la endoscopia, debido a barreras en la referencia y detección del episodio, incrementa el riesgo de complicaciones graves. La imposibilidad de identificar el tipo de pila en la mayoría de los casos limita el análisis del riesgo específico, según sean el voltaje y el tamaño. Estos hallazgos subrayan la elevada morbilidad relacionada con esta anomalía, así como la necesidad urgente de mejorar la prevención en el hogar, los mecanismos de referencia oportuna y la documentación clínica. La endoscopia temprana no sólo permite una extracción eficaz, sino que también es clave para detectar lesiones iniciales y evitar secuelas graves a largo plazo.

Financiamiento: Este estudio no recibió financiamiento externo.

Dom142

TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES: POR MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN

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

Introducción: La esclerodermia y la dermatomiositis son enfermedades autoinmunes que pueden manifestarse con disfagia debido al compromiso esofágico. Una de las herramientas diagnósticas clave para evaluar la disfagia en estos pacientes es la manometría esofágica de alta resolución (HRM, por sus siglas en inglés), que permite una evaluación detallada de la función motora esofágica. Comprender los patrones manométricos específicos vinculados con cada anomalía es fundamental para el diagnóstico temprano, la toma de decisiones terapéuticas y el seguimiento de la progresión de la enfermedad.

Objetivo: Analizar los trastornos de motilidad esofágica mediante manometría de alta resolución en pacientes pediátricos con dermatomiositis o esclerodermia, además de describir las características demográficas de los pacientes, identificar sus patrones de alteraciones en la manometría esofágica y comparar los hallazgos manométricos entre ambos grupos.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría. Se recopilaron datos clínicos y manométricos. La sistematización incluyó variables como edad al diagnóstico, sexo y parámetros manométricos: la presión residual integrada (IRP), el índice de contracción distal (DCI) y la longitud del esfínter esofágico inferior. Para comparar las variables cuantitativas entre ambos grupos se utilizó la prueba U de Mann-Whitney adecuada para el tipo de muestra.

Resultados: Se analizó a 19 pacientes con dermatomiositis y cuatro con esclerodermia. Los enfermos con esclerodermia registraron un índice de contracción distal (DCI) promedio de 98,65 mmHg (intervalo, 1-260,6), significativamente menor en comparación con la dermatomiositis, cuyo promedio

fue de 2 226,33 mmHg ($p = 0,002$). El valor medio de la presión residual integrada (IRP) fue de 4,65 mmHg (intervalo, 2,6-6,6) en esclerodermia y de 13,47 mmHg en dermatomiositis, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p = 0,057$). La presión basal del esfínter esofágico inferior mostró un valor medio de 38,85 mmHg (intervalo, 40,3-170) en esclerodermia y 29,6 mmHg (intervalo, 24-660) en dermatomiositis ($p = 0,394$). Se reconoció aperistalsis esofágica en los pacientes con esclerodermia.

Conclusiones: La evaluación manométrica de alta resolución mostró diferencias en los patrones de motilidad esofágica entre dermatomiositis y esclerodermia. Los pacientes con esclerodermia mostraron hipocontractilidad grave con DCI marcadamente reducido y aperistalsis esofágica, mientras que aquéllos con dermatomiositis conservaron en mayor medida la función motora esofágica. Estos hallazgos pueden utilizarse en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con enfermedades autoinmunes.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom143

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL IMBN Y LA PSPW ENTRE DIFERENTES GRUPOS ETARIOS PEDIÁTRICOS

M. L. Sánchez-Díaz, J. E. Suárez-Morán, P. Gálvez-Castillejos, A. I. Quesada-Tortoriello, J. V. Andoney-Mayén, C. I. Blanco-Vela, Grupo Colaborativo: Sección de neurogastroenterología, Hospital Español de México

Introducción: La impedancia basal media nocturna (IBMN) y el índice de ondas peristálticas posreflujo inducidas por la deglución (PSPW) son métricas de pH-impedanciometría útiles para distinguir a individuos con fenómenos relacionados con el ácido como enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) o hipersensibilidad al reflujo (HR) de aquéllos no relacionados con el ácido como la pirosis funcional. La utilidad de la IBMN y el PSPW en pediatría continúa en estudio. La evidencia actual muestra valores similares de IBMN y PSPW a lo largo del espectro pediátrico, pero sin análisis específicos por grupos etarios.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias en los valores de IBMN y PSPW entre distintos grupos etarios pediátricos, dada la heterogeneidad funcional del aparato digestivo en la infancia.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en un centro de tercer nivel en el que se compararon resultados de pH-impedanciometría en pacientes pediátricos que acudieron por sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico del 1 de diciembre de 2022 al 1 de septiembre de 2023. Los pacientes se clasificaron en lactantes (grupo 1, de 1 a 24 meses), preescolares (grupo 2, de 25 a 72 meses), escolares (grupo 3, de 73 a 120 meses) y adolescentes (grupo 4, de 121 a 228 meses). Se realizó estadística para la comparación entre grupo con las pruebas χ^2 y ANOVA.

Resultados: Se incluyó a un total de 31 pacientes, de los cuales 54,8% ($n = 17$) correspondió al género femenino. Un 41,9% ($n = 13$) se integró con adolescentes, 25,8% ($n = 8$) con lactantes, 16,1% ($n = 5$) con preescolares y 16,1% ($n = 5$) con escolares. Del total de pacientes, 29% ($n = 9$) sufrió enfermedad por reflujo gastroesofágico, 48,4% ($n = 15$) hipersensibilidad al reflujo y 22,6% ($n = 7$) pirosis funcional. Durante la comparación entre grupos no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre el tiempo en reflujo (grupo 1, $2,88 \pm 4$ vs. grupo 2, $7,9 \pm 5,2$ vs. grupo 3, $6,58 \pm 11,19$ vs. grupo 4, $3,16 \pm 3,13$), el número de episodios de reflujo ($19,88 \pm 19,83$ vs. $33,60 \pm 24,98$ vs. $29,80 \pm 22,79$ vs. $29,23 \pm 21,99$, respectivamente), la IBMN ($1837,14 \pm 605,36 \Omega$ vs. $1653 \pm 506,73 \Omega$ vs. $2065,88 \pm 848,15 \Omega$ vs. $2322,22 \pm 988,58 \Omega$, respectivamente) y el PSPW ($34,87 \pm 36,02$ vs. $26,4 \pm 19,29$ vs. $32,4 \pm 37,92$ vs. $40,30 \pm 32,34$). En la prueba χ^2 se encontraron relaciones entre el grupo de lactantes y la presencia de reflujo en posición supina $p < 0,05$ (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación entre grupos por edad. (Dom143)

	Lactante		Preescolar		Escolar		Adolescente	
	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar	Media	Desv. estándar
Edad	11,38	5,097	41,60	18,311	89,80	9,497	173,77	29,617
TEA	2,8875	4,00194	7,9000	5,20913	6,5800	11,19049	3,1615	3,13330
No. episodios de reflujo	19,88	19,831	33,60	24,986	29,80	22,797	29,23	21,997
IMBN	1837,1438	605,36986	1653,2600	506,73784	2065,8800	848,15799	2322,2277	988,58133
PSPW	34,8750	36,02950	26,4000	19,29508	32,4000	37,92493	40,3077	32,34549

Conclusiones: No existen diferencias entre los valores de IBMN o el PSPW entre distintos grupos etarios pediátricos. Es posible que el reflujo gastroesofágico sea más frecuente en posición supina en los lactantes.

Financiamiento: Sin financiamiento.

Dom144

GASTROSTOMÍA EN NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

K. N. Herrera-González, K. A. Flores-Arizmendi, S. García-Delapunte, Instituto Nacional de Pediatría

Introducción: El síndrome de Down (SD) es la alteración genética más frecuente y en México se calcula una prevalencia de 1 en 650 recién nacidos vivos. La población con SD sufre distintas comorbilidades que pueden hacer difícil su succión y deglución o favorecer neumonías por aspiración. La gastrostomía es un procedimiento quirúrgico empleado para promover la nutrición y disminuir el riesgo de broncoaspiración en estos niños; sin embargo, sus indicaciones en pacientes con SD no están bien establecidas y en muchas ocasiones se realiza sin tener un abordaje multidisciplinario previo. Hay pocos informes acerca de la gastrostomía en niños con SD.

Objetivo: Describir las indicaciones de la gastrostomía que tuvieron los niños y las complicaciones relacionadas con el procedimiento y establecer las pautas que se deben considerar antes de realizar una intervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo en pacientes con SD y gastrostomía atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría del 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2022.

Resultados: Se efectuaron 47 gastrostomías al momento del cierre del estudio. La más frecuente indicación fue la enfermedad por reflujo gastroesofágico combinada con escasa ganancia de peso. Hasta 25 pacientes tuvieron complicaciones, la más frecuente de las cuales fue la infección peristomal. Un total de 17 pacientes tuvo retiro de ésta al momento de la revisión.

Conclusiones: La gastrostomía es un procedimiento sobrevalorado no exento de complicaciones. Se debe proporcionar rehabilitación orofacial antes de indicar la gastrostomía.

Financiamiento: No se recibió ningún tipo de financiamiento.

Dom145

SANGRADO DIGESTIVO ALTO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ENDOSCÓPICAS Y APLICACIÓN DEL PUNTAJE DE SHEFFIELD

K. J. Enríquez-Pérez, E. V. Estrada-Arce, L. E. Flores-Fong, N. Hinojosa-Arellanes, H. G. Corona-Pantoja, L. I. Mondragón-González, K. N. Herrera-González, J. A. Romano-Velazco, Nuevo Hospital Civil Juan I. Menchaca

Introducción: El sangrado del tubo digestivo alto (STDA) en pediatría representa un reto diagnóstico y terapéutico debido a la ausencia de escalas validadas que permitan estratificar la gravedad. En adultos existen herramientas consolidadas, pero en pediatría aún se exploran alternativas como la puntuación de Sheffield propuesta para identificar a pacientes con riesgo de requerir intervención endoscópica. Sin embargo, los estudios en la población pediátrica son aún escasos.

Objetivo: Caracterizar los hallazgos clínicos y endoscópicos del sangrado del tubo digestivo alto en la población pediátrica y considerar la puntuación de Sheffield.

Material y métodos: Se incluyó a pacientes menores de 16 años con sangrado del tubo digestivo alto que ingresaron por urgencias pediátricas al Nuevo Hospital Civil Juan I. Menchaca entre enero de 2019 y abril de 2025. Tipo de estudio: descriptivo, transversal, retrospectivo y observacional. Se analizaron variables como edad, sexo, hemoglobina inicial, choque, dolor abdominal, diarrea, episodio anemizante, síncope, hematemesis, enfermedad preexistente, rectorragia, melena, taquicardia, reanimación intravascular, uso de medicamentos y hallazgos endoscópicos. El análisis estadístico incluyó frecuencias, media, mediana, desviación estándar y porcentajes, de acuerdo con cada variable.

Resultados: Se incluyó a 60 pacientes con sangrado del tubo digestivo alto. El 63,3% correspondió a hombres. La mediana de edad fue de 9 años (DE

± 4,43). El tiempo promedio entre el inicio del sangrado y la atención en urgencias fue de 2,21 días, con mediana de 1. La puntuación de Sheffield promedio fue de 5,46 (mediana, 2). La hematemesis fue el síntoma más frecuente (80%), seguida del dolor abdominal (38,3%) y la melena (33,3%). La diarrea, la rectorragia y el síncope fueron infrecuentes (< 5%). Se documentaron signos de choque en 23,3%, taquicardia en 25% y llenado capilar prolongado en 8,3%. El 26,6% recibió hemotransfusión y 13,3% carga de cristaloides. Sólo el 31,6% sufrió hemorragia anemizante. En relación con los valores de hemoglobina inicial, 88,3% tuvo Hb > 8 g/dL. El 51,6% tenía enfermedades preexistentes (Tabla 1). No se registraron muertes. Al clasificar a los pacientes de acuerdo con la puntuación de Sheffield, se observó que aquéllos con ≥ 8 (31,6% n = 19) presentaron con mayor frecuencia signos de choque y requerimiento de reanimación intravascular, lo que sugiere una posible relación entre puntuaciones elevadas y presentaciones clínicas más graves, lo cual refuerza su posible utilidad como herramienta de estratificación inicial. Los fármacos referidos antes del episodio hemorrágico fueron inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (26,6%, n = 16), seguidos por otros fármacos (26,6%, n = 16), antiepilépticos (11,6%, n = 7), antiinflamatorios no esteroideos (6,6%, n = 4) y esteroides (1,6%, n = 1). En ocho pacientes no se realizó endoscopia, hubo un caso de COVID-19 y siete de mejoría clínica. Dos pacientes no mostraron alteraciones durante el estudio. Se documentaron úlceras en fase de cicatrización en 23,3% (n = 14) de los pacientes, de acuerdo con la clasificación de Sakita: H1 (1,6%, n = 1), H2 (3,3%, n = 2), S1 (8,3%, n = 5) y S2 (11,6%, n = 7). Además, un 16,6% (n = 10) mostró úlcera activa según la clasificación de Forrest: IIc (3,3%, n = 2), y III (13,3%, n = 8). Se identificaron várices esofágicas/gástricas en 25 pacientes (41,6%). En 45 sujetos se notificaron hallazgos endoscópicos adicionales no categorizados.

Tabla 1. (Dom145)

Parámetro	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo		
Hombres	38	63,3
Mujeres	22	36,6
Hb Inicial		
< 8 g/dL	7	11,6
> 8 g/dL	53	88,3
STDA anemizante	19	31,6
Síntomas		
Dolor abdominal	23	38,3
Diarrea	3	5
Síncope	1	1,6
Hematemesis	48	80
Melena	20	33,3
Enfermedad preexistente	31	51,6
Rectorragia	3	5
Signos		
Choque	14	23,3
Taquicardia	15	25
Llenado capilar prolongado	5	8,3
Reanimación con líquidos		
Hemotransfusión	16	26,6
Carga de cristaloides	8	13,3
Transfusión de otros productos	5	8,3
Puntuación de Sheffield		
≥ 8 puntos	19	31,6
< 8 puntos	41	68,4

Hb, hemoglobina; STDA, sangrado del tubo digestivo alto.

Conclusiones: La presencia de hematemesis fue la manifestación principal. Los pacientes con una puntuación de Sheffield ≥ 8 mostraron tendencia a una mayor gravedad clínica. Las vórices esofágicas/gástricas y las úlceras gástricas fueron los hallazgos endoscópicos predominantes. El uso de inhibidores de la bomba de protones, antiácidos y fármacos antiepilépticos fue común en esta población.

Financiamiento: No se recibió financiamiento para la elaboración de este estudio.

Dom146

RESPUESTA CLÍNICA DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON GASTROPARESIA A LA APLICACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA INTRAPILÓRICA

J. Achon-Girala, S. A. Trauernicht-Mendieta, Hospital Infantil de México Federico Gómez

Introducción: La gastroparesia pediátrica es un trastorno de vaciamiento gástrico retardado sin obstrucción mecánica que afecta el crecimiento y la calidad de vida infantil. Sus síntomas incluyen náusea, vómito, saciedad temprana y dolor abdominal. El tratamiento es todavía un reto, con opciones limitadas y poco estandarizadas. La toxina botulínica tipo A ha emergido como una alternativa terapéutica prometedora, al relajar el esfínter pilórico y mejorar el vaciamiento gástrico. Sin embargo, la evidencia en niños es aún escasa. Este estudio busca describir la evolución clínica de pacientes pediátricos tratados con toxina botulínica y aportar información útil para futuras decisiones terapéuticas.

Objetivo: Describir la respuesta clínica a la toxina botulínica en pacientes pediátricos con diagnóstico de gastroparesia atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez, además de las características demográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de gastroparesia. Identificar los síntomas predominantes antes y después del tratamiento con toxina botulínica. Evaluar la evolución clínica de los pacientes tras la aplicación de toxina botulínica y determinar la frecuencia de efectos adversos relacionados con la aplicación de la toxina botulínica.

Material y métodos: Este estudio observacional, longitudinal y retrospectivo incluyó a pacientes pediátricos con diagnóstico confirmado de gastroparesia atendidos en el Hospital Infantil de México Federico Gómez entre 2018 y 2023, quienes recibieron toxina botulínica por vía endoscópica. Se seleccionó a los menores de 18 años con diagnóstico clínico y gammagrama compatible. Se excluyeron los expedientes incompletos o con aplicación de toxina por otras indicaciones. Se recolectaron datos demográficos, clínicos, procedimientos y evolución posterior en una base Excel. Se realizó análisis descriptivo y comparativo mediante las pruebas de McNemar y t de Student para muestras relacionadas, con uso del programa SPSS versión 28.0.1.1.

Resultados: En este estudio se evaluó a un grupo de 11 pacientes pediátricos con diagnóstico de gastroparesia, con una edad promedio de 10,8 años y predominio del sexo masculino (63,6%). Clínicamente, el síntoma más frecuente fue la saciedad temprana (81,8%), seguida de náusea, vómito, dolor abdominal y distensión. Tras la aplicación de toxina botulínica intrapilórica se observó una mejoría clínica significativa: la saciedad temprana mejoró en el 54,5%, se resolvió en el 18,2% y persistió sólo en el 27,3%, con significancia estadística. La náusea remitió o mejoró en el 91% de los casos; el vómito se resolvió en el 81,8%; el dolor abdominal también mostró mejoría relevante; y la distensión abdominal, aunque menos frecuente inicialmente, desapareció por completo en todos los casos. Fue estadísticamente significativa la mejoría de los casos de náusea ($p = 0,015$), vómito ($p = 0,015$) y dolor abdominal ($p = 0,030$) (Tabla 1). En cuanto al estado nutricional, antes del tratamiento, la mayoría de los pacientes tenía desnutrición. Tras la intervención, el porcentaje de eutrofia aumentó a 54,5% y los casos de desnutrición grave descendieron a 18,2%. Aunque los Z scores de IMC y talla mostraron mejoría, no fueron significativos. Los resultados respaldan la toxina botulínica como opción terapéutica segura y promisorio en la gastroparesia pediátrica.

Conclusiones: La aplicación intrapilórica de toxina botulínica tipo A en niños con gastroparesia mostró una respuesta clínica favorable, evidenciada por una reducción significativa de la frecuencia e intensidad de síntomas gastrointestinales, en particular náusea, vómito y dolor abdominal. Estos hallazgos sustentan su utilidad terapéutica como una alternativa de mínima invasión en casos seleccionados.

Financiamiento: No se contó con financiamiento.

Tabla 1. Efecto del tratamiento con toxina botulínica tipo A en los síntomas de pacientes pediátricos con gastroparesia. (Dom146)

Síntoma	Previo (%)	Posterior (%)	Valor de p
Saciedad temprana	81,8%	27,3%	0,070
Náusea	72,7%	9,1%	0,015
Vómito	63,6%	0%	0,015
Dolor abdominal	63,6%	9,1%	0,030
Distensión abdominal	18,2%	0%	0,50

Dom147

ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES CLÍNICAS DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

D. Parada-Gutiérrez, C. Maldonado-Rivera, Hospital Central Sur de Alta Especialidad, Petróleos Mexicanos

Introducción: Los inhibidores de la bomba de protones (IBP), como el omeprazol, se indican por lo general como parte de la atención médica de todo paciente hospitalizado. Sus indicaciones están bien establecidas en la *North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (NASPGHAN) y la *European Society for Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* (ESPGHAN) para el control de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, dispepsia funcional y efectos vinculados con la quimioterapia, profilaxis del sangrado con fármacos antiinflamatorios no esteroideos, o como parte de estrategias empíricas. Analizar su uso permite no sólo entender los patrones actuales, sino también identificar áreas de mejora que favorezcan la prescripción basada en evidencias.

Objetivo: Describir la frecuencia de uso y las indicaciones clínicas de los IBP en pacientes pediátricos hospitalizados, así como determinar el grado de concordancia con artículos médicos, así como guías de práctica clínica nacional e internacional, como la *American Gastroenterological Association*.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 361 hospitalizaciones pediátricas registradas entre mayo de 2023 y mayo de 2024 en el Hospital Central Sur de Alta Especialidad. La recolección de datos se realizó mediante revisión de expedientes electrónicos institucionales (SIAH) y se analizaron el uso de IBP, el diagnóstico de cada paciente, la indicación médica y los días de administración con la finalidad de identificar las indicaciones documentadas y su relación con la línea médica. Se aplicó estadística descriptiva para el análisis de frecuencias y proporciones.

Resultados: Del total de hospitalizaciones, el 64,54% de los pacientes recibió algún inhibidor de la bomba de protones, el omeprazol el más prescrito. De estas indicaciones, el 38,2% se alineó con criterios clínicos reconocidos, como reflujo gastroesofágico, esofagitis erosiva, gastritis, dispepsia, uso concomitante de antiinflamatorios no esteroideos o prevención de efectos gástricos relacionados con la quimioterapia. El 61,8% restante de los casos correspondió a decisiones clínicas no validadas por un diagnóstico documentado, pero se vincularon con consideraciones profilácticas. No se registraron efectos adversos gastrointestinales ni alteraciones electrolíticas atribuibles al uso de estos fármacos durante el periodo de estudio.

Conclusiones: El análisis permite observar que, en un porcentaje considerable de las hospitalizaciones, se administró el IBP, se observó una relación con la prescripción clínica o profiláctica, y se identificó un margen amplio de mejora en términos de documentación diagnóstica y alineación con guías clínicas. Estos hallazgos no pretenden cuestionar la práctica médica, sino contribuir al fortalecimiento de una estrategia institucional de uso racional de medicamentos. Este estudio puede ser útil para futuras estrategias de actualización clínica, protocolos internos y proyectos de mejora continua en beneficio de los pacientes pediátricos.

Financiamiento: No se recibió financiamiento de ningún tipo.

Dom148

DATOS CLÍNICOS Y SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI* EN EL NUEVO HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA DE JUNIO DE 2022 A JUNIO DE 2024: ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

J. A. Romano-Velazco, L. E. Flores-Fong, E. V. Estrada-Arce, K. N. Herrera-González, L. I. Mondragón-González, E. M. Mendoza-Osorio, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara

Introducción: La infección por *Helicobacter pylori* en pediatría muestra diferencias importantes respecto de los adultos, por ejemplo en su presentación clínica, diagnóstico y tratamiento. Las guías recientes de la ESPGHAN y la NASPGHAN señalan que el objetivo principal de la investigación clínica de los síntomas gastrointestinales es determinar la causa subyacente de los síntomas y no tan sólo demostrar la presencia de infección por *H. pylori* que, en caso de encontrarse, el tratamiento debe iniciarse y la erradicación confirmarse. Entre los factores de riesgos descritos en las publicaciones médica figuran el aspecto social y el contexto geográfico en los países en desarrollo; la prevalencia puede alcanzar un 30%, en contraste con los países desarrollados en los que puede ser de 12%. Acorde a los diferentes estudios, la transmisión ocurre de persona a persona por vía oral-oral y fecal-oral; el hacinamiento y el nivel socioeconómico bajo son factores para perpetuar la infección debido a la convivencia estrecha de los familiares.

Objetivo: Describir las características clínicas y sociodemográficas de pacientes pediátricos con diagnóstico positivo a *Helicobacter pylori* atendidos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara de junio de 2022 a junio de 2024.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de tipo cohorte que incluyó a 18 pacientes con biopsia positiva a *H. pylori* por endoscopia; ésta fue positiva por presencia del microorganismo y se evaluó en el servicio de anatomía patológica del hospital.

Resultados: Se identificó a 18 pacientes con *H. pylori*, en los cuales no hubo diferencia genérica; con respecto al grupo etario, el 22,2% correspondió a preescolares, el 44,4% a escolares y el 33,3% a adolescentes. En la presentación clínica, el dolor abdominal crónico (44,4%) y el sangrado del tubo digestivo alto (33,3%) fueron la presentación clínica más común. El nivel socioeconómico bajo (61,1%) prevaleció en la mayoría de los pacientes y, con respecto a su escolaridad, se identificó que la mayoría de los padres tenía secundaria completa, la madre con 44,4% y el padre con 61,1%; otro factor de riesgo, cuya importancia se ha demostrado, es el hacinamiento que resultó positivo en un 72,2% y negativo en 27,7%, lo que lleva sospechar su vinculación con la infección de *Helicobacter pylori*.

Conclusiones: Este estudio descriptivo permitió caracterizar el perfil clínico y sociodemográfico de una cohorte de pacientes pediátricos con diagnóstico positivo a *Helicobacter pylori* atendidos en el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara. Se observó una distribución relativamente homogénea entre los grupos etarios y por sexo, con predominancia de los síntomas gastrointestinales como dolor abdominal crónico y STDA. Asimismo, se identificó una elevada proporción de pacientes provenientes de contextos socioeconómicos bajos, con condiciones de hacinamiento y baja escolaridad de los padres, lo cual sugiere posibles factores relacionados con el riesgo de infección. Aunque no se realizó un análisis inferencial, los hallazgos aportan una base útil para futuras investigaciones analíticas y refuerzan la importancia del abordaje integral en poblaciones pediátricas vulnerables.

Financiamiento: No se recibió financiamiento.