



CONGRESO SMEP

28 DE AGOSTO AL 1 DE SEPTIEMBRE, 2024

Cancún, Quintana Roo
25 ANIVERSARIO

SOCIEDAD MEXICANA DE
ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA





BIENVENIDA AL XXV CONGRESO ANUAL SMEP

**Estimados Miembros de la Sociedad Mexicana de
Endocrinología Pediátrica.**

Es un honor y un placer darles la más cordial bienvenida al **XXV Congreso Anual** de nuestra sociedad. Este año celebramos nuestro **25° aniversario**, un hito que refleja décadas de dedicación y excelencia en el campo de la endocrinología pediátrica.

Y qué mejor marco para celebrar este magno evento que el mar color turquesa del Caribe mexicano, en la hermosa Ciudad de Cancún, Quintana Roo.

La Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica se ha comprometido a enriquecer nuestros conocimientos y prácticas bajo estrictos principios científicos. Este congreso es una oportunidad invaluable para compartir experiencias, aprender de expertos y fortalecer nuestro discernimiento médico.

En la conmemoración de nuestro XXV aniversario, tendremos por primera ocasión, un precongreso en colaboración con la **Sociedad Internacional de Niños y Adolescentes con Diabetes (ISPAD)** evento que promete ser una fuente de conocimiento de alto nivel.

Durante el congreso nacional, abordaremos diversos temas en conferencias plenarias, simposios, debates y encuentros con profesores con una gran trayectoria académica. Contaremos con la participación de **14 profesores de Europa, Norteamérica y Sudamérica, así como 20 profesores mexicanos**, y será un foro para exponer la productividad científica de nuestros socios.

Este año, ofreceremos **talleres alternativos**, diseñados para brindar experiencias enriquecedoras en otro contexto de la Endocrinología.

Esperamos la participación de más de **450 asistentes nacionales e internacionales** y será un espacio para el intercambio de ideas, la colaboración y la inspiración.

Les extendemos una cordial invitación a ser parte de este evento histórico. Juntos, continuaremos avanzando en la endocrinología pediátrica y construyendo un futuro más saludable para nuestros pacientes.

¡Bienvenidos y que este congreso sea un éxito inolvidable!

Atentamente,

**Comité Organizador del XXV Congreso Anual
Mesa Directiva de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica**



MESA DIRECTIVA

2023-2025



**DR. HÉCTOR RAÚL
RIVERO ESCALANTE**

Presidente



**DRA. MARÍA DE LA
LUZ RUÍZ REYES**

Vicepresidenta



**DRA. NAYELY
GARIBAY NIETO**

***Secretaria
Tesorera***



CONGRESO SMEP
28 DE AGOSTO AL 1 DE SEPTIEMBRE, 2024

Cancún, Quintana Roo
25 ANIVERSARIO





COMITÉ ORGANIZADOR XXV CONGRESO ANUAL SMEP



MIEMBROS DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

- Dra. Jessie Nallely Zurita Cruz
- Dra. Catalina Peralta Cortázar
- Dra. Judith Cornejo Barrera
- Dra. María Lola Evia Viscarra

COORDINADORES GRUPOS DE INTERÉS

DIABETES

Dra. Margarita Barrientos Pérez

CRECIMIENTO

Dra. América Liliana Miranda Lora

TIROIDES

Dra. Aleida de Jesús Rivera Hernández

DSD ADRENALES

Dra. Elisa Nishimura Meguro

OBESIDAD

Dra. Eréndira Villanueva Ortega

MIEMBROS COMITÉ DE APOYO SMEP 2024

Coordinador ISPAD:

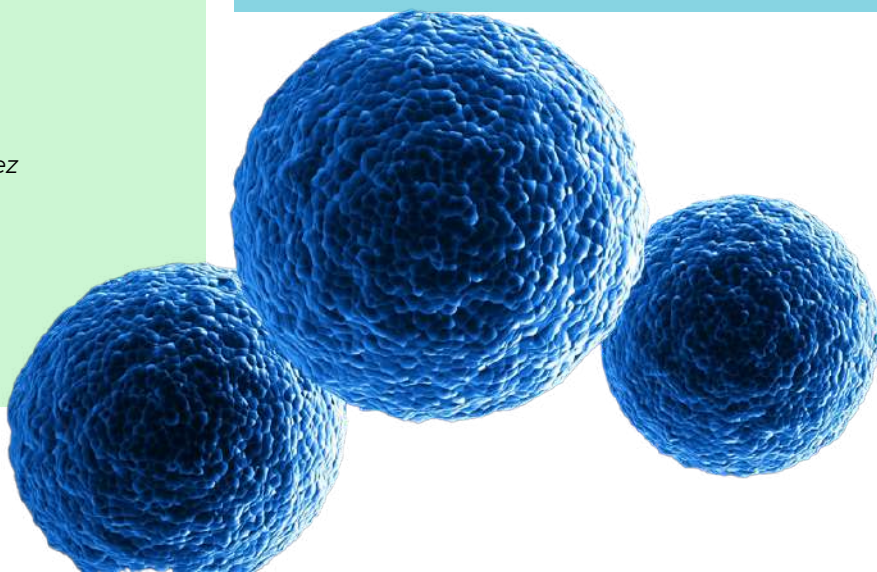
Dr. Carlos Alberto Antillón Ferreira

Coordinador Redes Sociales:

Dr. Hebert Huerta Martínez

Coordinador Casos Clínicos:

Dra. Aleida de Jesús Rivera Hernández



COLABORADORES XXV CONGRESO

- Dra. Blanca Estela Aguilar Herrera
- Dr. Carlos Armando Alcázar Castañeda
- Dra. Nelly Altamirano Bustamante
- Dra. Abril Adriana Arellano Llamas
- Dr. Héctor Eliud Arriaga Cázares
- Dra. Ana Laura Bahena García
- Dra. Margarita Barrientos Pérez
- Dra. Consuelo Barrón Uribe
- Dra. Luz Elena Bravo Ríos
- Dra. Edith Cárdenas Vargas
- Dra. Perla Alicia Carrillo González
- Dra. María Fernanda Castilla Peón
- Dra. Elisa Cobos González
- Dra. Jessica Chantal García Téllez
- Dr. Oscar Flores Caloca
- Dra. Claudia Montserrat Flores Robles
- Dra. Gabriela García Galván
- Dra. Eulalia Piedad Garrido Magaña
- Dra. Aidy González Núñez
- Dr. Manuel Guajardo Jáquez
- Psic. Imelda Hermida Gutiérrez
- Dra. Carolina Hill de Titto
- Dr. Hebert Huerta Martínez
- Dra. Lorena Lizárraga Paulín



- Dra. Ana Laura López Beltrán
- Dr. Jorge David López Palomera
- Dr. José Daniel Llanas Rodríguez
- Dra. Carmen Cecilia Macías Lara
- Dr. Edmundo Javier Maciel Rosas
- Dra. María Pía Martínez Gigena
- Dra. Patricia G. Medina Bravo
- Dra. Susana Amada Mejenes Álvarez
- Dr. Jorge Mario Molina Díaz
- Dr. Marco Antonio Morales Pérez
- Dr. Oscar Ochoa Romero
- Dr. José Antonio Orozco Morales
- Dra. Yadira Eugenia Pastrana Fernández
- Dra. Emma Lucila Reyna Picasso Rivera
- Dr. Fernando Ramón Ramírez Mendoza
- Dra. Ana Lilia Rodríguez Ventura
- Dra. Ada Alicia Rojas Zacarías
- Dra. Juana Romero Villarreal
- Dra. Eloísa Saavedra Castillo
- Dr. Ricardo Salas Flores
- Dr. Helberth Armando Segovia Gómez
- Dra. Margarita Torres Tamayo
- Dr. Artemio Velasco Morales
- Dr. Roberto de Jesús Zuart Ruiz

Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica



PROFESORES INTERNACIONALES DEL XXV CONGRESO

DR. SONIR ANTONINI (BRASIL)

Jefe de la División de Endocrinología Pediátrica de la Facultad de Medicina de Ribeirão Preto Universidad de São Paulo

DR. ANDREW BAUER (USA)

Director del Thyroid Center en Children's Hospital of Philadelphia.
Profesor Asociado de Pediatría en la Escuela de Medicina Perelman de la Universidad de Pensilvania.

DR. JAVIER CHIARPENELLO (ARGENTINA)

Médico Endocrinólogo en Centro de Endocrinología de Rosario.
Especialista en Endocrinología, Metabolismo y Nutrición.

DR. THOMAS DANNE (ALEMANIA)

Director del Departamento de Endocrinología, Diabetología e Investigación del Hospital para niños y adolescentes "Auf der Bult" de la Universidad de Medicina de Hannover, Alemania.

DRA CHERI DEAL (CANADÁ)

Endocrinóloga Pediatra e Investigadora Clínica
Profesor Emeritus, Universidad de Montréal.

DRA LARISSA GARCIA GOMES (BRASIL)

Médica Endocrinóloga del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (FMUSP).

DRA. MEGAN MORIARTY KELSEY (USA)

Profesora Asociada de Endocrinología Pediátrica en el Children's Hospital Colorado.
Escuela de Medicina de la Universidad de Colorado.

DR. JOSÉ IGNACIO LABARTA (ESPAÑA)

Jefe de Servicio de Pediatría y de la Unidad Docente del Hospital Universitario "Miguel Servent" en Zaragoza, Aragón.

DRA. CATARINA LIMBERT (PORTUGAL)

Asistente de Licenciatura en Pediatría Médica del Hospital Dona Estefânia, subespecialización en Endocrinología y Diabetología Pediátrica del Hospital Pediátrico de Graz, Austria.

PSICÓLOGO IÑAKI LORENTE (ESPAÑA)

Psicólogo experto en diabetes y orientador escolar.
Miembro del Grupo de Trabajo de Educación Terapéutica de la Sociedad Española de Diabetes.

DRA. BRYNN MARKS (USA)

Tecnología y Educación sobre Diabetes, Filadelfia, Pensilvania Estados Unidos.

DRA VERONICA MERICQ (CHILE)

Instituto de Investigaciones Materno Infantil de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

DRA. MARCELA RAGGIO (ARGENTINA)

Médica especialista en Nutrición y Diabetología Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Austral, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

DR. ERIC VILAIN. (USA)

Departamentos de Genética Humana, Pediatría y Urología en UCLA Director del Centro de Investigación de Medicina Genética del Sistema Nacional de Salud Infantil.



PROFESORES NACIONALES XXV CONGRESO

DRA. KARINA AGUILAR CUARTO

Unidad de Bienestar Infantil Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

DR. CARLOS A. ANTILLÓN FERREIRA

Endocrinólogo Pediatra en el Centro Médico ABC.

DR. JUAN CARLOS BRITO TAX

Endocrinólogo Pediatra en el Centro Médico de Chetumal.

DR. RAÚL CALZADA LEÓN

Servicio de Endocrinología Instituto Nacional de Pediatría. Expresidente Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica A.C.

LIC. EN NUTRICIÓN MAITE CAMPO OCEJO

Nutrióloga con experiencia Clínico Nutricional y especialista en diabetes.

DR. SALVADOR IGNACIO ESTEVA SOLSONA

Endocrinólogo Pediatra Cancún, Quintana Roo.

DRA. ERICKA FLORES VICARIO

Endocrinóloga Pediatra Cancún Quintana Roo.

DRA. LETICIA M. GARCIA MORALES

Servicio de Endocrinología Pediátrica Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

DRA. NATALIA ELOISA DE LA GARZA HERNÁNDEZ

Especialista en Endocrinología Clínica y en Medicina Interna San Pedro Garza García, Nuevo León.

DRA. MARÍA PÍA MARTÍNEZ GIGENA

Endocrinóloga Pediatra Nuevo Centenario Hospital Miguel Hidalgo, Aguascalientes, Ags.

DR. MARCO ANTONIO MORALES PÉREZ

Servicio de Pediatría Hospital General Regional No. 17 IMSS Cancún, Quintana Roo.

DR. CÉSAR H. JIMÉNEZ VILLANUEVA

Endocrinólogo Pediatra Especialista en Acupuntura Humana.

DRA. ESTHER MORENO CABRERA

Endocrinóloga Pediatra Hospital Regional 17 Cancún, Quintana Roo.

DRA. MIRIAM M. PADRÓN MARTÍNEZ

Clínica de Obesidad Instituto Nacional de Pediatría Ciudad de México.

DR. FERNANDO RAMÓN RAMÍREZ MENDOZA

Unidad de Posgrado Sede Hospital Infantil Privado Profesor adjunto en la especialidad de pediatría UNAM.

L.A. GLORIA RIVERO ESCALANTE

Consultora en Desarrollo Organizacional Líder consultor en habilidades blandas.

LIC. EN PSIC. ITZEL TÉLLEZ NARES

Psicóloga Clínica y de la Salud Coordinadora de proyectos Hospital Infantil de México.

DR. JESÚS OCTAVIO TORRES JIMÉNEZ

Endocrinólogo Pediatra, Instituto Mexicano del Seguro Social Ciudad Juárez, Chihuahua.

DR. JULIO CÉSAR VALENZUELA MONTOYA

Hospital Gineco Pediatría No. 31 Instituto Mexicano del Seguro Social Mexicali, Baja California.

DRA. ALICIA E. YÉPEZ RODRÍGUEZ

Endocrinóloga Internista Estado de México.





PLANO DEL XXV CONGRESO

SALÓN GRAN CONDESA

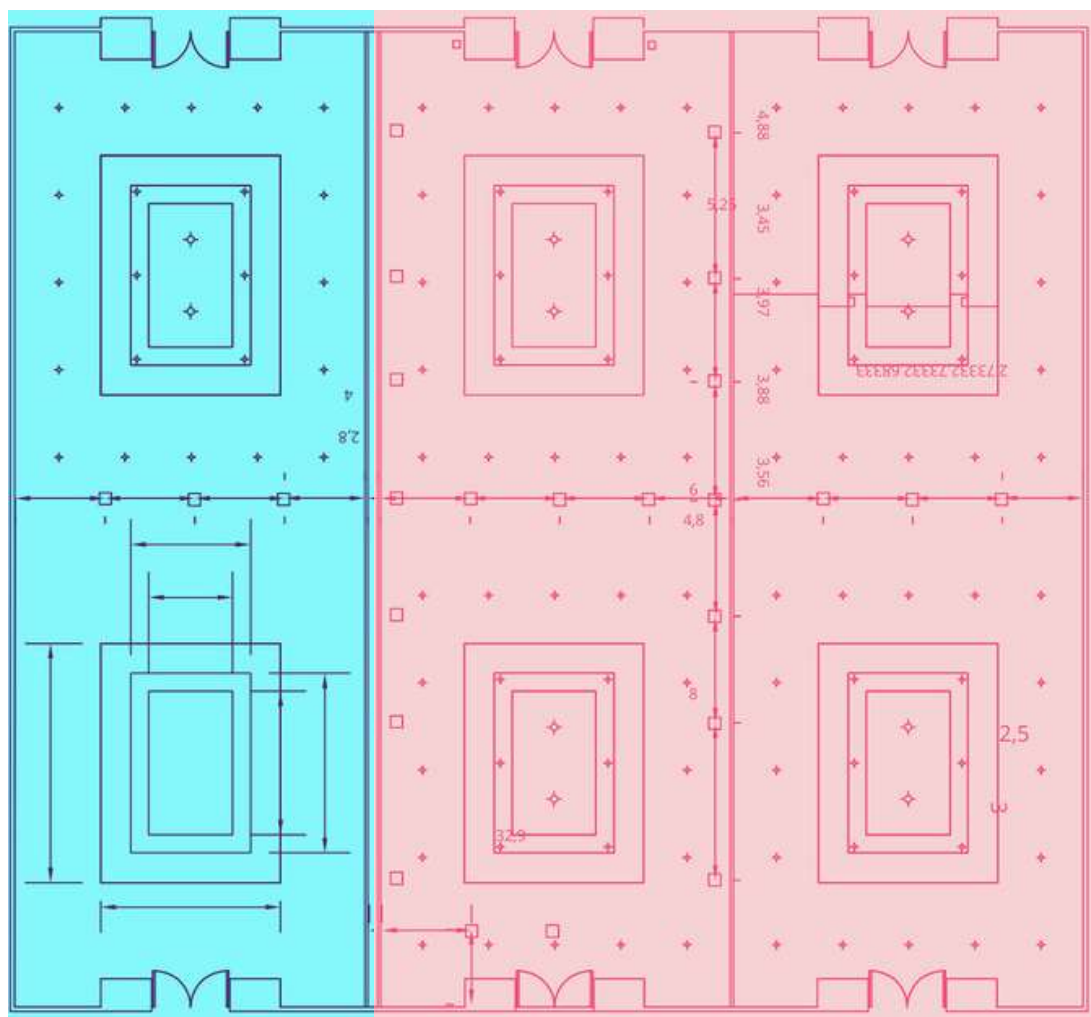
SALÓN MARÍA
MERCEDES

SALÓN MARÍA
FERNANDA

SALÓN MARÍA
LUIZA

EXPO COMERCIAL

PLENARIA PRINCIPAL



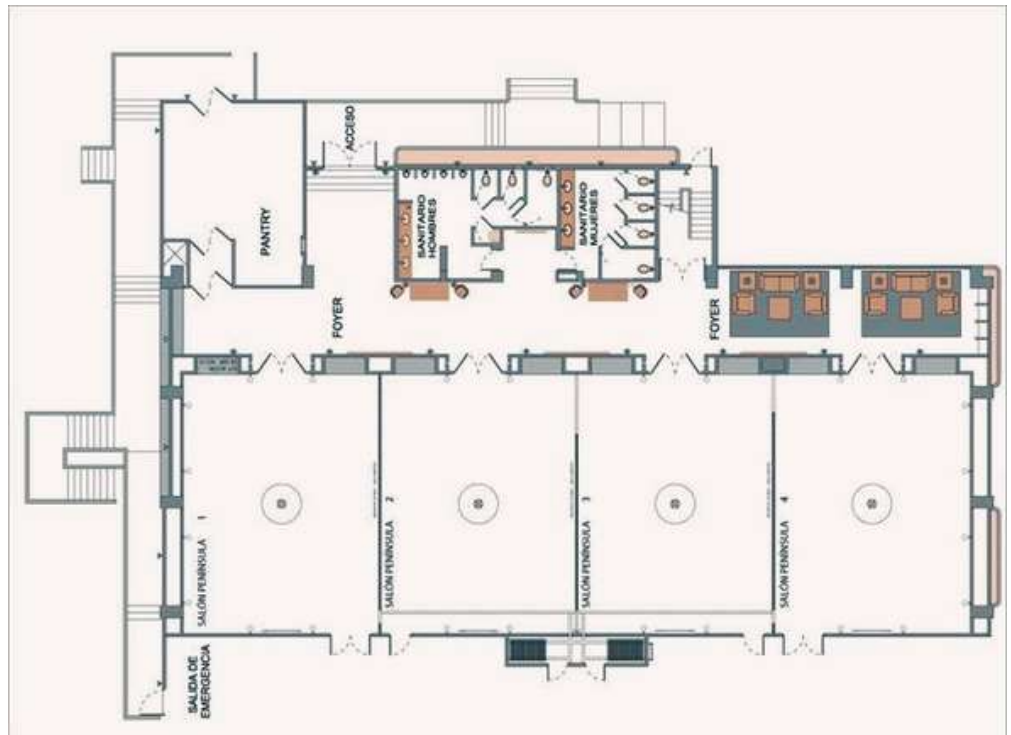
EXPO
CARTELES

REGISTRO

SALÓN GRAN PENÍNSULA

**CURSO
PEDIATRÍA**

**REUNIÓN
GRUPOS DE
INTERÉS**

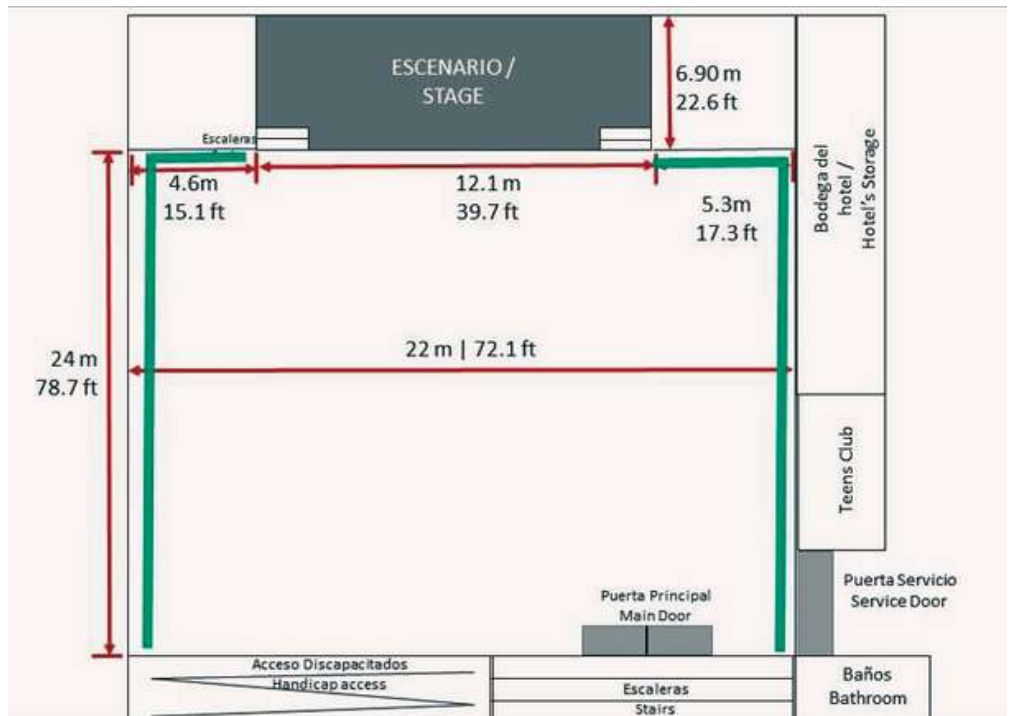


TEATRO ARENA CONDESA

**DESAYUNOS
INDUSTRIA
FARMACÉUTICA**

**COMIDA INDUSTRIA
FARMACÉUTICA**

**ASAMBLEA
GENERAL
ORDINARIA**



Miércoles 28 de agosto 2024

Curso

TALLER DE CRECIMIENTO

SALÓN GRAN PENÍNSULA 1



PROFESOR TITULAR: DRA. MARÍA DE LA LUZ RUIZ REYES / VICEPRESIDENTE SMEP

PROFESOR ADJUNTO: DR. HÉCTOR RAÚL RIVERO ESCALANTE / PRESIDENTE SMEP

PROFESOR ADJUNTO: DRA. NAYELY GARIBAY NIETO / SECRETARIA SMEP



HORA

TEMA

08:00-08:30	BIENVENIDA <i>Dr. Héctor Raúl Rivero Escalante</i>
08:30-09:00	DEFINICIÓN DE TALLA BAJA Y CRECIMIENTO NORMAL <i>Dra. Esther Moreno Cabrera</i>
09:00-09:30	ABORDAJE DE TALLA BAJA Y USO DE LAS TABLAS DE CRECIMIENTO <i>Dra. Miriam M. Padrón Martínez</i>
09:30-10:00	VARIANTES NORMALES DE CRECIMIENTO <i>Dra. Ericka Flores Vicario</i>
10:00-10:30	DISCUSIÓN INTERACTIVA
10:30-11:00	TALLA BAJA PATOLÓGICA <i>Dr. Salvador Esteva Solsona</i>
11:00-11:30	TRATAMIENTO Y CRITERIOS DE REFERENCIA <i>Dr. Juan Carlos Brito Tax</i>
11:30-12:30	CASOS CLÍNICOS <i>Dr. Marco Antonio Morales Pérez</i>
12:30-13:00	EVALUACIÓN

Miércoles 28 de agosto 2024

Curso

INTERNACIONAL ISPAD

SALONES GRAN CONDESA 2 Y 3

COORDINADOR GENERAL: DR. CARLOS A. ANTILLÓN FERREIRA



HORA

TEMA

12:00-15:00

REGISTRO EN EL VESTÍBULO

15:00-16:00

COMIDA LIBRE

16:00-17:30

TALLER. IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON DMT1

Profesor: Psicólogo Iñaki Lorente **Coordinador:** Dr. Carlos Antillón Ferreira

17:30-18:30

SITUACIÓN ACTUAL DE LA DMT1 EN ESCUELAS HISPANOPARLANTES

Profesor: Dra. Brynn Marks **Coordinador:** Dra. Emma L. Picasso Rivera

18:30-19:00

VISITA EXPO COMERCIAL - SALÓN GRAN CONDESA 1

19:00-20:00

CONFERENCIA ISPAD

- ¿Qué es ISPAD?
- Importancia de ser miembro de ISPAD.
- Directrices 2022: Los puntos más importantes. ¿Qué se avecina?
- Sweet Project

Profesor: Dra. Catarina Limbert / Dr. Thomas Danne

Coordinador: Dra. Margarita Barrientos Pérez

20:00-21:00

CENA LIBRE

Jueves 29 de agosto 2024

Curso

INTERNACIONAL ISPAD

SALONES GRAN CONDESA 2 Y 3

COORDINADOR GENERAL: DR. CARLOS A. ANTILLÓN FERRERIRA



ISPAD

International Society for Pediatric
and Adolescent Diabetes

HORA

TEMA

08:00-09:00	CONTROL CONTINUO DE LA GLUCOSA GRUPO BÁSICO <i>Libre View, Libre Link Guardian Connect Dexcom G6, G7 Night Scout / Glooko / Tidepool</i> Profesor: Dr. Julio Valenzuela Montoya / Dra. Alicia Yépez Rodríguez Coordinador: Dr. Manuel Guajardo Jáquez GRUPO AVANZADO Casos clínicos <i>Ejercicio, días de enfermedad, periodo menstrual, comidas especiales, alcohol</i> Profesor: Dra. Brynn Marks / Dra. Catarina Limbert Coordinador: Dra. María Pía Martínez Gigena
09:00-10:30	BOMBAS DE INSULINA GRUPO BÁSICO Configuración inicial <i>640G + FSL 640G + CGM 670G + CGM Omnipod + CGM Tandem + CGM LOOP</i> Profesor: Dr. J. Octavio Torres Jiménez / Dra. Natalia De La Garza Hernández Coordinador: Dr. Jorge D. López Palomera GRUPO AVANZADO Casos clínicos <i>640G + CGM 670G + CGM 780G + CGM Omnipod + CGM Tandem + CGM LOOP</i> Profesor: Dr. Thomas Danne / Dra. Brynn Marks Coordinador: Dr. Oscar Flores Caloca
10:30-11:00	SITUACIONES ESPECIALES CON CSII <i>Actividad física Transición a MDI Días de enfermedad Viajes</i> Profesor: Dra. María Pía Martínez Gigena Coordinador: Dra. Susana A. Mejenes Álvarez SITUACIONES ESPECIALES <i>Actividad física Transición a MDI Días de enfermedad Viajes</i> Profesor: Dr. Fernando R. Ramírez Mendoza Coordinador: Dra. Gabriela García Galván

HORA

TEMA

11:00-11:30

VISITA EXPO COMERCIAL – SALÓN GRAN CONDESA 1

11:30-12:30

ESTRATEGIAS PARA EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA DMT1

Profesor: Dra. Catarina Limbert

Coordinador: Dra. Carmen Cecilia Macías Lara

12:30-13:30

MESA DE DEBATE

Diabetes tipo 1, Apoyo Psicológico y Campamentos

Profesores: Dra. Brynn Marks

Psicóloga Itzel Téllez

L.N. Mayté Campo

Psic. Iñaki Lorente

Coordinador: Dr. Carlos A. Alcázar Castañeda

14:00-15:00

COMIDA LIBRE

NO OLVIDES UNIRTE AL ZOOM QUE SE REALIZARÁ EN EL MES DE NOVIEMBRE



GRUPO DE DSD
COORDINA. DR. RAÚL CALZADA LEÓN

TEMA:
ABORDAJE DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN
PACIENTES CON DSD

PROFESOR: DR RODOLFO REY (ARGENTINA)

JUEVES 07 DE NOVIEMBRE, 2024
20:00 HRS
HORA MÉXICO



Jueves 29 de agosto 2024



COORDINADOR: DR. HÉCTOR RAÚL RIVERO ESCALANTE



HORA

TEMA

12:00–15:00

REGISTRO EN VESTÍBULO

15:00–16:00

CONFERENCIA MAGISTRAL 25 AÑOS SMEP

Profesor: *Dr. Raúl Calzada León*

Coordinador: *Dr. José Daniel Llanas Rodríguez*

16:00–16:40

ASOCIACIÓN ENTRE EL CRECIMIENTO ACCELERADO, EL MOMENTO DE LA PUBERTAD Y LAS CONSECUENCIAS METABÓLICAS EN LOS NIÑOS

Profesor: *Dra. Verónica Mericq* **Coordinador:** *Dra. Consuelo Barron Uribe*

16:40–17:40

PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES 1–4

Coordinador: *Dra. Jessie N. Zurita Cruz y Dra. Judith Cornejo Barrera*

17:40–18:40

CONFERENCIA MEDTRONIC: TERAPIA AUTOMATIZADA EN PACIENTES CON DM1

Profesor: *Dra. Marcela Raggio*

18:40–20:30

INAUGURACION XXV CONGRESO Y AREA COMERCIAL

Coordinador: *Lic. Arturo Medina Galindo*

20:30–23:00

CENA DE BIENVENIDA SANDOZ – EXPLANADA DE LA ALBERCA



Viernes 30 de agosto 2024

XXV CONGRESO SMEP

SALONES GRAN CONDESA 2 Y 3

COORDINADOR: DRA. NAYELY GARIBAY NIETO Y DR. ARMANDO DÁVALOS IBÁÑEZ



HORA

TEMA

08:00-09:00	DESAYUNO CON EL EXPERTO PFIZER – TEATRO ARENA CONDESA EXPERIENCIA CON EL AJUSTE DE HORMONA DE CRECIMIENTO DE LARGA DURACIÓN E IGF-1 Profesor: <i>Dra. Cheri Deal</i>
9:00-9:40	CONTROVERSIAS EN EL USO DE GH, AGNRH E INHIBIDORES DE AROMATASAS PARA MEJORAR LA TALLA FINAL Profesor: <i>Dra. Verónica Mericq</i> Coordinador: <i>Dra. Blanca Estela Aguilar Herrera</i>
9:40-10:40	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES 5-8 Coordinador: <i>Dra. Ana Carolina Hill De Titto y Dr. Helberth A. Segovia Gómez</i>
10:40-11:10	VISITA EXPO COMERCIAL- EXPOSICIÓN CARTELES SALÓN GRAN CONDESA 1
11:10-11:50	CONFERENCIA MERCK: DETECCIÓN OPORTUNA DE LA PUBERTAD PRECOZ EN PACIENTES CON RCIU/PEG. ABORDAJE TERAPÉUTICO INTEGRAL Profesor: <i>Dr. Javier Chiarpenello</i>
11:50-12:30	CONFERENCIA: PERSPECTIVAS GENÉTICAS, EPIGENÉTICAS Y ENDOCRINAS DE LA ORIENTACIÓN SEXUAL HUMANA Profesor: <i>Dr. Eric Vilain</i> Coordinador: <i>Dr. Jorge Mario Molina Díaz</i>
12:30-13:00	VISITA EXPO COMERCIAL- EXPOSICIÓN CARTELES SALÓN GRAN CONDESA 1
13:00-14:00	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES 9-12 Coordinador: <i>Dra. Catalina Peralta Cortaza y Dra. Aidy González Núñez</i>

HORA

TEMA

14:00-15:00

CONFERENCIA SANDOZ: RETOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SOP EN ADOLESCENTES

Profesor: *Dra. Larissa Garcia Gomes*

15:00-16:00

COMIDA CON EL EXPERTO SANOFI - TEATRO ARENA CONDESA DE LA EVIDENCIA A LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL: UTILIDAD DE GLARGINA U300 EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Profesor: *Dr. Carlos A. Antillón Ferreira*

16:00-21:00

TARDE LIBRE

21:00

CENA LIBRE

RECUERDA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN



 **PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA**

5 MÓDULOS EN LÍNEA

- CRECIMIENTO - 19 DE SEPTIEMBRE, 2024
- DIABETES - 3 DE OCTUBRE, 2024
- OBESIDAD - 24 DE OCTUBRE, 2024
- DSD - 28 DE NOVIEMBRE, 2024
- TIROIDES - 12 DE DICIEMBRE, 2024

 **SESIÓN VIRTUAL zoom**



CONGRESO SMEP
28 DE AGOSTO AL 1 DE SEPTIEMBRE, 2024
Cancún, Quintana Roo
25 ANIVERSARIO





Sábado 31 de agosto 2024

COORDINADOR: DRA. MARÍA DE LA LUZ RUIZ REYES

HORA

TEMA

7:00-8:00	ACTIVIDAD DEPORTIVA
8:00-9:00	SIMPOSIO: MEJORANDO EL DIAGNÓSTICO DE LAS DIFERENCIAS DEL DESARROLLO SEXUAL HUMANO EL COMPONENTE CLÍNICO. <i>Dra. Leticia M. García Morales</i> EL DIAGNÓSTICO GENÉTICO MOLECULAR. <i>Dr. Eric Vilain</i> Coordinador: <i>Dr. Hebert Huerta Martínez</i>
9:00-10:00	PRESENTACIÓN ORAL DE TRABAJOS LIBRES 13-16 Coordinador: <i>Dra. Ana Lilia Rodríguez Ventura y Dra. Lorena Lizárraga Paulián</i>
10:00-10:40	CONFERENCIA PFIZER: DEFINIENDO LOS PERFILES IDÓNEOS DE LOS PACIENTES PARA LAS TERAPIAS DISPONIBLES EN DEFICIENCIA DE HORMONA DE CRECIMIENTO Profesor: <i>Dra. Cheri Deal</i>
10:40-11:10	VISITA EXPO COMERCIAL- EXPOSICIÓN CARTELES SALÓN GRAN CONDESA 1
11:10-11:50	CONFERENCIA: CÁNCER DE TIROIDES EN PEDIATRÍA Y SU TRANSICIÓN A LA EDAD ADULTA Profesor: <i>Dr. Andrew Bauer</i> Coordinador: <i>Dra. Aleida De Jesús Rivera Hernández</i>



CONGRESO SMEP
 28 DE AGOSTO AL 1 DE SEPTIEMBRE, 2024
Cancún, Quintana Roo
25 ANIVERSARIO



HORA

TEMA

11:50-12:50	SIMPOSIO: DIABESIDAD ¿LA METFORMINA PRESERVA LA FUNCIÓN DE LA CÉLULA BETA EN JÓVENES CON OBESIDAD? Profesor: <i>Megan Moriarty Kelsey</i> NUEVOS FÁRMACOS Profesor: <i>Dra. Karina Aguilar Cuarto</i> ABORDAJE PSICOLÓGICO DE LA DIABESIDAD Profesor: <i>Psic. Iñaki Lorente</i> Coordinador: <i>Dra. Nayely Garibay Nieto</i>
12:50-13:20	VISITA EXPO COMERCIAL- EXPOSICIÓN CARTELES SALÓN GRAN CONDESA 1
13:20-14:00	ABORDAJE DE LA HIPERTENSIÓN ENDOCRINA EN NIÑOS Profesor: <i>Dr. Sonir Antonini</i> Coordinador: <i>Dra. Margarita Torres Tamayo</i>
14:00-15:00	COMIDA CON EL EXPERTO SANDOZ - ANÁLISIS GENÉTICO DE LA TALLA BAJA Profesor: <i>Dr. José Ignacio Labarta</i>
13:00-16:00	CONFERENCIA ABBOTT: TEMAS ACTUALES EN EL USO E INTERPRETACIÓN DEL MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA Profesor: <i>Dr. Thomas Danne</i> Coordinador: <i>Dr. Carlos A. Antillón Ferreira</i>
16:00-16:30	VISITA EXPO COMERCIAL- EXPOSICIÓN CARTELES SALÓN GRAN CONDESA 1
16:30-17:30	REUNIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO - SALONES GRAN PENÍNSULA • CRECIMIENTO Y PUBERTAD: <i>Dra. América Miranda Lora - Salón P1</i> • OBESIDAD: <i>Dra. Eréndira Villanueva Ortega - Salón P2</i> • DIABETES: <i>Dra. Margarita Barrientos Pérez - Salón P3</i> • DSD Y ADRENALES: <i>Dra. Elisa Nishimura Meguro - Salón María Luisa</i> • TIROIDES: <i>Dra. Aleida Rivera Hernández - Salón María Mercedes</i>
17:30-19:00	ASAMBLEA GENERAL - TEATRO ARENA CONDESA
20:00	CENA DE CLAUSURA- SALÓN GRAN CONDESA



CONGRESO SMEP
28 DE AGOSTO AL 1 DE SEPTIEMBRE, 2024
Cancún, Quintana Roo
25 ANIVERSARIO



Domingo 01 de septiembre 2024

XXV CONGRESO SMEP

SALONES GRAN CONDESA 2 Y 3

COORDINADOR: DRA. CATALINA PERALTA CORTÁZAR

HORA

TEMA

8:30-9:00

CONFERENCIA: TÉCNICAS ECOGRÁFICAS AVANZADAS PARA LA DIFERENCIACIÓN DE NÓDULOS TIROIDEOS BENIGNOS Y MALIGNOS

Profesor: Dr. Andrew Bauer

Coordinador: Dra. Eloisa Saavedra Castillo

9:00-9:30

DISCUSIÓN CASOS CLÍNICOS DE CA DE TIROIDES

Profesor: Dr. Andrew Bauer

Coordinador: Dra. Ana Laura Bahena García

9:30-10:10

HIPERANDROGENISMO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. UNA ACTUALIZACIÓN

Profesor: Dr. Sonir Antonini

Coordinador: Dra. Yadira Eugenia Pastrana Fernández

10:10-10:50

CONFERENCIA: CONSECUENCIAS METABÓLICAS DE LA CIRUGÍA EN PACIENTES JÓVENES CON DIABETES TIPO 2

Profesor: Dra. Megan Moriarty Kelsey

Coordinador: Dra. Patricia Medina Bravo

11:00-11:30

CLAUSURA

Coordinador: Dra. María de la Luz Ruíz Reyes



CONGRESO SMEP
28 DE AGOSTO AL 1 DE SEPTIEMBRE, 2024
Cancún, Quintana Roo
25 ANIVERSARIO



TALLERES INTERACTIVOS PARA SOCIOS Y ACOMPAÑANTES



COORDINADOR: DRA. IMELDA HERMIDA GUTIÉRREZ

HORA

TEMA



Viernes 30 de agosto 2024

12:30-13:30

TALLER DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA – SALÓN MARÍA LUISA Y SALÓN MARÍA FERNANDA

Profesor: Dr. César Jiménez Villanueva

Sábado 31 de agosto 2024

10:00-11.00

TALLER SÍNDROME DE BURNOUT – SALÓN MARÍA LUISA Y SALÓN MARÍA FERNANDA

Profesor: L. A. Gloria Rivero Escalante

Jueves 29 de agosto 2024

ACIVIDADES SOCIALES

20:30-23:00

CENA SANDOZ BIENVENIDA – EXPLANADA FRENTE AL MAR

Código de vestir: Casual, fresco, estilo Tuluminati

Viernes 30 de agosto 2024

16:00-21:00

- TARDE LIBRE
- ATARDECER EN EL MAR – CATAMARÁN EXCLUSIVO PARA SOCIOS (LIMITADO A 150 PERSONAS)
- TOUR COMPRAS – ASISTENTES Y ACOMPAÑANTES

Coordinadora: Dra. Angélica Martínez Ramos Méndez

Sábado 31 de agosto 2024

7:00-8:00

FÚTBOL PLAYERO – ÁREA DE LA PLAYA

Coordinador: Dr. Manuel Guajardo Jaquez

20:00- 24:00

CENA DE CLAUSURA – SALÓN GRAN CONDESA

Código de vestir: Gala

ACTIVIDADES TARDE LIBRE XXV CONGRESO SMEP



- ★ *Paseo en Yate*
- ★ *Tour de compras*
- ★ *Fútbol playero*



Código QR para que llenes el
formulario de estas actividades

**Cupo limitado por actividad*





TRABAJOS LIBRES DE INVESTIGACIÓN PRESENTACIÓN ORAL

Oral 1-4	JUEVES 29 DE AGOSTO	16:40 – 17:40
Ora 5-8	VIERNES 30 DE AGOSTO	09:40 – 10:40
Oral 9-12	VIERNES 30 DE AGOSTO	13:00 – 14:00
Oral 13-16	SÁBADO 31 DE AGOSTO	09:00 – 10:00

TRABAJOS LIBRES PRESENTACIÓN CARTELES

Cartel 1-12	VIERNES 30 DE AGOSTO	10:40 – 11:10
Cartel 13-24	VIERNES 30 DE AGOSTO	12:30 – 13:00
Cartel 25-37	SÁBADO 31 DE AGOSTO	10:40 – 11:10
Cartel 38-49	SÁBADO 31 DE AGOSTO	12:50 – 13:20
Cartel 50 al 59	SÁBADO 31 DE AGOSTO	16:00 – 16:30

TRABAJOS LIBRES DE INVESTIGACIÓN

PRESENTACIÓN ORAL

Trabajo Oral No.1

FRECUENCIA Y PROBABILIDAD DE DESARROLLAR COMPLICACIONES MICROVASCULARES EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Fajardo Huízar Mara Alexia¹, Sevilla Domingo Manuel¹, Huerta Martínez Hebert¹, Rivera Hernández Aleida de Jesús¹, Toledo Chávez Aurelia¹, Rodríguez Martínez Graciela¹, Sánchez Robles Leticia¹, Pérez Romano Magdalena¹, Lugo Cardona Cynthia Mirelly¹

¹UMAE Hospital de Pediatría CMNSXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

La diabetes tipo 1 (DM1) es la forma más común de diabetes en niños y adolescentes. De acuerdo con el estudio DCCT, en adolescentes el control intensivo mostró una reducción en la aparición de microalbuminuria del 35% y de retinopatía en prevención primaria del 30% con un nivel de HbA1c de 8.1% vs el tratamiento convencional de 9.8%. En la población pediátrica con DM1 se considera que este tipo de complicaciones están infradiagnosticadas, aumentando la morbilidad y mortalidad.

Objetivo

Describir la frecuencia y probabilidad de desarrollar complicaciones microvasculares en una cohorte retrospectiva de adolescentes con DM1 en seguimiento en una unidad de 3er nivel.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, analítico. Se incluyeron adolescentes con DM1 con indicación de tamizaje de microangiopatías de acuerdo con ISPAD. Población: 121 adolescentes con DM1; 84 cumplieron con criterios de inclusión. Se realizó evaluación por oftalmología, microalbuminuria en orina de 24 horas y electromiografía de miembros pélvicos. Análisis descriptivo: Media y desviación estándar para variables paramétricas y mediana, mínimo y máximo para no paramétricas. Analítico: análisis bivariado y razón de momios (OR).

Resultados

El 61.9% fueron mujeres, media de tiempo de evolución 77.8 meses (+/-34.6), media de HbA1c 8.67% (+/-1.73). El 34.5% presentaron complicaciones microvasculares: 22.6% nefropatía, 10.7% neuropatía, ninguno retinopatía y 1.1% dos complicaciones. La media de tiempo de evolución para nefropatía fue 66 meses, neuropatía 90 meses. El subanálisis evidenció un OR: neuropatía y el tiempo de evolución (>5 años) de 1.5 (0.360-6.288) y nefropatía de 2.52 (0.521-12.192) para aquellos con HbA1c >7%.

Conclusiones

Las complicaciones microvasculares se presentaron en el 34.5%. La nefropatía fue menor que la reportada en el DCCT y se observó una probabilidad pequeña en aquellos con descontrol glucémico y, menor para neuropatía y tiempo de evolución >5 años, probable debido a factores genéticos no estudiados.

Palabras clave:

Diabetes, microvasculares, nefropatía, neuropatía, retinopatía.



Trabajo Oral No.2

FACTORES ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DE DISLIPIDEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y SUS COMPLICACIONES.

Aguilar López Karla María¹, Marquez Sánchez Jessica ², Carrillo Nieto Rosa Itzel , Guadarrama Zenteno Saira Elesva, Ruíz Reyes María de la Luz, Altamirano Bustamante Nelly Francisca , Calzada León Raúl ¹, ²Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

La dislipidemia es un factor de riesgo modificable en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Con la pandemia de obesidad, se ha notado un incremento en la incidencia de DM2. Hasta el momento, los datos sobre la dislipidemia al diagnóstico y durante el seguimiento son inadecuados

Objetivo

Evaluar la prevalencia de dislipidemia y sus factores de riesgo asociados en pacientes con DM2.

Material y Métodos

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo y descriptivo en 76 niños con DM2 entre 2014 y 2024. Se registraron variables demográficas y bioquímicas de los pacientes y variables auxológicas de los padres. Se dividieron en dos grupos: 1) con dislipidemia y 2) sin dislipidemia. Se definió dislipidemia con uno ó más : triglicéridos >150mg/dL, colesterol de alta densidad (HDL) <40mg/dL, colesterol total >200mg/dL y colesterol de baja densidad (LDL) >100mg/dL. Se buscaron asociaciones con la presentación de dislipidemia, así como el tiempo de desarrollo de esteatosis hepática. La asociación entre la dislipidemia y sus factores se analizó mediante un modelo de regresión longitudinal multivariada, se consideró una p significativa <0.05

Resultados

La incidencia de dislipidemia del 60% al diagnóstico, aumenta al 92.5% durante el seguimiento. La incidencia fue mayor en las mujeres a partir del estadio Tanner II (14% vs. 86%, $p<0.001$). El patrón de dislipidemia más frecuente fue la dislipidemia combinada (86.1%), siendo los TG elevados (77%) y el colesterol HDL bajo (36%). Se encontró asociación de hipertrigliceridemia con hipertensión sistólica al diagnóstico ($p<0.001$). Se encontró una correlación entre hipercolesterolemia y el grado de obesidad de los padres($p=0.02$). A mayor tiempo de evolución de la dislipidemia, aumentó la tasa de esteatosis hepática ($p<0.001$).

Conclusiones

La alta prevalencia de dislipidemia en pacientes con DM2 se asoció con el sexo, estadio puberal y el IMC de los padres. Además, el tiempo de evolución de la dislipidemia aumentó el riesgo de esteatosis hepática.

Palabras clave:

Dislipidemia, Obesidad.



Trabajo Oral No.3

ASOCIACIÓN DE LA RELACIÓN TRIGLICÉRIDOS/ COLESTEROL-HDL CON EL EFLUJO DE COLESTEROL EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Ballén Torres Angélica María¹, Medina Bravo Patricia Guadalupe², Orozco Morales José Antonio², Torres Tamayo Margarita⁴, Medina Urrutia Aída Xóchitl³, Jorge Galarza Esteban, Reyes Barrera Juan³, Juárez Rojas Juan Gabriel³, Medina Bravo Patricia Guadalupe²

¹, ²Hospital Infantil de México Federico Gómez, ³Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez,

⁴Práctica privada.

Introducción

La enfermedad cardiovascular es una causa frecuente de morbilidad y mortalidad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). En pacientes adultos con DM2 se ha observado que la elevación en el índice triglicéridos (Tg)/c-HDL se correlaciona de forma positiva con enfermedad cardiovascular, y que la capacidad para promover el eflujo de colesterol de las células periféricas hacia las HDL está disminuida, lo cual se asocia inversamente con la incidencia de enfermedad cardiovascular (ECV). En la actualidad no hay estudios que relacionen el índice Tg/c-HDL con la funcionalidad de las partículas de HDL (eflujo de colesterol), en pacientes adolescentes con DM2.

Objetivo

Evaluar la asociación del índice Tg/C-HDL con el eflujo de colesterol en adolescentes con DM2.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal y comparativo. Se incluyeron 47 pacientes con DM2 atendidos en la clínica de diabetes del Hospital Infantil de México Federico Gómez y 23 adolescentes sanos de la misma edad y sexo, a quienes se les determinaron variables antropométricas y bioquímicas (HbA1c, perfil de lípidos, aminotransferasas). La capacidad de eflujo de colesterol (CEC) se determinó midiendo la salida de colesterol marcado con fluorescencia de los macrófagos J774.

Resultados

Se observaron diferencias entre ambos grupos en las concentraciones de glucosa ($p < 0.001$), colesterol total ($p = 0.043$), triglicéridos ($p < 0.001$), c-HDL ($p < 0.001$), índice Tg/c-HDL ($p < 0.001$), Apo A ($p = 0.029$) y GGT ($p = 0.010$). Al evaluar el eflujo de colesterol en ambos grupos, no se observó diferencia significativa ($p = 0.600$).

Conclusiones

En el presente estudio, no encontramos asociación entre el índice Tg/c-HDL y el eflujo de colesterol en adolescentes con DM2. Se requieren más estudios para evaluar si algunos índices de riesgo cardiovascular que ya han sido evaluados en adultos, serían aplicables en población pediátrica con DM2.

Palabras clave:

Índice Triglicéridos/ colesterol HDL, Eflujo de colesterol, Diabetes Mellitus Tipo 2



Trabajo Oral No.4

CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS, BIOQUÍMICAS Y MARCADORES DE ESTRÉS OXIDATIVO EN RECIÉN NACIDOS DE MADRES CON Y SIN DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.

Morales Pérez Marco Antonio⁴, Ruíz Martínez Mónica Leonor⁵, Soto Briceño Alejandro Irvin⁵, Gómez Díaz Rita Angélica⁵, Valdez González Adriana Leticia⁵, Ángeles Mejía Selene⁵, Díaz Flores Margarita⁵, Ramírez García Luz Angélica², Ramos Cervantes María Teresa³, Díaz Velázquez Mary Flor¹, Wachter Rodarte Niels A⁵

¹UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3. CMN La Raza, ²UMAE Hospital de Gineco-Obstetricia No. 4 Luis Castelazo Ayala, ³UMAE Hospital General CMN La Raza, ⁴Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, ⁵Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica. UMAE Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Introducción

La diabetes mellitus gestacional(DMG) afecta incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y altera el equilibrio metabólico de los recién nacidos(RN), lo cual se ha asociado al estrés oxidativo evaluado por malondialdehído(MDA), el glutatión reducido(GSH) y capacidad antioxidante por 1,1-difenil-2-picrilhidrazilo(DPPH). Las mujeres con DMG presentan concentraciones séricas elevadas de MDA; sin embargo, su impacto en el RN aún no ha sido del todo estudiado.

Objetivo

Comparar características antropométricas, bioquímicas oxidativo/capacidad antioxidante en recién nacidos de madres con y sin DMG.

Material y Métodos

Diseño: Transversal analítico. Se incluyeron RN de madre con y sin DMG. Se tomaron muestras de sangre periférica materna y del cordón umbilical. Se registró antropometría, determinaciones bioquímicas y marcadores de estrés oxidativo (MDA, GSH) y capacidad antioxidante (DPPH). Análisis estadístico: Prueba de Kolmogorov-Smirnov, t de Student y U de Mann Whitney.

Resultados

Fueron 220 RN, 45.9% con DMG. Antropométrica y bioquímicamente no mostraron diferencias entre grupos. DPPH fue mayor en el hijo de madre con DMG(32.72[1.36–96.05] vs. 23.14[1.7–90.42], $p=0.001$). En el análisis estratificado por cuartiles de MDA materno, el 25.9% de los RN se encontró con MDA elevado (cuartil 4). En el 11.4%($n=25$) de los hijos de madres con DMG los valores fueron menores vs. el 14.5%($n=32$) sin DMG en: peso (3.02 ± 0.36 vs. 3.24 ± 0.37 , $p=0.008$), longitud (49[46–51] vs. 50[47–53], $p<0.036$), score-Z peso/edad ($-0.62[-2.25-1.28]$ vs. $-0.16[-2.01-1.13]$, $p<0.015$) y el score-Z longitud/edad($-0.47[-2.64-0.99]$ vs. $0.46[-2.23-1.65]$, $p<0.018$). Los RN de madres con DMG, las concentraciones de GSH (14.07[7.28–18.36] vs. 12.11[4.49–19.56], $p=0.003$) y MDA (28.98[12.45–91.73] vs. 23.06[5.92–61.73], $p<0.001$) fueron mayores.

Conclusiones

No se observaron diferencias en las características antropométricas y bioquímicas entre RN de madres con y sin DMG. Los hijos de madres con DMG y MDA materno elevado, mostraron menor peso y talla y las concentraciones de GSH y MDA fueron mayores comparados con aquellos con MDA materno bajo. Nuestros hallazgos sugieren que a mayor estrés oxidativo la ganancia pondo-estatural es menor lo cual a mediano y largo plazo puede tener implicaciones metabólicas importantes.

Palabras clave:

Diabetes mellitus gestacional, estrés oxidativo, malondialdehído, sangre de cordón umbilical.

Trabajo Oral No.5

PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD.

Hernandez Herrera Mara Neftali¹, Arroyo Becerril Paola Esperanza , López Palomera Jorge David
¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El hipotiroidismo subclínico (HSC) es una entidad medica que pudiese considerarse rara en el área de pediatría, sin embargo, se ha visto que al correlacionarse con la obesidad incrementa su incidencia hasta en un 11.3%, siendo esta ultima un problema de salud pública en la población pediátrica de nuestro país.

Objetivo

Determinar la prevalencia de hipotiroidismo subclínico en pacientes pediátricos con obesidad.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, con 80 expedientes de pacientes de 5 a 17 años, del 01 abril 2022 al 01 abril 2023. Se clasificaron en grupos por edad, sexo, grados de obesidad y función tiroidea.

Resultados

Una prevalencia de HSC del 10%, con una relación M:F 1:1. Valores de TSH más altos en masculinos, con diferencia no significativa estadísticamente (3.95 ± 2.01 vs. 3.77 ± 2.22) (p 0.60), para T4L en preescolares una media de 1.52 ± 0.07 , (referencia: 1.03 – 1.58), en el límite superior, para escolares una media de 1.33 ± 0.20 , (referencia: 1.06 – 1.69) dentro de rango, en los adolescentes una media de 1.17 ± 0.19 , (referencia: 0.93 – 1.83), en el límite inferior. Se realizó una correlación entre IMC y TSH, y con los grados de obesidad observándose que al aumentar el IMC (p 0.19) y el grado de obesidad (p 0.24, p 0.08) aumentaba TSH, no se encontró significancia estadística, y una correlación inversa de IMC con T4L, con significancia estadística (p 0.04).

Conclusiones

Determinamos una prevalencia significativa, sin diferencia de sexo, y correlación estadística no significativa con TSH, a diferencia de lo descrito en la literatura, donde la obesidad es una entidad que genera alteración de la función tiroidea, principalmente referente a TSH, en cambio sí se encontró correlación estadísticamente significativa con los niveles de T4L, con una relación inversa, a mayor IMC menor T4L, aumentando el riesgo de progresión a hipotiroidismo clínico.

Palabras clave:

Obesidad, Hipotiroidismo Subclínico.



Trabajo Oral No.6

MODIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD POSTERIOR AL CONFINAMIENTO POR COVID 19.

Rodríguez Martínez Herlinda Graciela², Sevilla Domingo Manuel², Toledo Chávez Aurelia², Fajardo Huízar Mara Alexia², Huerta Martínez Hebert², Rivera Hernández Aleida de Jesús², Zurita Cruz Jessie Nayelil, García López Andrea²

¹Hospital Infantil de México Federico Gómez, ²UMAE Hospital de Pediatría CMNSXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

La obesidad se asocia con una alta incidencia de complicaciones metabólicas: dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes. En México, la ENSANUT 2018 reportó una prevalencia de sobrepeso y obesidad conjunta en escolares y adolescentes del 35.5% y 41.4% respectivamente. Posterior al confinamiento por pandemia, dicha prevalencia incrementó y también el riesgo cardiovascular (RCV).

Objetivo

Comparar el riesgo cardiovascular y el índice de Alustiza (IA) en adolescentes con sobrepeso y obesidad antes y después del confinamiento.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y analítico. Se incluyeron casos de 10-17 años, ambos sexos, atendidos en Endocrinología Pediátrica. Se realizaron 3 mediciones: basal(t0), seis meses (t1) y 18 meses (t2). Se recabaron: antecedentes familiares, toxicomanías, antropometría, Tensión arterial (TA), CT, TG, c-HDL, c-LDL, glucosa y se calculó el IA. Análisis estadístico descriptivo: medidas de tendencia central y dispersión e inferencial con prueba de Wilcoxon y U de Mann Whitney, de acuerdo a distribución de muestra. Se consideró significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados

n=40 casos, sexo masculino 62.5%. Mediana edad 11 años (10 -14). Obesidad 60% y 40% sobrepeso. Al comparar grupos t0 y t2 se encontró diferencia significativa en: perímetro abdominal (PA) ($p = 0.00$), c -LDL ($p = 0.040$) e IA ($p = 0.01$), entre t1 y t2 c-HDL ($p = 0.004$) y TA diastólica ($p = 0.021$). A la comparación entre grupos de acuerdo a tratamiento recibido (No farmacológico vs Metformina), se encontró un aumento estadísticamente significativo en IA, PA y TA sistólica en segundo grupo con $p < 0.05$.

Conclusiones

Se encontró un incremento del RCV posterior a la pandemia a expensas de PA, TA diastólica, c- LDL y en el puntaje de IA en adolescentes con sobrepeso y obesidad; así mismo se observó aumento del RCV por IA aún con el uso de metformina.

Palabras clave:

Obesidad, COVID-19, pandemia, Alustiza, riesgo cardiovascular.



Trabajo Oral No.7

IDENTIFICACIÓN DE FENOTIPOS METABÓLICOS ASOCIADOS A DOS ETAPAS DE MASLD EN NIÑOS MEXICANOS CON OBESIDAD.

Omaña Guzmán Luz Isabel¹, Garibay Nieto Nayely⁴, Pedraza Escudero Karen⁴, Villanueva Ortega Eréndira⁴, Pérez Hernández José Luis³, Vadillo Ortega Felipe²

¹, ² Unidad de Vinculación de la Facultad de Medicina UNAM Instituto Nacional de Medicina Genómica, ³Clínica de Hígado Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", ⁴Unidad de Bienestar Infantil Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Introducción

La Enfermedad Hepática Esteatósica Asociada a Disfunción Metabólica (MASLD) afecta al 35% de los niños con obesidad, siendo la principal causa de enfermedad hepática crónica. Los mecanismos fisiopatológicos de esta disfunción no se conocen totalmente. La metabolómica permite identificar posibles alteraciones metabólicas subyacentes a MASLD.

Objetivo

Identificar fenotipos metabólicos asociados con MASLD en niños mexicanos con obesidad.

Material y Métodos

Se realizó un análisis transversal con datos de un ensayo clínico aleatorizado realizado en la Unidad de Bienestar Infantil del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga". Los participantes fueron niños (8-16 años) con obesidad clase 1. Se hicieron evaluaciones clínicas, antropométricas y bioquímicas. La presencia de esteatosis y fibrosis hepática se determinó mediante elastografía transitoria (Fibroscan® Echosens). Se investigaron tres grupos: no- MASLD, MASLD y MASLD con fibrosis. Para evaluar los metabolitos, se utilizó un enfoque metabolómico dirigido mediante espectrometría de masas. La identificación de fenotipos se hizo utilizando análisis discriminantes de mínimos cuadrados parciales, Proyección de Importancia de Variables y modelos de regresión logística. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética y el consentimiento informado de los participantes.

Resultados

La muestra final incluyó a 79 niños. La prevalencia de MASLD fue del 59.5% y la de MASLD con fibrosis fue de 21.6%. El fenotipo metabólico de MASLD se caracterizó por concentraciones elevadas de ALT y niveles disminuidos de arginina, glicina y tiglilcarnitina. El fenotipo de MASLD con fibrosis mostró niveles elevados de ALT, AST, prolina y alanina, y valores reducidos del Índice Matsuda.

Conclusiones

Más de la mitad de los participantes presentaron algún grado de MASLD. El fenotipo metabólico de MASLD cambia a medida que progresa la disfunción metabólica hepática. La ALT, AST, prolina, alanina y el Índice de Matsuda podrían utilizarse como indicadores de las diferentes etapas de MASLD en niños con obesidad, se requieren más estudios que confirmen estos hallazgos.

Palabras clave:

MASLD, obesidad, metabolómica.



Trabajo Oral No.8

CARACTERÍSTICAS DE LA FORMA DE LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA EN NIÑOS MEXICANOS CON Y SIN OBESIDAD.

Evia Viscarra María Lola¹, Jacobo Tovar Emmanuel³, Meneses Rojas Luis Fernando², Guardado Mendoza Rodolfo³

¹Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, ²Instituto Mexicano del Seguro Social, ³Universidad de Guanajuato.

Introducción

Los niños mexicanos con obesidad tienen mayor riesgo para desarrollar prediabetes o diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Estudios previos mostraron que la forma de la curva de tolerancia a la glucosa (CTOG) puede identificar pacientes con riesgo a desarrollar DM2.

Objetivo

Comparar las características de la forma de la CTOG (monofásica o bifásica): pico tardío (≥ 60 min), glucemia ≥ 155 mg/dL a 1 hora, presencia de síndrome metabólico (SMet) e índices de sensibilidad, secreción y disposición oral (oDI) en niños con y sin obesidad.

Material y Métodos

Se realizó CTOG con medición insulina y glucosa: 0,30,60,90 y 120 min en 148 niños. Se excluyeron 5 curvas no clasificables. Los grupos de análisis fueron: bifásico sin obesidad (B-NoOb) (n=20), bifásico con obesidad (B-Ob) (n=55), monofásico sin obesidad (M-NoOb) (n=18) y monofásico con obesidad (M-Ob) (n=50).

Resultados

El pico tardío de glucosa y el SMet fue más frecuente en el grupo M-Ob ($p < 0.001$). La glucemia a 1hr ≥ 155 mg/dL fue más frecuente en el grupo M-Ob pero no mostró significancia. Los grupos M-Ob y B-Ob tuvieron mayor resistencia y secreción de insulina en comparación con M-NoOb y B-NoOb ($p < 0.001$). AUC de glucosa que fue mayor en el grupo M-Ob ($p < 0.05$). oDI fue significativamente menor en M-Ob comparado con los otros grupos ($p < 0.001$).

Conclusiones

La forma monofásica en niños mexicanos con obesidad y sin DM2 refleja un defecto temprano de la célula beta lo que nos ayuda a identificar el grupo de niños con mayor riesgo.

Palabras clave:

Curva de tolerancia a la glucosa, forma de la curva.



Trabajo Oral No.9

MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS ASOCIADAS AL ÁREA DE GRASA VISCERAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON OBESIDAD.

Mandujano Rodríguez Jose Jesus², Garibay Nieto Guadalupe Nayely¹, Ruiz Barranco Alejandra¹, Aguilar Cuarto Karina¹, Pedraza Escudero Karen¹, Montero Montero Beatriz¹, Cabrera Aguilar María del Rosario¹, Villanueva Ortega Eréndira¹

¹Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga, ²Hospital General de México Eduardo Liceaga.

Introducción

Paralelamente a la prevalencia creciente de obesidad infantil, han incrementado las comorbilidades crónico-degenerativas y cardiovasculares a temprana edad, lo cual se ha atribuido a una distribución anómala del tejido adiposo predominantemente en el compartimento visceral. La metodología idónea para determinar la grasa visceral es mediante estudios de imagen, DXA o bioimpedancia eléctrica, sin embargo, estos métodos no están disponibles en la práctica clínica habitual. Se han propuesto diversas variables antropométricas subrogadas, sin embargo, hay controversia en cuál es el mejor sitio anatómico para evaluarla.

Objetivo

Determinar cuál medida antropométrica relacionada con adiposidad presenta mejor correlación con el área de grasa visceral medida por bioimpedancia en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad.

Material y Métodos

En 1124 niños de 5-18 años con Sobrepeso u Obesidad de la Unidad de Bienestar Infantil del Hospital General de México, se hizo medición antropométrica de circunferencias corporales: cuello, circunferencias de cintura en el punto medio entre reborde costal y cresta iliaca (Klunder), a nivel de la cicatriz umbilical, y por encima de la cresta iliaca (Fernández); y circunferencia de cadera; así como los respectivos índices cintura-cadera y cintura-talla. Se efectuó bioimpedancia eléctrica con equipo IOI para determinación del área de grasa visceral, la cual se correlacionó con cada determinación antropométrica.

Resultados Encontramos que la circunferencia de cintura medida a nivel de cicatriz umbilical presentó la mayor correlación con el área grasa visceral ($r=0.833$), seguida de los puntos de referencia de Klunder y Fernández ($r=0.824$), cuello ($r=0.681$), cadera ($r=0.628$), y en menor correlación los índices cintura-talla de Fernández ($r=0.612$) y de Klunder ($r=0.589$). El análisis por sexo y estadio de Tanner mostró la misma tendencia.

Conclusiones

La circunferencia de cintura medida a nivel de cicatriz umbilical presenta la mayor correlación con el área de grasa visceral en pacientes pediátricos con obesidad y sobrepeso, comparada con otras localizaciones anatómicas e índices calculados.

Palabras clave:

Obesidad, masa grasa, composición corporal, adiposidad visceral, circunferencia de cintura, circunferencia abdominal.



Trabajo Oral No.10

CORRELACIÓN ENTRE HORAS DE SUEÑO Y LA RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD DEL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE DE MONTERREY.

Guerra Escalera Norberto¹, Dávila Sotelo Elisa Lizbeth², Aguirre Herrera Emily Gabriela², Olavide Aguilar Elizabeth²

¹Hospital Infantil de México, ²Hospital Regional ISSSTE Monterrey.

Introducción

En México encontramos alta prevalencia de obesidad, siendo el principal factor asociado a resistencia a la insulina (RI). Asimismo, la privación de sueño creciente impacta a los pacientes pediátricos, por el uso continuo de pantallas en dormitorios.

Objetivo

Determinar si existe una correlación entre horas de sueño y la resistencia a la insulina en pacientes pediátricos obesos del HRM.

Material y Métodos

Estudio longitudinal, ambispectivo, observacional, descriptivo, analítico en pediátricos obesos, entre 5 a 17 años. Para el cálculo de la muestra, se utilizó una prueba de correlación con valor de significancia alfa de 0.05, potencia de 0.08, de dos colas y nivel de correlación estimado de 0.40, obteniéndose una muestra de 50 pacientes.

Resultados

Nuestra población, el 50% eran mujeres; La duración del sueño obtenida, la media fue 8 (7-9) horas. De acuerdo con la Asociación americana del sueño, el 56%, dormía insuficiente. El 82% de obesos, tenían RI, en mayor proporción del género femenino vs masculino (96% vs 68%). El análisis de Pearson, muestra pobre correlación ($r=0.35$, $p=0.011$) entre índice HOMA y horas de sueño; Correlación fuerte e inversa entre horas de pantalla y horas de sueño ($r=-0.84$, $p=0.56$). Nuestro estudio mostró una prevalencia de 82% de obesos con RI, predominando el género femenino, asociado a cambios puberales tempranos. Medimos una media de 8 horas de sueño; A pesar de la pobre correlación en resultados; Un estudio realizado en adolescentes mexicanos demuestra que un sueño corto y tardío, aumenta la RI, presentándose en mayor porcentaje en niñas. Existe correlación fuerte e inversa entre horas de pantalla y horas de sueño; En el estudio (CHASE) más de 3 horas frente a una pantalla, adquirieron niveles mayores de leptina y HOMA- IR.

Conclusiones

Un sueño insuficiente aumenta el riesgo metabólico y RI, es importante determinar intervenciones sobre el sueño y horas de pantalla.

Palabras clave:

Sueño - Obesidad - Insulina - Resistencia.



Trabajo Oral No.11

PREVALENCIA DE OBESIDAD SARCOPÉNICA EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD ¿EXISTE UNA TENDENCIA SEXO ESPECÍFICA?.

Mandujano Rodríguez José Jesús², Garibay Nieto Guadalupe Nayely¹, Ruiz Barranco Alejandra¹, Fuentes Corona Zandy Faith¹, Pedraza Escudero Karen¹, Aguilar Cuarto Karina¹, Montero Montero Beatriz¹, Cabrera Aguilar María del Rosario¹, Villanueva Ortega Eréndira¹
¹Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga, ²Hospital General de México Eduardo Liceaga.

Introducción La obesidad sarcopénica se define como el exceso de adiposidad acompañado de masa muscular disminuida en volumen y función. De forma similar al adulto, se especula que en la infancia y adolescencia esta sinergia conlleva desenlaces metabólicos, inflamatorios, funcionales y cardiovasculares de mayor alcance que en su forma independiente. Actualmente existe una mínima información acerca de la prevalencia, factores asociados y evolución de esta condición dual en la población pediátrica.

Objetivo

Describir la prevalencia de Sarcopenia, así como factores asociados a la presencia de la misma en adolescentes tardíos con sobrepeso y obesidad.

Material y Métodos

Incluimos a 398 pacientes adolescentes tardíos de la Unidad de Bienestar Infantil del Hospital General de México. Fueron 141 hombres y 257 mujeres en estadios Tanner IV y V, diagnosticados con sobrepeso u obesidad. Se realizó antropometría y bioimpedancia segmentaria con equipo IOI. Se estimó la masa muscular esquelética apendicular mediante la suma de la masa magra de las 4 extremidades integrada a la ecuación de Dodds, ajustada por IMC y se consideró para el diagnóstico de sarcopenia los puntos de corte <0.789 para varón y <0.512 para mujer.

Resultados

La prevalencia de Sarcopenia en adolescentes tardíos con obesidad fue de 1.6% para mujeres y 53.2% para hombres. El odds ratio para la asociación de sarcopenia con el sexo masculino fue de 71.88 (IC 95% = 25.36 - 203.68); $\chi^2 = 152.58$; $p < 0.001$. Al aplicar un modelo de regresión logística, el sexo masculino fue consistente como el factor más importante independientemente del percentil de IMC, niveles de HOMA, HbA1C, HDL, triglicéridos o circunferencia de cintura. $R^2 = 0.565$; $p < 0.001$; OR = 44.63 (IC 95% 11.4-172.64).

Conclusiones

La prevalencia de sarcopenia en población de adolescentes tardíos con sobrepeso y obesidad tiene una diferencia sexo-específica, siendo el sexo masculino la variable asociada de mayor importancia.

Palabras clave:

Obesidad, Sarcopenia, Adolescentes, Síndrome metabólico, Adiposidad.



Trabajo Oral No.12

EFFECTOS METABÓLICOS, ANTROPOMÉTRICOS Y DE APTITUD FÍSICA DE UN PROGRAMA ALEATORIZADO DE PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO LIBREMENTE ELEGIDO VS UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO CON VIDEOS, EN PACIENTES CON OBESIDAD INFANTIL.

Pedraza Escudero Karen¹, Laresgoiti Servitje Estibalitz², Villanueva Ortega Eréndira¹, López López Carlos Omar¹, Ruíz Barranco Alejandra³, León Hernández Mireya², Garibay Nieto Nayely².

¹Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga", ²Escuela de Medicina. Campus Ciudad de México. Tecnológico de Monterrey, ³Universidad Iberoamericana Ciudad de México.

Introducción.

La actividad física previene y controla las enfermedades crónicas no transmisibles. La creciente prevalencia de obesidad infantil, obliga a generar estrategias dirigidas a controlar las barreras que limitan la realización de ejercicio.

Objetivo.

Diseñar una estrategia de prescripción de ejercicio basada en videos (EPV), sobre indicadores antropométricos, metabólicos y de aptitud física en comparación con ejercicio de libre elección (FCE).

Material y Métodos.

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado abierto. Se incluyeron pacientes de 8 a 16 años con obesidad clase 1 de la Unidad de Bienestar Infantil del Hospital General de México. Todos los pacientes fueron incluidos en un programa multicomponente de cambios a un estilo de vida saludable y aleatorizados a recibir EPV o FCE durante 6 meses. Ambas modalidades se basaron en los principios del entrenamiento físico.

Resultados.

Se observó disminución del IMC tanto en FCE ($p=0.002$) como en el EPV ($p<0.001$), así como disminución de la masa grasa corporal ($p=0.001$) en ambos grupos. No se observaron diferencias en la masa libre de grasa. El análisis intra grupos mostró diferencias significativas; en el grupo EPV disminuyeron los niveles de Col-LDL($p=0.04$), ALT ($p=0.003$), AST($p=0.002$) y ácido úrico($p=0.003$); además se observó un incremento en Col-HDL($p=0.002$), Consumo Máximo de Oxígeno (Vo2Máx.) ($p=0.002$), salto vertical($p=0.015$), salto largo($p=0.015$); mientras que en FCE disminuyó el HOMAIR($p=0.006$), insulina ($p=0.006$), Col-LDL($p=0.02$), ALT($p=0.006$), AST($p=0.012$), y GGT($p=0.04$).

Conclusiones. Este sencillo programa demostró ser igual de eficaz que el ejercicio tradicional sobre la composición corporal, la salud cardiometabólica y la aptitud física. La realización de actividad física mediante EPV basada en los principios del entrenamiento físico puede ser una opción conveniente, accesible y efectiva en niños y adolescentes que viven con obesidad.

Palabras clave:

Obesidad infantil, actividad física, ejercicio, intervención, cambios de estilo de vida.



Trabajo Oral No.13

EL ESTIMADOR DE SENSIBILIDAD INSULÍNICA DE PUNTO ÚNICO (SPISE) COMO PREDICTOR DE RESISTENCIA A LA INSULINA EN PACIENTES PÚBERES MEXICANOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

Gutiérrez Rosas Edmundo¹, Lizárraga Paulin Lorena¹, Torres Castañeda Mayra Cristina¹, Robledo Mendivil Clarissa¹, Flores Ramírez María Isabel¹, Sánchez Trahen Janette¹, Rodríguez Pérez Claudia¹, Blas Lugo Pamela¹

¹UMAE Hospital General "Gaudencio González Garza" CMN La Raza.

Introducción

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes mexicanos es del 37.3 y 41.1% (ENSANUT 2020-2022)¹, la cual se ha asociado a un aumento en la resistencia a la insulina (RI), diabetes mellitus, dislipidemias y riesgo cardiovascular. Existen diferentes métodos para evaluar la RI, como el clamp hiperinsulinémico-euglucémico que es el estándar de oro y cuyo uso se limita a la investigación, por lo que el HOMA-IR es el más utilizado. El SPISE ha surgido como una herramienta novedosa para estimar la RI utilizando el IMC, triglicéridos y HDL^{2,3}.

Objetivo

Establecer el punto de corte del SPISE para el diagnóstico de RI en púberes mexicanos con sobrepeso y obesidad.

Material y Métodos

Estudio de prueba diagnóstica. Se analizaron expedientes de pacientes con sobrepeso y obesidad atendidos en la consulta del 2019-2024; 505 cumplieron criterios de inclusión. Se analizó el peso, talla, IMC, Z-score del IMC, glucosa, insulina, perfil de lípidos, estadio de Tanner, HOMA-IR y SPISE. Valores de HOMA-IR ≥ 3.43 se consideraron diagnóstico de RI. Se realizó una curva ROC para establecer el punto de corte del SPISE para el diagnóstico de RI.

Resultados

En 505 pacientes con mediana de edad de 14 años (8-18 años), 57% mujeres, 80% Tanner III- IV, mediana de HOMA-IR 5.72 (0.04-42.1) y una media de SPISE 4.63 ± 1.2 , la prevalencia de RI fue del 84% (n=424). Se presentó glucosa alterada en ayuno en el 8% (n=38), hipertrigliceridemia 41% (n=205) y HDL bajo 54% (n=273). Un SPISE de 4.2 mostró la sensibilidad (55%) y especificidad (16%) más alta para establecer el diagnóstico de RI, AUC de 0.82, LR+0.66 (0.58-0.75, IC 95).

Conclusiones

El SPISE como método diagnóstico de RI presentó una buena sensibilidad, pero una baja especificidad, por lo que consideramos que sería útil continuar con la validación de métodos accesibles para el diagnóstico de RI en población mexicana.

Palabras clave:

Resistencia a la insulina, obesidad, sobrepeso, HOMA-IR, SPISE.



Trabajo Oral No.14

REDUCCIÓN DEL PZIMC (PUNTAJE Z DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL) Y SU ASOCIACIÓN CON HÁBITOS EN NIÑOS/ADOLESCENTES CON ADIPOSIDAD.

Parra Solano Arturo, Hernández Flores Minerva, Sánchez Bernarda, Paredes Carolina, Monroy Luis, Palacios Florinda, Almaguer Laura y Rodríguez Ventura Ana Lilia¹
Departamento de Nutrición y Bioprogramación, Instituto Nacional de Perinatología.

Introducción

La adiposidad es una enfermedad crónica que afecta al 35-38% de la población infantil en México (40% durante la pandemia). A pesar de que se sugieren intervenciones enfocadas en hábitos, no se reporta su impacto para disminuir el puntaje z del índice de masa corporal (PZIMC) ni el porcentaje de los niños que logra reducirlo en general ni de forma clínicamente significativa.

Objetivo

Reducir el PZIMC en niños y adolescentes con adiposidad y su asociación con cambios en sus hábitos.

Material y Métodos

Estudio de una cohorte de niños con adiposidad que ingresaron al programa educativo integral "Sacbe", promoviendo hábitos saludables en familia. Niños(as) de 8-18 años con adiposidad (PZIMC ≥ 1) que asistieron a los 2 talleres educativos y al menos a 2 visitas de seguimiento. Se calculó un tamaño de muestra de 110 niños y se consideró una reducción del PZIMC clínicamente significativa ≥ 0.5 en un año o su equivalente de acuerdo a los meses de seguimiento.

Resultados

El 58.2% fue del sexo femenino, mediana de edad 12 años (9.1-14.7) y promedio del PZIMC de 2.3 ± 0.83 . El 80% redujo el PZIMC, sin embargo, sólo el 41.8% logró una reducción clínicamente significativa, con una mediana de seguimiento de 6.7 meses. Al comparar con el grupo que no logró la reducción clínicamente significativa, se documentó que comer fuera de casa < 1 vez por semana, se asoció de forma estadísticamente significativa tras ajustar la adecuación en la ingesta de energía, otros patrones de alimentación, tiempo sentado y frente a pantallas, así como duración del sueño (HR 2.12; 95% CI: 1.07 - 4.21).

Conclusiones

"Sacbe" es efectivo para reducir el PZIMC hasta en el 80% de los niños, pero solo 41.8% lo logró de forma clínicamente significativa. Comer fuera de casa < 1 vez por semana fue el hábito que se asoció, por lo que se debe hacer mayor énfasis en esta recomendación.

Palabras clave:

Adiposidad, obesidad, sobrepeso, puntaje Z del índice de masa corporal (PZIMC), hábitos.



Trabajo Oral No.15

SPECT-CT COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE PERSISTENCIA DE ENFERMEDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES.

De la Palma Vargas Yarely¹, Medina Bravo Patricia Guadalupe², Gallardo Samayoa María del Pilar², Abundíz López Blanca Lucero², Becerra Osorio Norman Emmanuel²

¹Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez, ²Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Introducción

El carcinoma papilar de tiroides (CPT) es la neoplasia maligna endocrina más común. El SPECT/CT proporciona mayor información que las imágenes planas de una gammagrafía y permite la localización precisa de lesiones persistentes o recurrentes a través de la captación focal de Iodo. Esto último, puede mejorar la precisión de la estadificación y proporciona información de pronóstico en pacientes con CPT. En la actualidad, no existen estudios en población pediátrica que hayan evaluado la utilidad del SPECT-CT en el seguimiento prospectivo en pacientes con CPT.

Objetivo

Evaluar la utilidad de la SPECT-CT para diagnóstico de persistencia de enfermedad en pacientes pediátricos con CPT.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal y comparativo. A todos los pacientes se les realizó estudio de gammagrafía corporal total (GCT) y SPECT-CT, luego de realización de tiroidectomía total más aplicación de Iodo¹³¹ postoperatorio. La GCT y el SPECT-CT fueron evaluados por un especialista en medicina nuclear. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) de SPECT-CT en comparación con la persistencia de la enfermedad (evaluada a través de concentraciones de tiroglobulina [Tg] basal ≥ 2 ng/mL o Tg estimulada ≥ 10 ng/mL o Ac's AntiTg positivos, US tiroideo positivo y GCT con captación).

Resultados

Se incluyeron un total de 39 pacientes con diagnóstico de CPT, de los cuales el 74.4% (n=29) eran mujeres. La sensibilidad de SPECT-CT fue 93.54%, especificidad 71.42%, VPP 98.63% y VPN 83.3% para evaluar persistencia de enfermedad.

Conclusiones

La SPECT/CT puede ser una prueba útil y emplearse como complemento en el seguimiento de persistencia de enfermedad en pacientes pediátricos con CPT.

Palabras clave:

Cáncer, Tiroides, SPECT-CT, Gammagrafía, Enfermedad persistente, Seguimiento, Tiroglobulina, Anticuerpos.



Trabajo Oral No.16

CORRELACIÓN DEL SISTEMA ACR TI-RADS Y BETHESDA EN PACIENTES CON NÓDULOS TIROIDEOS QUE FUERON SOMETIDOS A PAAF EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

CONTRERAS BONILLA DENISE DAYANA¹, Rojas Rodriguez Ingry Katherine², Talavera Diaz Andrea², Valiente Orellana Claudia Patricia, Mendez Barrio Cintia Dayana, Ante Ardila Natalia María, Zavala González Carolina, Altamirano Bustamante Nelly Francisca, Ruíz Reyes María de la Luz, Guadarrama Zenteno Saira Elesva², Calzada León Raúl²
¹, ²Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

En población pediátrica, la incidencia de malignidad en nódulos tiroideos es mayor respecto a adultos, existen pocos estudios sobre rendimiento diagnóstico de sistemas de clasificación de imágenes y citopatología para predecir malignidad en población pediátrica.

Objetivo

Evaluar la correlación del sistema ACR TI-RADS y Bethesda en pacientes pediátricos con nódulos tiroideos.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. Se revisaron expedientes clínicos y de imagen de pacientes pediátricos con nódulo tiroideo, sometidos a PAAF, con valoración ACR-TIRADS y Bethesda en 2016-2023 en Instituto Nacional de Pediatría. Se utilizaron prueba de Chi Cuadrada y U de Mann Whitney, con nivel de significancia $p < 0.05$, con software IBM SPSS 22.0.

Resultados

Se incluyeron 90 casos: 24 varones, 66 mujeres, mediana edad 13 años, 1-4 nódulos, antecedente de cáncer 16.7%, radioterapia 16.7%, mediana 21.6 Gy. Mediana evolución 12 meses. En 28 casos (31.1%) se reportó malignidad. Existió asociación entre ACR TI-RADS y malignidad (TI-RADS 3 5%, TI-RADS 4 19% vs TI-RADS 5 67.9%; $p < 0.001$), y TI-RADS con Bethesda ($p = 0.001$). Hubo diferencias estadísticamente significativas entre pacientes con y sin malignidad: Edad (14 vs 12 años; $p = 0.001$), tiempo de evolución (6.5 vs 12 meses; $p = 0.038$), ganglios anormales (42.2% vs 20%; $p = 0.023$), tratamiento con levotiroxina (7.1% vs 35.5%; $p = 0.035$), composición sólida (48.8% vs quística 0%, mixta 19%; $p = 0.002$), forma más alto que ancho (62.5% vs 19.7%; $p < 0.001$), foco ecogénico (calcificaciones periféricas 57.1%, macrocalcificaciones 62.5% vs ninguno 20.9%; $p = 0.002$). No hubo asociación estadística entre sexo, bocio, antecedente oncológico o radioterapia y malignidad ($p = 0.784$, $p = 0.317$, $p = 0.684$, $p = 0.684$). La clasificación ACR TI-RADS tuvo área bajo la curva de 0.801 (IC 95% 0.701-0.900), $p = 0.05$, ACR TI-RADS 3 o mayor S 96.4%, E 69.4%.

Conclusiones

Existe asociación estadísticamente significativa entre ACR TI-RADS y Bethesda. El sistema ACR TI-RADS tiene adecuado rendimiento diagnóstico para predecir patología maligna en nódulos tiroideos pediátricos.

Palabras clave:

Nódulos tiroideos, PAAF, sistemas de ACR-TIRADS y Bethesda.



TRABAJOS LIBRES PRESENTACIÓN CARTELES

Cartel No.1

PRIMERA EXPERIENCIA EN EL USO DE MONITOREO INTERMITENTE DE GLUCOSA DURANTE UN CAMPAMENTO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DTI EN MÉXICO: BENEFICIOS Y DESAFÍOS.

Backhoff Allard Erika¹, Picasso Rivera Emma Lucila Picasso Rivera¹, Cárdenas Gutierrez Maria Teresa¹
¹Asociación Mexicana de Diabetes en la Ciudad de México A.C.

Introducción

Tonalli es un campamento dirigido a niños y adolescentes con DTI de la Asociación Mexicana de Diabetes de la Ciudad de México A.C. (AMD). En el 2023 se realizó el primer campamento incluyendo monitoreo de glucosa capilar e intersticial. (MCGis).

Objetivo

Integrar la educación en DTI con el uso de tecnología por medio de sesiones educativas para mejorar las metas de manejo glucémico y la seguridad.

Material y Métodos

Se incluyeron a 41 participantes entre 8 a 15 años. Previo al campamento se realizó una valoración multidisciplinaria, se colocó un sensor de glucosa (FreeStyle Libre) y se entregó un glucómetro (Accu Chek Guide), la información de ambos dispositivos se recolectó por medio de plataformas profesionales (Libreview y RDCP Roche). Los participantes recibieron 6 horas de educación. El equipo recibió 14 horas de capacitación incluyendo MCGis. En el campamento se realizaron mediciones capilares e intersticiales, en promedio 12 mediciones al día. Los valores del sensor se utilizaron para la toma de decisiones considerando las flechas de tendencia.

Resultados

Se anexan resultados en la tabla 1. La incidencia de hipoglucemia fue baja, sin eventos graves ni cetoacidosis diabética.

Conclusiones

Los campamentos proporcionan espacios valiosos de educación en diabetes. La integración de tecnologías como el MCGis reduce las punciones capilares y mejora la calidad de vida. El MCGis mejora la atención de los campistas a través de la toma de decisiones informadas. A pesar del corto período de análisis, los beneficios incluyen lecturas nocturnas más fáciles, medidas preventivas antes de realizar deportes y reducción de riesgos agudos. Los desafíos incluyen el acceso limitado a dispositivos de lectura, la capacitación del personal en nuevas tecnologías para grupos grandes y las reacciones cutáneas. Si bien la tecnología disponible se utilizó al máximo, los dispositivos con alarmas podrían mejorar la toma de decisiones durante las actividades del campamento.

Palabras clave:

Diabetes tipo 1, monitoreo intersticial de glucosa, campamento.



Cartel No.2

ESTUDIO COMPARATIVO DEL CONTROL METABÓLICO ENTRE 2 REGÍMENES DE TRATAMIENTO BASAL-BOLO EN ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

Prieto Hernández Michelle Aurora¹, Solano Morales Manuel Alejandro¹, Delgadillo Ruano Martha Alicia¹, Colunga Rodríguez Cecilia¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El reemplazo fisiológico con insulina es la piedra angular del tratamiento de la diabetes tipo 1 (DT1); tiene como objetivo imitar su secreción normal. La terapia intensiva o basal-bolo, cubre estas necesidades, se sugiere una distribución de la dosis total diaria de insulina: basal entre 30-50% y prandial del 55-70%, sin embargo, no existe un consenso estandarizado sobre qué esquema prandial utilizar. Los regímenes de insulina tienen variaciones tanto dentro de las regiones, como entre endocrinólogos pediatras de un mismo centro.

Objetivo

Determinar si existen diferencias en el control metabólico de acuerdo a 2 regímenes de tratamiento basal-bolo (esquema fijo y por conteo de carbohidratos), en adolescentes con DT1 de un Hospital Pediátrico de Tercer Nivel de Atención.

Material y Métodos

Diseño transversal, retrospectivo, analítico, comparativo. Se incluyeron 228 expedientes de pacientes de edad de 10 a 18 años, con DT1 en terapia basal-bolo, con insulina Glargina y Lispro, respectivamente. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial en el programa SPSSv22, se comprobó la normalidad de datos con la prueba Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó prueba t de Student para muestras independientes, con significancia $p < .05$.

Resultados

La media del esquema basal-bolo fijo: HbA1c es $9.75\% \pm 2.6$, Colesterol Total (CT) $172.8 \text{ mg/dL} \pm 41.5$, C-HDL $52.3 \text{ mg/dL} \pm 15.8$, LDL $91.7 \text{ mg/dL} \pm 29.1$, Triglicéridos $119.1 \text{ mg/dL} \pm 83.9$, p-IMC 56.8. Mientras que, el esquema por conteo de carbohidratos: HbA1c $8.62\% \pm 1.7$, CT $158.7 \text{ mg/dL} \pm 43.0$, C-HDL $54.2 \text{ mg/dL} \pm 15.5$, C-LDL $86.4 \text{ mg/dL} \pm 31.9$, Triglicéridos $97.8 \text{ mg/dL} \pm 104.8$, p-IMC 63.2. Encontrando diferencia estadísticamente significativa del nivel de HbA1c ($t = 3.86$, gl 226), $p = .000$ y de CT ($t = 2.5$, gl 226), $p = .013$, entre ambos regímenes de tratamiento.

Conclusiones

Pese al descontrol glucémico registrado (HbA1c $> 7\%$), se encontró un mejor nivel de HbA1c y CT para el esquema por conteo de carbohidratos, sin diferencias significativas en los niveles del C-HDL, C-LDL, triglicéridos, IMC.

Palabras clave:

Diabetes Tipo 1, control metabólico, terapia intensiva de insulina, régimen de terapia basal-bolo, conteo de carbohidratos.



Cartel No.3

EFFECTOS DEL EJERCICIO DE INTERVALOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO Y LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 DE TAMAULIPAS.

Hernandez Aguiñaga Fernando Ulises¹, Cornejo Barrera Judith¹, Hamilton Holman Robert¹, Llanas Rodríguez José Daniel¹, Yépez Álvarez José Hugo¹, Fuentes Corona Zendy², Salazar Franco Indra Liliana¹, Cabrera Islas Janeth¹, Tome Jarquin Gersson Alan Eloy¹, Gómez Domínguez María Fernanda¹, Marquez Moreno Sergio Alberto¹, Yupanqui Velazco María Elvira¹, Guerrero Cano Else¹, Garza Duran Ana Lucia¹, Guerrero Cano Elce¹

¹Hospital Infantil de Tamaulipas, ²Unidad de Bienestar Infantil del Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga".

Introducción Ejercicio de intervalos consiste en alternar períodos de alta y baja intensidad o descanso. Esta forma de actividad ha demostrado tener beneficios en el control glucémico, sensibilidad a la insulina y la composición corporal en pacientes con DM1.

Objetivo

Evaluar los efectos del ejercicio de intervalos en el control glicémico y en la composición corporal en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con dos modalidades de tratamiento.

Material y Métodos

Estudio longitudinal, cuasiexperimental y analítico. Se contó con consentimiento informado. Intervención: programa con ejercicio de intervalos modalidad virtual con supervisión en tiempo real, en sujetos de 8 a 18 años con DM1. El grupo 1 con esquema multidosis de insulina con MCG intermitente tipo flash y el grupo 2 con sistema híbrido de asa cerrada minimed™ 670G. Duración 12 semanas. Se midió composición corporal por impedancia bioeléctrica, capacidad de ejercicio por prueba de caminata 6 minutos, estudios como HbA1c, métricas de control del MCG como tiempo en rango entre otros. Los datos se concentraron en Excel y analizaron con STATA versión 11.0.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes de 12.6 ± 2.9 años, 8 corresponden al grupo 1 y 22 al grupo 2. Tras la intervención las medias en ambos grupos en métricas del control glucémico fueron HbA1c (7.66 ± 1.43 vs 7.7 ± 0.99), TIR (65.9 ± 14.75 vs 65.2 ± 15.16), coeficiente de variación (37.9 ± 7.31 vs 37.01 ± 7.43). Los cambios con significancia estadística fueron en la masa magra $+4.17 \pm 9.32$ ($P=0.02$), colesterol ldl -11.4 ± 19.15 ($P=0.002$), triglicéridos -15.9 ± 43.97 ($P=0.05$) y en prueba de caminata 6 minutos $+23.3 \pm 69.5$ metros ($P=0.03$).

Conclusiones

Se obtuvo buen apego al programa, aceptación en el uso de la tecnología y se aprendió una forma dinámica e innovadora para indicar actividad física en niños y adolescentes. Si bien no se documentó franca mejoría en el control glucémico, observamos cambios favorables en composición corporal y perfil de lípidos.

Palabras clave:

Ejercicio de intervalos, DM1, composición corporal.



Cartel No.4

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ABANDONO DE TRATAMIENTO CON SISTEMA HÍBRIDO DE ASA CERRADA MINIMEDTM670G EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. EXPERIENCIA EN TAMAULIPAS.

Gomez Dominguez Maria Fernanda¹, Cornejo Barrera Judith¹, Hamilton Robert¹, Llanas Rodríguez José Daniel¹, Yépez Álvarez José Hugo¹, Salazar Franco Indra Liliana¹, Aguiñaga Hernández Fernando Ulises¹, Cabrera Islas Janeth¹, Márquez Moreno Sergio Alberto¹, Yupanqui Velazco Maria Elvira¹, Tome Jarquin Gersson Alan Eloy¹, Garza Durán Ana Lucía¹
¹Hospital Infantil de Tamaulipas.

Introducción

El uso de la tecnología para control glucémico en DM1 ha llevado a mejoría metabólica. La falta de adaptabilidad a la misma involucra factores que conducen al abandono o suspensión del uso de microinfusora.

Objetivo

Describir las características del control y razones de sujetos que abandonaron la terapéutica de uso de microinfusora en menores.

Material y Métodos

Estudio transversal, 13 pacientes 5 femeninos, 8 masculinos, edad promedio 13 años, usuarios de microinfusora que dejaron el tratamiento en distintos periodos del programa establecido. Se aplicó cuestionario PedsQLTM3.2 módulo diabetes al ingreso al programa y a su cuidador principal. Las razones de abandono fueron registradas por comunicación verbal con médico encargado del seguimiento. Los datos se analizaron en forma cualitativa y cuantitativa. Las variables analizadas fueron: edad, género, HbA1c sérica y estimada, tiempo en rango, uso de sensor y modo automático. Los datos se concentraron en Excel y se analizaron estadísticamente.

Resultados

Edad: promedio 13 años, femeninos 5, masculinos 3, uso de sensor $\bar{x}$ basal y final 73%, TIR: 65% basal y 69% final. Modo automático: 13% inicial, 70% final, HbA1c: 8% inicial, 7% final. Motivos documentados del abandono fueron: 4 cansancio, 3 rebeldía y falta de compromiso, 2 falta de apoyo familiar, 1 descuido de equipo, 1 incumplimiento de indicaciones, 1 falta de interés, 1 comportamiento DM2. No hubo mala calidad de vida en PedsQLTM3.2.

Conclusiones

La tecnología es útil para todos los pacientes con diabetes, pero no todos eligen continuar. El manejo de la DM1 en países desarrollados es mediante uso de tecnología. Nuestra experiencia en el sector público muestra resultados similares y/o mejores. Aun teniendo la disponibilidad en Tamaulipas existen factores que influyen en el abandono. A pesar de este, tuvieron buen control glucémico durante su permanencia.

Palabras clave:

Abandono, microinfusora.



Cartel No.5

IMPACTO DEL CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE NIÑOS CON DIABETES TIPO 1.

Arriaga Cazares Hector Eliud⁵, Garza Fuentes Samantha⁴, Bahena García Ana Laura³, Palacios Saucedo Gerardo del Carmen², González Ruvalcaba Alberto¹

¹Centro Materno Infantil San Nicolás de los Garza, ²Departamento de Pediatría Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" Universidad Autónoma de Nuevo León., ³Medicina Privada, ⁴UMAE Hospital de Especialidades 25, ⁵UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia N° 21.

Introducción

La prevención de las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 1 se puede lograr con éxito mediante un mejor acceso a la atención médica, una educación sanitaria adecuada y una comunicación eficaz con el proveedor de atención médica durante la enfermedad. Es fundamental fomentar la participación de los familiares, que deben educarse sobre el régimen de insulina, la realización de mediciones de glucosa, la importancia de una buena alimentación y el conocimiento de la ingesta de carbohidratos.

Objetivo

Determinar el impacto del Conocimiento del Cuidador y Factores Socioeconómicos en el Control Glucémico de Niños con Diabetes Tipo 1.

Material y Métodos

Estudio transversal analítico. Se interrogaron aspectos sociodemográficos, se aplicó la encuesta "Michigan Diabetes Research and Training Center's Revised Diabetes Knowledge Test". en la que se interrogan conocimiento de diabetes, y se analizó su asociación con los valores de hemoglobina glucosilada. El análisis estadístico se realizó con frecuencias absolutas, porcentajes, medianas, rangos, prueba de χ^2 , de Fisher y razón de momios con intervalo de confianza del 95%. Se consideró significativo cuando se obtuvo un valor de p menor a 0.05. El análisis se realizó con el software estadístico SPSS versión 25.

Resultados

Se entrevistó a 41 cuidadores, 28 (68.2%) eran las madres. 26 (63.4%) estaban casados. El nivel de educación más común en 19 (46.3%) cuidadores fue la secundaria. El nivel de ingreso mensual fue menor a 10 mil pesos en 33 (80.5%) hogares. En los hogares con un ingreso entre 10-20 mil pesos, se encontró un control mayor a 7.5 ($p=0.05$) y no aprobaron el cuestionario de conocimientos ($p=0.07$). Solo 14 (52%) de los pacientes tuvieron un buen control y aprobaron el examen ($p=0.25$).

Conclusiones

No encontramos asociación entre el control y el conocimiento del cuidador, sin embargo existe asociación entre el ingreso familiar y el control de la enfermedad.

Palabras clave:

Diabetes mellitus tipo 1, Encuestas y Cuestionarios, Cuidadores.



Cartel No.6

EVALUACIÓN DEL CONTROL GLICÉMICO EN USUARIOS DE SISTEMAS HÍBRIDOS DE ASA CERRADA EN UN PERIODO DE 18 MESES EN HOSPITAL INFANTIL DE TAMAULIPAS.

Tome Jarquin Gersson Alan Eloy¹, Cornejo Barrera Judith¹, Hamilton Robert¹, Llanas Rodríguez José Daniel¹, Yépez Álvarez José Hugo¹, Salazar Franco Indra Liliana¹, Aguiñaga Hernández Fernando Ulises¹, Cabrera Islas Janeth¹, Márquez Moreno Sergio Alberto¹, Yupanqui Velazco María Elvira¹, Gómez Domínguez María Fernanda¹, Garza Duran Ana Lucía¹

¹Hospital Infantil de Tamaulipas.

Introducción

El uso de la tecnología con los sistemas híbridos de asa cerrada en el manejo de la diabetes mellitus, ha demostrado su utilidad para mejorar el control glucémico tanto en niños como en adultos. La experiencia en el sector público en México es escasa.

Objetivo

Evaluar control glucémico con métricas de TIR, TAR y TBR en pacientes con permanencia durante tres etapas consecutivas con el uso de sistema híbrido de asa cerrada MinimedTM 670G.

Material y Métodos

Estudio longitudinal comparativo, en menores de 18 años. previo consentimiento informado. Se incluyeron los datos de 20 participantes del proyecto Microinfusoras Tamaulipas con permanencia en tres etapas (18 meses) en una base de Excel. Se analizaron datos generales, tiempo de evolución, composición corporal, métricas de control HbA1c basal, 3 y 6 meses por etapa, TIR, TAR, TBR de los meses 1 al 6 de cada etapa, al igual que métricas del uso de la tecnología. el análisis descriptivo e inferencial se efectuó con Excel y STATA versión 11.0.

Resultados

13 femeninos, 7 masculinos, edad 12.3 ± 3 años, cambios significativos fueron: en aumento de peso e IMC ($p=0.02$), promedio del TIR vario, basal y 6 meses por etapa $67.25 \pm 12.6 - 75.8 \pm 9.8$; $67.85 \pm 10.95 - 71.4 \pm 8.09$ y $60.35 \pm 14.06 - 68.86 \pm 7.47$ respectivamente ($p=0.2$), TAR y TBR en general en metas de control, sin variación ($p=0.17$ y $p=0.07$), uso de modo automático ($p=0.4$), mayor tiempo de uso de sensor en cada etapa ($p=0.015$).

Conclusiones

No podemos demostrar que en el periodo analizado exista una diferencia de control glucémico. En casos individuales alcanzan metas por arriba de TIR $\geq 80\%$. La continuidad de un programa es posible en nuestro medio; la supervisión y vigilancia estrecha pueden corregir cualquier problema que potencialmente interrumpa el tratamiento. El aumento de peso propio de la edad no impacta negativamente en el control metabólico.

Palabras clave:

Diabetes mellitus, sistemas híbridos de asa cerrada, pediatría.



Cartel No.7

PROBLEMAS DE LA ALIMENTACIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1.

Melendez Flores Gilberto², Domínguez Rodríguez Tania Paulina¹

¹Hospital General de Zona No.2 IMSS, ²Hospital General Regional No. 66 IMSS.

Introducción

Los trastornos de alimentación son un grupo de enfermedades con trasfondo psiquiátrico asociado a manifestaciones físicas relacionadas con el peso y la imagen corporales. Podemos clasificar a los pacientes con diabetes, en aquellos que padecen problemas de alimentación o comportamientos alimentarios desordenados, asociándose así a los síntomas característicos de los trastornos de conducta alimentaria. Existen diferentes herramientas para su detección, como lo es la encuesta DEPS-R validada por la ADA, para la identificación de estos trastornos en pacientes diabéticos. La frecuencia reportada en la población diabética afectada por esta condición se estima hasta el 10% de los casos.

Objetivo

Analizar la frecuencia y factores asociados con los problemas de alimentación en adolescentes con diabetes tipo 1.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo en 100 adolescentes con diabetes tipo 1 a los que se les aplicó la encuesta DEPSR para determinar la frecuencia de problemas de alimentación.

Resultados

Se presentó un puntaje positivo de la encuesta DEPS-R para aparición de trastornos alimentarios en pacientes con DM tipo 1 en el 33 % de los casos. Hubo una asociación positiva usando la prueba X2 entre el IMC y el tamizaje positivo ($p=0.006$) y con el descontrol de Hb1Ac ($p < 0.05$), sin relacionarse con el sexo ($p=0.20$).

Conclusiones

La encuesta DEPS-R es aplicable en la población mexicana para tamizaje del riesgo de comportamientos alimentarios alterados en la edad pediátrica. Los pacientes con descontrol glucémico, sobrepeso y obesidad tienen mayor prevalencia de problemas de alimentación.

Palabras clave:

Diabetes, Sistema alimentario, Adolescentes.



Cartel No.8

COMPARACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON Y SIN NEFROPATÍA DIABÉTICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Toledo Chávez Aurelia, Sevilla Domingo Manuel¹, Huerta Martínez Hebert, Rivera Hernández Aleida de Jesús, Rodríguez Martínez Graciela, Fajardo Huizar Mara Alexia, Cortés Rodríguez Aarón, Sánchez Córdova Karla Fabiola, Madrigal González Mónica Margarita

¹UMAE Hospital de Pediatría CMNSXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

La diabetes tipo 1 (DT1) es una enfermedad crónica prevalente en población infantil. Un control glucémico inadecuado, conduce a nefropatía diabética (ND). Se han reportado diferencias metabólicas, hemodinámicas funcionales y estructurales en pacientes con y sin ND.

Objetivo

Comparar las características clínicas y bioquímicas (CCB) en pacientes pediátricos con y sin nefropatía diabética y su correlación con el control glucémico.

Material y Métodos

Observacional, analítico, transversal y ambispectivo. Población: pacientes con DT1, ambos sexos, tamizados para microangiopatía de acuerdo con ISPAD. Se obtuvieron medidas antropométricas, tensión arterial (TA), hemoglobina glucosilada (HbA1c), tasa de filtrado glomerular (TFG), microalbuminuria y ultrasonido renal. Estadística descriptiva: medias y DE, medianas y RIQ. Para el análisis inferencial se utilizó prueba t de Student, U de Mann-Whitney, coeficiente de correlación Pearson y Spearman para variables paramétricas y no paramétricas respectivamente y significancia estadística $p < 0.05$.

Resultados

n=72 casos. Mujeres 59.7%, edad 186 meses (150.5, 212.7). Tiempo de evolución DT1 94 meses (67.50, 127.75), eutróficos 56.9%, CC 83 cm (74.2, 88.0), con descontrol glucémico 81.9%, HbA1c 8.17% (7.5, 9.2), c-LDL 85.4 mg/dL (69.2, 100.8), triglicéridos 85.4 mg/dL (69.2, 100.8). Al comparar los grupos; Con nefropatía vs sin nefropatía, se encontraron diferencias en: peso 51.20 ± 14.05 vs 59.47 ± 13.26 kg ($p=0.027$), ZsIMC 0.25 (-1.29, 1.51) vs 0.91 (-2.24, 2.31) ($p=0.019$), LDL 93.87 vs 80 mg/dL ($p=0.031$) y TA sistólica 100 (90-120) vs 100 (80-110) mmHg ($p=0.003$). Análisis bivariado: sin diferencia estadísticamente significativa entre control glucémico y CCB.

Conclusiones

La frecuencia de ND fue del 25% y la TA sistólica y nivel de LDL fueron mayores en el grupo con ND, hallazgos similares a lo reportado en la literatura, sin embargo, el Zs IMC fue menor probablemente debido a descontrol glucémico crónico. La falta de correlación entre las CCB con el control glucémico puede ser debida a estilo de vida y factores genéticos no estudiados.

Palabras clave:

Diabetes, complicaciones, nefropatía diabética, microalbuminuria, c-LDL.



Cartel No.9

ASOCIACIÓN DE RIAO (OLIGÓMEROS AMILOIDES IAPP REALES) CON MARCADORES INFLAMATORIOS SISTÉMICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.

Méndez Barrios Cintia Dayana¹, Blanco Uriarte Miguel Angel⁴, Talavera Díaz Andrea⁴, Altamirano Bustamante Myriam³, Torres Arroyo Angélica⁴, Reyes Vivas Horacio⁴, Revilla Monsalve Chirtina², Guadarrama Zenteno Saira⁴, Ruiz Reyes Maria de la Luz⁴, Calzada León Raúl⁴, Altamirano Bustamante Nelly⁴

^{1,2}Instituto Mexicano del Seguro Social, ³Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

Los agregados oligoméricos del polipéptido amiloide de los islotes (RIO) sirven como biomarcadores del daño temprano a la célula beta. Las citoquinas inflamatorias están asociadas con la formación de amiloide en el islote y son predictores de insuficiencia de células beta.

Objetivo

Identificar la asociación de RIO con citoquinas inflamatorias en niños y adolescentes con Diabetes Mellitus tipo 1.

Material y Métodos

Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) en la base de datos de las Clínicas de Diabetes del Instituto Nacional de Pediatría, Hospital Pediátrico del CMNXII y Hospital Infantil Federico Gómez durante 2013–2020. Se buscó asociaciones entre RIO y citoquinas inflamatorias mediante regresión lineal y modelos mixtos. Los valores de p se calcularon utilizando la prueba de chi-cuadrado y la prueba de Welch.

Resultados

Se presentan 27 pacientes con DM1 con una mediana de edad de 13 (rango 9–17) años, con control metabólico regular HbA1c $9,2 \pm 2,1\%$ y una duración media de $3,1 \pm 1,1$ años. Media (rango) RIO: 3,9 µg/ml (1,7 – 6,2), IL-2: 43,4 pg/ml (22,3 – 621,6), IL-4: 7,5 pg/ml (1,22 – 328,7), IL-5: 41,4 pg /mL (39,1 – 302,2), IL-6: 95,55 pg/mL (78,5 – 379,7), IL-13: 65,6 pg/mL (59,3 – 229,7), TNF-α: 34,9 pg/mL (17,2 – 219,3) y IFN-γ: 10,2 pg/ml (1,2 – 278,2). El análisis de RIO reveló una asociación negativa estadísticamente significativa con IL-2 [β (EE) -0,006(0,003), $p=0,035$], IFN-γ [β (EE) -0,019(0,01), $p=0,046$]. TNF-α [β (EE) -0,018 (0,007), $p = 0,023$]. Se confirmó que en pacientes con DM1, la RIO se asocia negativamente con marcadores de inflamación sistémica (IL-2, IL-5, IL-6, IL-13, IFN-γ, TNF-α).

Conclusiones

La asociación negativa entre los niveles de RIO y los marcadores de inflamación sistémica (IL-2, IFN-γ, TNF-α) sugiere un mecanismo regulador donde ciertas citoquinas pueden influir en la agregación del polipéptido amiloide de los islotes, creando un impacto las células beta.

Palabras clave:

IL-2, TNF-α e IFN-γ.



Cartel No.10

FRECUENCIA DE MICROALBUMINURIA EN PACIENTES DE TAMAULIPAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y SU RELACIÓN CON TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y CONTROL METABÓLICO.

Márquez Moreno Sergio Alberto¹, Cornejo Barrera Judith¹, Llanas Rodríguez José Daniel¹, Hamilton Holman Robert Luis¹, Yépez Álvarez José Hugo¹, Salazar Franco Indra Liliána¹, Hernández Aguiñaga Fernando Ulises¹, Cabrera Islas Janeth¹, Gómez Domínguez María Fernanda¹, Tome Jarquin Gersson Alan Eloy¹, Yupanqui Velazco María Elvira¹, De la Rosa Alonso Dora Iveth¹, Guerrero Cano Elce¹, Cabrera Salazar Mónica Beatriz¹, Garza Durán Ana Lucía¹

¹Hospital Infantil de Tamaulipas.

Introducción

La microalbuminuria se traduce en alteración estructural a nivel glomerular, actualmente se acepta como marcador de progresión a nefropatía en la diabetes mellitus, los factores relacionados con una mayor prevalencia de esta según la literatura son asociados al tiempo de evolución de la enfermedad, así como al mal control metabólico de la misma.

Objetivo

Evaluar la frecuencia de microalbuminuria en pacientes de Tamaulipas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y su relación con tiempo de evolución y control metabólico.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal y analítico en 37 pacientes con DM1 de Tamaulipas que se manejan con el sistema híbrido de asa cerrada MINIMED™670G, previo consentimiento se solicitó una muestra urinaria matutina para la determinación cuantitativa de albuminuria a través del sistema HemoCue Albumin 201. Se capturaron en una base de datos de Excel variables clínicas, composición corporal y datos de control metabólico (hemoglobina glucosilada [HbA1c], tiempo en rango [TIR], entre otros). El análisis estadístico se efectuó con el programa STATA versión 11.0, se calculó estadística descriptiva e inferencial y odds ratio (OR).

Resultados

Se incluyen resultados de 31 pacientes (6 pendientes por estudiar); 16 femeninos y 15 masculinos; edad promedio 13.3 + 3.8 años; 2 bajo peso, 15 peso normal, 9 sobrepeso y 7 obesidad; 31 normotensos y 2 tensión arterial normal-alta. Albuminuria promedio 24.1 + 32 mg/L, mínima <5, máxima >150; 21 normales y 10 anormales (32.2%). Factores relacionados: HbA1c >7%, OR 6.75 (p=0.06) y TIR <70%, OR 4.4 (p=0.08); >5 años del diagnóstico OR 1.6 (p=0.52), hiperglucemias >25% OR 1.5 (p=0.67).

Conclusiones

La frecuencia de microalbuminuria es mayor a lo reportado en una cohorte de niños en Cambridge. De igual manera, encontramos relación con el mal control metabólico y el tiempo de evolución de la DM1. Haremos seguimiento de los 10 pacientes con alteración.

Palabras clave:

Microalbuminuria, diabetes, evolución, control.



Cartel No.11

RESPUESTA PUPILAR EN NIÑOS CON DIABETES MELLITUS.

YUPANQUI VELAZCO MARIA ELVIRA², Cornejo Barrera Judith, Rubio Loyola Javier¹, Hamilton Robert Louis, Llanas Rodríguez José Daniel, Yépez Álvarez José Hugo, Salazar Franco Indra Lilianna, Hernández Aguiñaga Fernando Ulises, Cabrera Islas Janeth, De la Rosa Alonso Iveth, Gómez Domínguez María Fernanda, Tome Jarquin Gerson Alan Eloy, Marquez Moreno Sergio Alberto, Hernández Resendiz Jaciel¹, Rodríguez Mendez Acdiel Armando
¹CINVESTAV Tamaulipas, ²Hospital Infantil de Tamaulipas.

Introducción

Se ha reportado disminución de la amplitud de respuesta contráctil de la pupila a la luz azul y roja medida por un pupilómetro en adultos con diabetes mellitus con o sin retinopatía. No se conocen datos en población pediátrica con DM1.

Objetivo

Describir la respuesta pupilar a la luz por pupilometría dinámica en pacientes menores de 18 años con DM1 del Hospital Infantil de Tamaulipas.

Material y Métodos

Estudio transversal, aprobado por los comités investigación y CEI, previa autorización de padres o tutores a 33 pacientes con DM1 se les hizo pruebas de respuesta pupilar con dispositivo en ambiente controlado en igualdad de condiciones (intensidad, color, duración de estímulo luminoso y oscuridad total durante la prueba). Se obtuvieron las métricas asociadas a la reacción pupilar, se aplicaron técnicas de IA para análisis de datos.

Resultados

Se reportan por grupos por respuestas semejantes, MPD (Diámetro Pupilar Mínimo), y RA (Amplitud del Reflejo) es la diferencia entre en el diámetro máximo y mínimo. Los resultados se dividieron en dos categorías: 1) "General": RA y MPD de todos los pacientes, 2) Grupos 1, 2 3" representan el promedio RA y MPD para cada uno formados por el algoritmo de agrupamiento k- medias. Ver tabla. Grupos Edad ± Masculinos |Femeninos (%) (n) RA Promedio MPD promedio General 13 ± 3.7 48.5 | 51.5 33 12.92 6.67 1 12 ± 4.0 60 | 40 15 12.48 6.85 2 12.5 ± 4.1 40 | 60 8 6.80 7.28 3 15.2 ± 1 50 | 50 10 18.49 5.78 Existen diferencias significativas entre grupos, Estos hallazgos sugieren la existencia de subgrupos dentro del universo de pacientes.

Conclusiones

La pupilometría es un estudio no invasivo, rápido y bien aceptado por los niños. Este estudio preliminar servirá de base a la comunidad científica para estudios avanzados sobre diagnóstico y tratamiento de la DM1.

Palabras clave:

Pupilometría, diabetes, tiempo en rango, HbA1c, diámetro pupilar, amplitud del reflejo.



Cartel No.12

CONDICIÓN FÍSICA MEDIDA POR PRUEBAS DE RENDIMIENTO FÍSICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1).

Molina Fernández Lucía¹, Longoria Castro Amabely Y., García Cruz María del Carmen, Murata Chiharu, Ruíz Reyes María de la Luz, Calzada León Raúl, Guadarrama Zenteno Saira Elesva, Altamirano Bustamante Nelly F

¹Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

El deterioro del metabolismo energético presente en la DM1 tiene consecuencias directas en los músculos esqueléticos, provocando disminución de la masa muscular, debilidad, y una reducción global de la condición física con intolerancia al ejercicio.

Objetivo

Describir la condición física y su asociación con el control glucémico en pacientes de 10 a 17 años con DM1 en el Instituto Nacional de Pediatría.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal en pacientes con DM1 en seguimiento por Endocrinología y Rehabilitación entre enero y agosto de 2022. Se realizó determinación de hemoglobina glucosilada (HbA1c), composición corporal por DXA, fuerza de esqueleto apendicular (FEA) y condición física por pruebas especiales: Test de Burpee, de Ruffler- Dickson, Fuerza tren superior: lanzamiento de balón, Fuerza tren inferior: salto horizontal, Fuerza de tronco: abdominales en 1 minuto, Velocidad: 10x5 metros y Flexibilidad: sit and reach.

Resultados

Se incluyeron 37 pacientes (51.3% del sexo masculino), con media de 13 años (10-17), en regular control [HbA1c 9.6 (5.6-16.2)]. El 24.3% realiza actividad física al menos tres días a la semana. La FEA fue de 5.93 ± 1.14 Kg/m². La condición física fue muy baja en todos los pacientes sin asociación con el control glucémico ni con actividad física. Los hombres presentaron mayor puntaje en Burpee (16.5 ± 0.86 vs 13.28 ± 0.88 , $p = 0.013$), fuerza de tronco (29 ± 4.4 vs 21.8 ± 5.9 , $p = 0.0002$) y velocidad (22.23 ± 0.8 vs 26.11 ± 0.86 , $p = 0.0026$). La flexibilidad fue mayor en las mujeres [mediana -7 (-30 a 5) vs -8 (-22 a 5)].

Conclusiones

La condición física es deficiente en pacientes con DM1. Establecer un programa de ejercicio permite un mejor control metabólico. Las evaluaciones periódicas pueden ayudar a identificar las necesidades individuales de ejercicio en aras de una mejor condición física y control glucémico en pacientes con DM1.

Palabras clave:

Condición física, Diabetes Mellitus tipo 1.



Cartel No.13

EFFECTO DEL CONTROL GLUCÉMICO SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.

Muñoz Quiroz Ana Fernanda¹, Molina Díaz Darío Jorge Mario¹, Guagnelli Martínez Miguel Ángel²
¹Hospital Infantil de México Federico Gómez, ²Unidad de Epidemiología Clínica HIMFG.

Introducción

La densidad mineral ósea (DMO) disminuida es una complicación poco reconocida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). La deficiencia de insulina y el descontrol glucémico (HbA1c >7%) son algunos de los mecanismos propuestos en su fisiopatología. Actualmente, existe un conocimiento limitado sobre esta complicación en niños y adolescentes con DM1.

Objetivo

Evaluar el efecto del control glucémico sobre la DMO en niños y adolescentes con DM1.

Material y Métodos

Estudio transversal y analítico. Se incluyó una muestra preliminar de 12 pacientes con DM1 atendidos en la clínica de diabetes del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Se determinaron variables como DMO mediante absorciometría de rayos X de doble energía (DXA) y niveles de HbA1c promedio (promediada de las últimas tres mediciones).

Resultados

En una muestra preliminar de 12 participantes, 42% hombres, con edades entre 7 y 16 años (mediana de 12 años), se encontró una HbA1c promedio de 9.2% (rango de 7.1 a 14.4%). En cuanto a los parámetros de DXA, la mediana del Z-score de DMO lumbar fue -0.34 (rango de -1.83 a 0.949) y para el cuerpo subtotal, la mediana fue de -1.02 (rango de -2.19 a 0.73). Al relacionar el Z-score de DMO lumbar con la HbA1c promedio, observamos una correlación negativa entre ambos, con un coeficiente de determinación (r^2) de 0.29.

Conclusiones

Estos resultados preliminares muestran una relación notable entre un pobre control glucémico, expresado como una HbA1c promedio más alta, y una menor DMO lumbar. Esto sugiere la importancia de continuar el estudio para confirmar estos hallazgos.

Palabras clave:

Diabetes mellitus tipo 1, control glucémico, densidad mineral ósea.



Cartel No.14

DIABETES MODY TIPO 12: REPORTE DE UN CASO.

INZUNZA ARAGÓN ADRIANA¹, MOLINA DÍAZ DARÍO JORGE MARIO¹, MEDINA BRAVO PATRICIA GUADALUPE¹, FLORES CASTILLO LUIS RODRIGO¹, VILLASEÑOR DOMÍNGUEZ AMÉRICA¹
¹Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Introducción

La diabetes juvenil de aparición en la madurez (MODY) se caracteriza por la disfunción secretora de las células β pancreáticas, consta de 14 fenotipos, siendo MODY 1-5 más del 60%. La mayoría de los pacientes carecen de manifestaciones clínicas específicas requiriendo pruebas genéticas para confirmar el diagnóstico.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

La MODY 12 tiene una baja incidencia en la población, con características clínicas inconsistentes, pudiendo confundirse con hiperinsulinismo congénito o diabetes neonatal. Se han reportado en los últimos 14 años únicamente 7 casos de este tipo de diabetes, por lo que exponer el presente, funciona de guía para futuros casos diagnósticos.

Descripción del caso

Inicia padecimiento a los 2 días de vida, con vómitos gastrointestinales, diagnosticándose ERGE grado IV, crisis convulsivas a los 8 días de vida de tipo tónico-clónico generalizadas e hipoglicemias de hasta 20mg/dl a los 2 meses; acompañada de hepatomegalia, retraso en desarrollo y microcefalia es referida a tercer nivel para su estudio. Se descarta hiperinsulinismo congénito y hemocromatosis y se instaura manejo con dieta por gastroenterología. A los 2 años al presentar disglucemias desde 28 hasta 476 mg/dl, glucosuria sin hiperglicemia concomitante y anticuerpos negativos se sospecha diabetes tipo MODY, se solicita estudio genético. A los 11 años se reporta variantes heterocigotas para ABCC8 catalogándose como hiperinsulinismo familiar tipo 1, sin embargo ante persistencia de hiperglicemias, aun con HbA1c de 5.5% se amplía secuenciación genética a los 14 años, reportándose 2 variantes en el gen ABCC8, homocigoto, c-2216>A y p-Arg74Cln localizados en exón 2/39, correspondientes con diabetes tipo MODY 12.

Conclusiones

El estudio genético es indispensable para diagnóstico y tratamiento de diabetes tipo MODY. Se debe sospechar diabetes tipo MODY en pacientes con disglucemias atípicas, acompañados de comorbilidades y rasgos fenotípicos particulares.

Palabras clave:

MODY 12, ABCC8, DIABETES TIPO MODY, HIPOGLICEMIA.



Cartel No.15

MUTACIÓN HETEROCIGOTA DEL GEN CEL CAUSANTE DE MODY 8.

Robledo Mendivil Clarissa¹ Ramírez Flores Isabel¹, Lizarraga Paulín Lorena¹, Dosta Martínez Gabriela Estephania¹, Torres Castañeda Mayra Cristina¹
¹UMAE Hospital General Centro Médico Nacional La Raza IMSS.

Introducción

La diabetes MODY representa el 0.5%-5% de los casos de diabetes(DM), probablemente infradiagnosticada por falta de pruebas genéticas. Se han descrito 14 mutaciones causantes de MODY, las más comunes GCK(MODY-2), HNF4A(MODY-1), HNF1A(MODY-3). La mutación en gen CEL(MODY-8) es muy rara (<1%) y se asocia a insuficiencia pancreática exocrina, endocrina y lipomatosis.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentar a un paciente con mutación del gen CEL relacionada con diabetes MODY 8. Se han reportado 5 casos a nivel mundial y en México no hay casos reportados.

Descripción del caso

Masculino de 14 años 9 meses, antecedente de padre con DM2 a los 40 años, abuela paterna DM2 a los 32 años, 4 tíos paternos DM2 antes de los 39 años. Presentó retraso en hitos del desarrollo, trastorno de lenguaje y se determinó edad mental de 6 años por lo cual se decide abordaje, que incluyó secuenciación Sanger identificando una variante heterocigota c.2040dupC, p.Val681fs en el gen CEL, clasificada como variante probablemente patogénica por lo que se decide realizar pesquisa de las alteraciones asociadas a ésta. Se realizó curva de tolerancia oral de glucosa (0, 30, 60, 90 y 120 minutos) con medición de glucosa, insulina y péptido C; no se evidenció alteración en metabolismo de los carbohidratos, reserva pancreática conservada, perfil de lípidos y hemoglobina glucosilada normales, enzimas pancreáticas con elevación no significativa. Tomografía abdominal contrastada descartó lipomatosis pancreática. No contamos con elastasa fecal.

Conclusiones

La expresión clínica de la mutación del gen CEL es variable, se ha observado que puede iniciar con afectación pancreática exocrina seguida de endocrina o viceversa, o cursar con lipomatosis sin afectación de la función. Ante la existencia de poca información acerca de esta mutación, consideramos relevante realizar en nuestro paciente la pesquisa y seguimiento de las alteraciones descritas para una intervención oportuna en caso de detectarlas.

Palabras clave:

Diabetes MODY, Gen CEL.



Cartel No.16

VARIANTE DE SIGNIFICADO INCIERTO (VUS) COMO CAUSA DE DIABETES TIPO MODY2 EN UNA FAMILIA CON HISTORIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.

García Sánchez Oscar Lorenzo¹

¹UMAE.

Introducción

La DM MODY es una diabetes autosómica dominante y es una causa común de diabetes en pediatría, con una prevalencia estimada de 1:1000. La hiperglucemia es atribuida a la secreción anormal de insulina. La DM MODY tipo 2 es causada por una mutación inactivadora heterocigota del gen de la glucocinasa (GCK).

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentar a una familia con historia de diabetes mellitus tipo 2, en donde se encontró una VUS en el gen de la GCK (MODY2). Reclasificación de la enfermedad y necesidad del estudio genético.

Descripción del caso

Femenino de 19 años 10 meses de edad, antecedentes: padre con DM2 a los 26 años, abuela paterna con DM2 no se refiere edad, tío paterno con DM2 antes de los 30 años. Inició las disglucemias desde los 10 años, con cifras máximas en ayuno de 127mg/dL, y postprandiales 149mg/dL. No hay síntomas clásicos. IMC18.61(3p). Se realizó una CTOG de 75g, con muestras a los 0, 30, 60, 90 y 120 minutos para glucosa, insulina con evidencia de alteración en metabolismo de los carbohidratos, reserva pancreática adecuada, hemoglobina glucosilada elevada. Panel de secuenciación masiva para diabetes monogénica. VUS c.440 A>G (p.Gly147Asp) en el exón 4 del gen GCK en estado heterocigoto. Padre e hija.

Conclusiones

Se debe realizar estudio genético a todos los pacientes con diabetes mellitus e historia familiar con sospecha de DM tipo MODY. En este caso conviene realizar estudio genético a los demás miembros de la familia afectados para reclasificar esta variante, ya que en este caso en particular, se puede considerar como la causa de la DM MODY2.

Palabras clave:

Diabetes MODY 2, Gen GCK.



Cartel No.17

COMORBILIDADES, CRISIS CONVULSIVAS Y HALLAZGOS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN PACIENTES CON HIPERINSULINISMO CONGÉNITO.

Bahena Garcia Ana Laura³, ARRIAGA CÁZARES HECTOR ELIUD⁴, MORALES DIAZ HUGO¹, CARDENAS ROJO NOE²

¹HOSPITAL UNIVERSITARIO/HRP ISSSTE PUEBLA, ²PRIVADA, ³PRIVADO, ⁴UMAE 21 / ESCUELA DE MEDICINA DEL TECNOLÓGICO DE MONTERREY.

Introducción

El hiperinsulinismo congénito (CHI) representa la principal causa de hipoglucemia persistente en neonatos y lactantes. La pronta y temprana intervención en el tratamiento de estos pacientes es fundamental para su pronóstico neurológico.

Objetivo

Describir las comorbilidades, tipo de crisis convulsivas y hallazgos en la Resonancia Magnética del sistema nervioso central en pacientes con hiperinsulinismo congénito.

Material y Métodos

Se realizó un Estudio descriptivo, retrospectivo, tipo de serie de casos revisando expedientes de 11 pacientes pediátricos diagnosticados con hiperinsulinismo congénito en la UMAE 25 de Monterrey durante el período comprendido entre 2016 y 2021.

Resultados

Se incluyeron 11 pacientes, de los cuales 7 (64%) eran de sexo masculino. La edad media al diagnóstico fue $25,55 \pm 7,4$ días. Respecto al posible modo de herencia, cuatro (36,4%) pacientes presentaron la variedad autosómica dominante y siete (63,6%) pacientes la autosómica recesiva. En términos de tratamiento, tres (27,3%) pacientes recibieron diazóxido, seis (54,5%) pacientes recibieron octreotida, y dos (18,2%) pacientes requirieron ambos tratamientos. Siete (64%) pacientes fueron sometidos a pancreatectomía casi total. Los efectos secundarios más frecuentes del tratamiento fueron colecistolitiasis en tres pacientes (27,3%) e hipertricosis en tres (27,3%) pacientes. Todos los pacientes presentaron crisis convulsivas, siendo más comunes las generalizadas en seis (54,5%) pacientes. Los pacientes se sometieron a resonancia magnética cerebral (RMC) a una edad de $6,64 \pm 3,8$ años, con la anomalía más frecuente fue la atrofia frontal reportada en seis (54,5%) pacientes.

Conclusiones

La alteración más frecuente observada en las resonancias magnéticas cerebrales fue la atrofia frontal. Una gran proporción de pacientes requirió pancreatectomía casi total. Los efectos secundarios más frecuentes incluyeron colecistolitiasis e hipertricosis. Todos los pacientes experimentaron crisis convulsivas, siendo las generalizadas las más comunes. Estos hallazgos destacan la necesidad de un seguimiento y un manejo integral para abordar complicaciones asociadas con la enfermedad.

Palabras clave:

Hiperinsulinismo congénito. Resonancia Magnética. Alteraciones sistema nervioso central. Hipoglucemia.



Cartel No.18

HIPOGLUCEMIA ASOCIADA A INSULINOMA: CUANDO EL PÁNCREAS OCULTA SECRETOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Bustamante Flores Aditi Kinari¹, Ochoa Romero Oscar¹, Pineda Ochoa Damaris Yazbeck¹

¹Centro Médico Nacional La Raza.

Introducción

Los insulinomas son tumores neuroendocrinos pancreáticos poco frecuentes caracterizados por hiperinsulinismo e hipoglucemia, el cual es el rasgo más constante.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Dar a conocer el abordaje de un paciente con insulinoma, ya que, debido a su infrecuencia, hay datos insuficientes en la población pediátrica.

Descripción del caso

Masculino de 12 años, sin antecedentes significativos. Inicia con crisis convulsivas por lo que es trasladado a urgencias. Por hallazgo, se detecta glucosa de 49 mg/dL, y se solicita valoración. Ingresa para abordaje de hipoglucemia a nuestro servicio. Ante glucosa capilar de 45 mg/dl, se toma muestra crítica y corrección posterior. Laboratorio: glucosa 37 mg/dl, insulina 8.2 uU/ml, péptido C 3.35 ng/ml, cetonas negativas, cortisol y GH normales. Ante segunda hipoglucemia, se toma segunda muestra crítica: glucosa 36 mg/dl, insulina 7.4 uU/ml, péptido C 5.5 ng/ml, sin cetonas. Se concluye hiperinsulinismo endógeno. Gabinete: ultrasonido, tomografía y colangiografía que reportan tumoración de cabeza de páncreas sugestiva de insulinoma. Se programa procedimiento de Whipple, siendo exitoso, sin nuevos episodios de hipoglucemia, se egresa sin tratamiento. Reporte histopatológico: neoplasia neuroendocrina de bajo grado de 2 x 1 x 2 cm, cromogranina, sinaptofisina y KI 67 positivos sin invasión linfo-vascular, del área adyacente ni necrosis. Tras 2 años de cirugía, ultrasonido y tomografía abdominal es con ausencia quirúrgica de cabeza de páncreas, sin evidencia de actividad tumoral, glucosa normal, estudios hormonales normales. Sin identificarse otra enfermedad concomitante. Tratamiento actual con enzimas pancreáticas por insuficiencia pancreática exócrina. Permanece en vigilancia.

Conclusiones

El insulinoma es un tumor poco frecuente en la edad pediátrica, sin embargo, ante la presencia de síntomas asociados a hipoglucemia debe realizarse un abordaje donde dicho diagnóstico se considere en los diferenciales.

Palabras clave:

Insulinoma, hipoglucemia, hiperinsulinismo.



Cartel No.19

HIPERINSULINISMO CONGÉNITO UNA NUEVA VARIANTE ABCC8 NO REPORTADA.

Orellana Valiente Claudia Patricia¹, Méndez Barrios Cintia Dayana, Rojas Rodríguez Ingry Katherine¹, Contreras Bonilla Denise Dayana, Talavera Díaz Andrea, Murillo Galindo Karla Vanessa, Calzada León Raúl, Altamirano Bustamante Nelly Francisca¹, Ruíz Reyes María de la Luz, Guadarrama Zenteno Saira Elesva

¹Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

El hiperinsulinismo congénito es causado por secreción no regulada de insulina por la célula beta pancreática, provocando supresión de gluconeogénesis y glucogenólisis, sin generación de cuerpos cetónicos, inhibiendo la producción de glucosa y provocando hipoglicemia. Entre las mutaciones más importantes se encuentra ABCC8 como causa de hiperinsulinismo congénito difuso sin respuesta a diazóxido.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Mostrar un caso de hiperinsulinismo con mutación de ABCC no reportada.

Descripción del caso

Femenina nacida a término, sin antecedentes familiares de importancia, niegan consanguinidad. Embarazo sin complicaciones. Nace vía Cesárea por circular del cordón umbilical, con peso 3005gr talla 50cm, requirió oxígeno suplementario por taquipnea transitoria del recién nacido, sin dismorfias, ni organomegalia. A los 16 días de vida presenta hipoglucemias asociadas a convulsiones a pesar de alimentación regular cada 2 horas. Sin respuesta a soluciones glucosadas con aporte de hasta 20mg/kg/minnidiazóxido a 15mg/kg/día. Octreótide se indicó y suspendió por complicaciones gastrointestinales. En muestra crítica glucosa central 36mg/dL, PH7.4 bicarbonato 26.6mmol/L sodio 136.6 mmol/L potasio 3.4mmol/L lactato 1.3mmol/L, amonio 40.1, betahidroxibutirato 0.3mmol/L, Insulina plasmática 21.50mcU/mL Péptido C 2.6ng/ml Cortisol 24.7mcg/dL ACTH 50.5pg/ml Hormona de crecimiento 2.6ng/ml IGF-1 68.5ng/mL TSH 5.63mcU/mL T4L 1.75ng/dl T4T 13.65mcg/dL T3L 5.8pg/mL T3T 264.4ng/dl. Perfil aminoácidos, acetilcarnitinas y succinilacetona en límites normales. PET-CT con 18F-DOPA captación difusa con ligero predominio en cabeza de páncreas. Reporte de Exoma(INVITAE) con alteración en gen ABCC8. Variante c3574del (p.Asp1192Metfs*16) Heterocigoto, con clasificación patogénica, se realizó extensión a padre con la misma variante, asintomático. Se realizó pancreatectomía subtotal 97% de resección, sin complicaciones. El reporte anatomo-patológico demuestra Hiperinsulinismo difuso. Paciente normoglucémica buena evolución clínica y neurológica, sin tratamiento farmacológico.

Conclusiones

La variante patogénica de ABCC8 de nuestra paciente no se encuentra reportada en la literatura, pero se comporta en forma similar a otras mutaciones de este gen, con transmisión paterna, presentación neonatal y afectación difusa del páncreas.

Palabras clave:

Hiperinsulinismo congénito, ABCC8, hipoglicemia neonatal.



Cartel No.20

REPORTE DE CASO: SÍNDROME DE HIPERINSULINISMO CON HIPERAMONEMIA UNA ENTIDAD CLÍNICA POCO FRECUENTE.

Hernandez Herrera Mara Neftali¹, López Palomera Jorge David
¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El hiperinsulinismo congénito (HI) es causa de hipoglucemia recurrente y persistente en la población pediátrica, es caracterizado por secreción excesiva de insulina no cetósica. Con una incidencia entre 1/25.000 en población con consanguinidad y 1/50.000 nacimientos en población general. Existen 9 principales mutaciones identificadas, siendo la más frecuente mutaciones en ABCC8 y KCNJ11, seguida por las mutaciones en GLUD1 en un 5%, causando el síndrome de hiperinsulinismo-hiperamoniemia (HI/HA). El HI/HA, se caracteriza por hiperinsulinismo e hiperamoniemia, con hipoglucemia resultante y un mayor riesgo de epilepsia generalizadas, así como de alteraciones del lenguaje, retraso psicomotriz, movimientos anormales e incluso problemas visuales.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presenta retraso en su diagnóstico debido que suele iniciar con hiperamoniemia, sin un adecuado screening genético de esta entidad.

Descripción del caso

Femenino de 11 meses producto de la 1ª gestación de 38 SDG, peso 3070 g, talla 52 cm. Inició a los 4 meses de vida, con crisis tónico-clónicas, irritabilidad, vómitos y alteraciones del sueño, acuden con neuropediatría, sin respuesta a anticonvulsivos. RM con hipoplasia de cuerpo calloso, así como hipoglucemias de hasta 41 mg/dl, por lo que se realiza toma de muestras críticas: pH 7.39, HCO₃ 27, Insulina 7.8, glucosa 47 mg/dl, péptido C 3.06, Lactato 2.8, hiperamoniemia de 591 mg/dl, EGO no reportado, se instaura tratamiento con diazóxido a 5 mg/kg/día con adecuada respuesta clínica. Se realiza EXOMA siendo positivo para mutación en GLUD1 (AD).

Conclusiones

El HI/HA con una incidencia global de 1 en 200000, representando 5% de los hiperinsulinismos, en México no se han reportado casos, para su diagnóstico es necesaria la toma de muestras críticas que nos permitirá hacer el diagnóstico diferencial con las múltiples causas de hipoglucemia en la población pediátrica, para su identificación temprana, ya que esta patología responde adecuadamente al tratamiento con diazóxido y su inicio precoz mejora el pronóstico neurológico del paciente.

Palabras clave:

Hiperinsulinismo, Hiperamoniemia.



Cartel No.21

SÍNDROME DE TONI-DEBRÉ-FANCONI EN COEXISTENCIA CON DIABETES INSÍPIDA CENTRAL, REPORTE DE CASO.

Santiago Loya Zulem¹, Delgadillo Ruano Martha Alicia¹

¹Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente IMSS.

Introducción

Síndrome Toni-Debré-Fanconi disfunción tubular proximal compleja afecta múltiples transportadores simultáneamente. Características: pérdida renal fosfato, bicarbonato, sodio, potasio, cloro, ácido úrico, aminoácidos, glucosa, proteínas bajo peso molecular, carnitina, otros solutos. Adquirido: toxicidad metales pesados, administración quimioterápicos. Diabetes insípida central tras cirugía de tumores área hipotalámica prevalencia 80% casos.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentar caso panhipopituitarismo, diabetes insípida central y tubulopatía agregada comparte características clínicas.

Descripción del caso

Masculino 12 años antecedente resección germenoma supraselar 07/12/2023, tratamiento oncología médica quimioterapia protocolo JEP cuarto ciclo 13 al 15/03/24: Carboplatino, Etopósido y Bleomicina. Seguimiento consulta externa Endocrinopediatría panhipopituitarismo afección neurohipófisis, Diabetes Insípida. Inicia 27/03/2024 hiporreactividad, crisis convulsivas motoras, automatismos, estado neurológico fluctuante y fiebre. Tomografía craneal y reconstrucción angiografía normal, resonancia magnética simple y activada gadolinio multiseccional, multicorte con cambios post quirúrgicos. Cultivos sin aislamiento inicial, ecocardiograma sin vegetaciones. Exámenes hipofosfatemia severa, hipocalcemia leve, hipokalemia leve, hiponatremia leve, hipomagnesemia moderada, hipouricemia, hiperfiltración (cr basal 0.7, actual 0.4 TFG 150 ml/min/1.73m² Schwartz), uroanálisis hipostenuria, proteinuria leve, glucosuria, desequilibrios electrolíticos no explicados por diagnóstico diabetes insípida. pruebas función tubular fracciones excretadas aumentadas: RTP 84%, TTKG 4.9, FeK 17.7%, FeNa 2.2%, CaU/CrU 0.2, MgU/CrU 0.19, PU/CrU 2.1. Antecedente quimioterapia platinos, grupo nefrotóxico, síndrome Fanconi secundario. Encefalopatía multifactorial, principalmente metabólica, antecedente desequilibrios hidroelectrolíticos severos, choque séptico amerito tratamiento antibiótico amplio espectro. Actualmente tratamiento fenitoína dosis mantenimiento, aporte fósforo, potasio (0.032 mmol/kg de fósforo), sodio 40 mEq/m²/día, potasio 140 mEq/m²/día, sulfato magnesio 50 mg/kg/día, sustitución eje corticotropo: dosis cortisol 10mg/m²sc/d, tirotropo: levotiroxina 2.4 mcg/kg/día y desmopresina 150mcg/día. Corrección de desequilibrios hidroelectrolíticos.

Conclusiones

Ante fiebre, poliuria, polidipsia, hipostenuria, glucosuria con glucosa sérica normal sugieran descompensación diabetes insípida hacer historia clínica detallada descartar otras causas como síndrome Fanconi. Tratamiento sintomático, corrector déficits. Riesgo alteración metabolismo óseo, hacer estudios necesarios para diagnóstico precoz.

Palabras clave:

Diabetes insípida, síndrome Fanconi.



Cartel No.22

DOBLE ADENOMA HIPOFISARIO PRODUCTOR DE HORMONA DE CRECIMIENTO. REPORTE DE UN CASO.

GUERRA ESCALERA NORBERTO¹, Dávila Sotelo Elisa Lizbeth³, Molina Díaz Darío Jorge Mario², Salinas Puente Estefany Janeth⁴, Arguelles Martínez Angel Antonio, García Silva Giselle Valeria², Picazo Gutiérrez Reyna Stephany³, Aguirre Herrera Emily Gabriela³, Arenas Ruíz José⁴

¹Hospital Infantil de México, ²Hospital Infantil de México "Federico Gómez", ³Hospital Regional ISSSTE Monterrey, ⁴Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González".

Introducción

Los adenomas únicos hipofisarios productores de GH son poco frecuentes en pediatría, la incidencia de los adenomas hipofisarios dobles en pacientes postoperados va de 0.16 a 2.6%.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentación de un paciente con gigantismo secundario a 2 microadenomas hipofisarios, lo cual se trata de un caso raro debido a la baja incidencia de este.

Descripción del caso

Masculino de 13 años 6 meses referido por glucosa alterada en ayuno de 103 mg/dl y HbA1c 5.9% acompañado de Cefalea. A la exploración física: peso 48.4kg (p50), IMC 17.2 (p25) y talla de 168 cm (p75), talla diana de 168.5 (P10), frente y mandíbula prominente, crecimiento acral. Tanner púbico y genital de 5. Edad ósea de 16 años, adelantada a la cronológica. Se toman laboratorios que muestran una IGF1 en 592 ng/ml, curva de supresión con glucosa de GH con basal en 16.5 ng/ml y 1.21 a las 2 horas, con glucosa basal de 95 mg/dl y 112 a las 2 horas, compatible con gigantismo. Se toma resonancia magnética la cual reporta 2 microadenomas hipofisarios de 5.4x5.5 mm y 4.6x3.6mm, corroborando el diagnóstico. Se realiza cirugía transesfenoidal donde se retiran ambos tumores. El reporte de Patología describe adenoma hipofisario Ki67(+) <5%. Los niveles de GH basal 10 días posteriores al procedimiento se encuentran disminuidos a 2.48 ng/dl. Actualmente 15 años con talla actual 1.73 (P75-90) Peso 58.5 (P50-70).

Conclusiones Los adenomas hipofisarios son poco frecuentes y un doble adenoma lo es aún más, sin embargo, la detección de manera oportuna por datos metabólicos y clínicos pueden orientar a un diagnóstico oportuno y así evitar las complicaciones crónicas.

Palabras clave:

Adenoma - Hipófisis - Gigantismo.



Cartel No.23

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO CON MANIFESTACIONES RENALES: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS.

Flores Ramírez María Isabel¹, Lizárraga Paulín Lorena¹, Torres Castañeda Mayra Cristina¹, Robledo Mendivil Clarissa¹, Gutiérrez Rosas Edmundo¹, Sánchez Trahén Janette¹, Rodríguez Pérez Claudia¹, Blas Lugo Pamela¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El hiperparatiroidismo primario (HP) es una enfermedad rara en la edad pediátrica, con incidencia de 2 a 5/100, 000 niños. Las principales características clínicas involucran el esqueleto y el riñón, las manifestaciones renales se presentan en el 25-55% de los casos. Las causas más comunes son: adenoma, carcinoma o hiperplasia de las paratiroides.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentar el abordaje y la evolución de una serie de pacientes pediátricos con hiperparatiroidismo primario.

Descripción del caso

Se presentan tres casos de hiperparatiroidismo primario con las siguientes características: La mediana de edad al diagnóstico fue de 13 años. Las manifestaciones iniciales fueron dolor abdominal y nefrolitiasis en dos pacientes. En el tercero, la nefrolitiasis fue un hallazgo posterior a nefrectomía por trauma abdominal. En los estudios de laboratorio iniciales en los tres casos con PTH elevada (mediana 253pg/ml), hipercalcemia (mediana 13 mg/dl) e hipercalciuria en 2 pacientes. La gammagrafía mostró en los tres casos, aumento de la actividad metabólica de las paratiroides por lo que se realizó tratamiento quirúrgico. Los reportes de histopatológicos documentaron adenomas paratiroides en dos casos y, en el tercero, paratiroides con infiltración adiposa. En el seguimiento postquirúrgico, un paciente se mantuvo con normocalcemia, uno con hipocalcemia y otro persistió con hipercalcemia y litiasis renal, se le realizó cirugía para resección de paratiroides restantes, persistiendo con litiasis renal e hipercalcemia por lo que se decidió hemitiroidectomía. Dos pacientes presentaron enfermedad renal crónica estadio 2.

Conclusiones

El HP en niños tiene una baja incidencia, diagnosticándose de manera tardía cuando ya hay compromiso renal. En nuestros pacientes la nefrolitiasis fue la primera manifestación, la cual ha sido descrita en la literatura en el 50% de los casos. Debido a que el HP es una de las etiologías, debe realizarse el abordaje integral y dar seguimiento estrecho ante el riesgo de recidiva a pesar de tratamiento quirúrgico.

Palabras clave:

Hiperparatiroidismo primario, manifestaciones renales



Cartel No.24

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

Santiago Loya Zulem¹, Peralta Cortázar Catalina², Rivera Villanueva Talia Minerva², Hernández Abraham², Sosa Bustamante Gloria Patricia², González Alma Patricia², Paque Bautista Carlos² Pérez Godínez Daniel Omar³, Padilla Solís Oscar Abraham José³

¹Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente IMSS, ²UMAE HOSPITAL DE GINECOPEDIATRÍA 48 IMSS, ³Universidad de Guanajuato.

Introducción

Métodos utilizados para evaluar edad ósea: Greulich-Pyle, Tanner-Whitehouse y métodos automatizados, que eliminan variación interindividual. La Inteligencia Artificial tiene un gran potencial.

Objetivo

Evaluar la edad ósea mediante un algoritmo de inteligencia artificial creado en la unidad médica.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal, analítico. 271 radiografías cumplieron criterios de inclusión. Se consultó base de datos imagenología, periodo enero 2021-diciembre 2023, para crear algoritmo de inteligencia artificial que aprenda a diagnosticar edad ósea, se comparó resultado con obtenido por método de Greulich y Pyle y por dos especialistas expertos independientes. Se realizó análisis estadístico.

Resultados

Se creó algoritmo de inteligencia artificial para evaluar edad ósea con radiografías de nuestra unidad. Diferencia significativa en tiempos de las 3 evaluaciones (valor $p < 0.0001$). Menores 6 años, tiempo 19.9 segundos (RIC 18.8-21.3), 6-10 años mediana 19.7 segundos (RIC 19.2-21.1), mayores 10 años mediana 20.6 segundos (RIC 19.6-22.1). Concordancia moderada entre observador 1 y 2 ($k=0.52$) (p valor 0.0003), concordancia aceptable entre observador 2 e inteligencia artificial ($k=0.37$) (p valor 0.0007). Concordancia mayores a 10 años casi perfecta entre observador 1 y 2 ($k=1$) (p valor < 0.0001). Concordancia leve entre observador 1 e inteligencia artificial ($k=0.03$) y entre observador 2 e inteligencia artificial ($k=0.03$).

Conclusiones

Estudio prometedor para estimar edad ósea en niños y adolescentes, ambos sexos, nacionalidad mexicana. Inteligencia artificial permite evaluación precisa, objetiva y eficiente de edad ósea en comparación con evaluación por expertos con método Greulich-Pyle. Software puede utilizarse en nuestras instituciones. Considerar limitaciones y necesidad de perfeccionamiento para mejorar aplicabilidad clínica.

Palabras clave:

Edad ósea, inteligencia artificial, algoritmo.



Cartel No.25

"ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN EL DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y EN EL CONTROL METABÓLICO-PONDERAL".

Aguilar López Karla María², Marquez Sanchez Jessica², Carrillo Nieto Rosa Itzel, Guadarrama Zenteno Saira Elesva¹, Ruíz Reyes María de la Luz¹, Altamirano Bustamante Nelly Francisca¹, Calzada León Raúl¹

¹Instituto Nacional de Pediatría, ²Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

Con la pandemia de COVID-19, existieron cambios en el estilo de vida como menor actividad física, aumento del tiempo frente a pantallas, cambios en la ingesta dietética, propiciando aumento de la obesidad y de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), así como el mal control, lo que no se han reportado.

Objetivo

Analizar los efectos del confinamiento por COVID 19 en el debut y control de DM2.

Material y Métodos

Estudio observacional, longitudinal, retrospectivo, comparativo y descriptivo en 72 pacientes durante el período pre-pandemia (enero de 2017 a enero de 2020) y post-pandemia (febrero de 2020 a mayo de 2023), consideramos el diagnóstico de DM2 con datos de resistencia a la insulina, anticuerpos negativos. Se registraron variables demográficas, auxológicas y bioquímicas. Los datos recopilados para el estudio utilizando SPSS versión 22, se mostraron como media $\pm$ desviación estándar. Las variables continuas se analizaron utilizando una prueba t de student . Utilizamos la prueba de chi 2 para comparar datos categóricos, considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

Resultados

Se observó aumento en el debut en DM2 posterior a la pandemia (2.1% pre-pandemia vs. 4.6% post-pandemia; $p < 0.001$). La incidencia de cetoacidosis diabética en este grupo fue mayor en el grupo post-pandemia (31% vs 2% $p < 0.001$). La edad media de los pacientes fue menor (post- pandemia 8 ± 2.1 vs. pre-pandemia 14 ± 2.2 años; $p < 0.001$), el nivel medio de HbA1c fue más alto ($7.9\% \pm 1.4\%$ vs. $8.3 \pm 1.7\%$; $p < 0.001$) en el período post-pandemia que en el pre- pandemia. La proporción de mujeres/hombres fue similar (59.9%/40.1%, pre-pandemia, 58.6%/41.4%, post-pandemia; $p = 0.304$). Los pacientes post pandemia presentaron un mayor grado de obesidad (129% de p95 vs. 161%, $P = 0.02$).

Conclusiones

El efecto del confinamiento demostró un aumento del debut de DM2, a menor edad, aumento paralelo en el percentil de IMC y aumento de CAD en comparación con los 3 años anteriores.

Palabras clave:

Diabetes, COVID, Obesidad.



Cartel No.26

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON HORMONA DE CRECIMIENTO (GHB) EN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y PERFIL DE LÍPIDOS EN NIÑOS CON DEFICIENCIA DE HORMONA DE CRECIMIENTO.

Sánchez Trahén Janette¹, Lizárraga Paulín Lorena², Torres Castañeda Mayra C.², Rodríguez Pérez Claudia², Gutiérrez Rosas Edmundo², Flores Ramírez María Isabel²

¹UMAE HOSPITAL GENERAL DR GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA CENTRO MÉDICO NACIONAL, ²UMAE HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA" IMSS.

Introducción

La deficiencia de hormona de crecimiento (DHC) se asocia con obesidad y dislipidemia, aunque se conoce que el tratamiento con GHb mejora el perfil de lípidos y la composición corporal.

Objetivo

Comparar el índice de masa corporal y perfil de lípidos en pacientes con DHC a lo largo de dos años de tratamiento con GHb y analizar su efecto.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y analítico en menores de 18 años con deficiencia de GH que reciben GHb. Se evaluó IMC y perfil de lípidos al inicio, 12 y 24 meses de tratamiento. Se utilizó estadística descriptiva (medidas de dispersión y tendencia central), estadística inferencial mediante prueba U de Mann-Whitney. Análisis estadístico con SPSS 25.

Resultados

Estudiamos 42 expedientes, sólo 21 cumplieron criterios de inclusión. 52.4% fueron mujeres; edad de inicio de GHb 11.1 años (RIC 9.28-12.5). Al analizar IMC encontramos sobrepeso en 9.5% vs. 14.3% vs. 9.5%; obesidad en 14.3% vs. 4.8% vs. 4.8%; percentil IMC: 58 vs. 43 vs. 40 ($p=0.005$), colesterol total: 170mg/dl vs. 164mg/dl vs. 159.5mg/dl ($p=0.009$), LDL-c: 99mg/dl vs. 86.82mg/dl vs. 83.98mg/dl ($p=0.000$), triglicéridos: 76mg/dl vs. 106mg/dl vs. 123mg/dl ($p=0.05$); HDL-c: 51mg/dl vs. 53mg/dl vs. 50mg/dl ($p=0.056$).

Conclusiones

Los pacientes quienes al inicio del tratamiento tenían obesidad mostraron disminución del IMC tras el primer año. Hubo una disminución estadísticamente significativa en los valores de colesterol total y LDL-c; el HDL-c no mostró cambios y en los triglicéridos se evidenció incremento. Será de utilidad realizar una evaluación de los factores que favorecen un ambiente obesogénico en los pacientes, independientemente del tratamiento.

Palabras clave:

Deficiencia de GH, dislipidemia, obesidad, GHb, pediatría.



Cartel No.27

ALTERACIONES EN EL METABOLISMO DE LOS CARBOHIDRATOS EN NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA DE LA UMAE, HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA".

Rodríguez Pérez Claudia², Torres Castañeda Dra. Mayra Cristina¹, Lizárraga Paulín Lorena¹

¹UMAE Hospital General Centro Médico Nacional La Raza Instituto Mexicano Del Seguro Social,

²UMAE Hospital General Centro Médico Nacional La Raza Instituto Mexicano Del Seguro Social. Universidad Autónoma de México.

Introducción

La fibrosis quística(FQ) tiene una incidencia de 1/8500 nacidos vivos; una de sus principales complicaciones es la diabetes. La detección oportuna de alteración en el metabolismo de los carbohidratos mediante curva de tolerancia oral a la glucosa(CTOG) nos permite realizar intervenciones oportunas para disminuir la morbilidad.

Objetivo

Identificar las alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos en niños con FQ. A nivel nacional no se realiza pesquisa de estas alteraciones en niños a partir de los 5 años.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, transversal y analítico en pacientes de 5 a 18 años con FQ en quienes se evaluó antropometría y resultados de CTOG, HbA1c, insulina y péptido C.

Resultados

Se realizó CTOG a 26 pacientes con FQ; con mediana de edad 8.5 años; 61.5%(n=16) fueron varones. Se detectó que la glucosa en ayuno fue normal en el 100%, glucosa indeterminada[60 minutos] 11.5% (n=3), prediabetes[120 minutos] 23.1%(n=6); mediante HbA1c con prediabetes 23.1%(n=8) y diabetes 11.5%(n=1). Se identificaron solo 5 pacientes únicamente con alteración por HbA1c y 2 pacientes por ambos métodos. De los 13 pacientes con alteraciones de la glucosa 61.5%(n=8) fueron <10 años, todos prepuberales; predominaron las mujeres (53.8%). El 46.1%(n=6) presentaron desnutrición, 7.69% (n=1) sobrepeso y 7.69%(n=1) obesidad. Péptido C e insulina estuvieron disminuidos en 23%(n=3) pero no mostraron significancia estadística para presentar alteraciones. [(p=0.395);(p=0.658) respectivamente].

Conclusiones

La mayoría de las alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos se identificaron en menores de 10 años prepuberes mediante CTOG a pesar de que todos tuvieron glucosa normal en ayuno, lo que demuestra su utilidad en niños con FQ a edades tempranas y la importancia de continuar con una vigilancia estrecha para realizar intervenciones oportunas en estos pacientes.

Palabras clave:

Metabolismo de carbohidratos. Fibrosis quística. Curva de tolerancia oral a la glucosa.



Cartel No.28

ASOCIACIÓN DE ÍNDICES DE RIESGO CARDIOVASCULAR CON EL CONTROL GLUCÉMICO EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2).

Herrera Orlaineta Ingrid Ameyalli¹, Orozco Morales José Antonio², Torres Tamayo Margarita⁴, Medina Urrutia Aída Xóchitl³, Jorge Galarza Esteban³, Reyes Barrera Juan³, Juárez Rojas Juan Gabriel³, Medina Bravo Patricia Guadalupe²

¹Hospital Infantil de México, ²Hospital Infantil de México "Federico Gómez", ³Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, ⁴Práctica privada.

Introducción

Los pacientes con DM2 y mal control glucémico tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). En adultos con DM2 se han evaluado varios índices predictivos de riesgo cardiovascular. En diversos estudios se ha documentado una alta frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en adolescentes con DM2, pero son escasos los estudios que han evaluado los índices de riesgo cardiovascular y su asociación con el control glucémico en este grupo etario.

Objetivo

Evaluar la asociación entre el control glucémico y diversos índices aterogénicos en adolescentes con DM2.

Material y Métodos

Estudio observacional, transversal y comparativo. Se incluyeron un total de 47 adolescentes con DM2, en edades de 9 - 18 años, en estadio de Tanner 2-5. Se dividieron en dos grupos de acuerdo al control glucémico (buen control y mal control). Se realizó antropometría y medición de circunferencia de cintura. En una muestra de sangre venosa en ayuno, se determinaron glucosa, perfil de lípidos y HbA1c. Se calcularon los índices aterogénicos de riesgo cardiovascular.

Resultados

No se observaron diferencias significativas en las concentraciones de triglicéridos, c-HDL, c-LDL, circunferencia de cintura y tensión arterial sistólica y diastólica, entre ambos grupos. Se observaron diferencias significativas en el índice aterogénico plasmático ($p=0.40$), siendo más elevado en pacientes con DM2 y mal control glucémico, asimismo se observó una tendencia a mayor índice de Castelli ($p=0.07$) y Kannel ($p=0.086$) en este mismo grupo.

Conclusiones

En adolescentes con DM2 se encontró una asociación positiva entre el índice aterogénico plasmático y el mal control glucémico, lo que podría significar un mayor riesgo cardiovascular.

Palabras clave:

DM2, adolescentes, riesgo cardiovascular, índices aterogénicos.



Cartel No.29

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y FENOTIPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Zamora Martínez Roxanna Mareth⁴, Molina Díaz Jorge Mario¹, Medina Bravo Patricia Guadalupe, Klünder Klünder Miguel³, Miranda Lora América Liliana⁵, Martínez Ambrosio Antonia, ²Departamento de endocrinología pediátrica

¹Hospital Infantil Federico Gómez, ²Departamento de endocrinología servicio de enfermería Hospital Infantil Federico Gómez, ³División de investigación Hospital Infantil Federico Gómez, ⁴Hospital Infantil de México Federico Gómez, ⁵Unidad de investigación en endocrinología y nutrición Hospital Infantil Federico Gómez.

Introducción

La DM es una patología multifactorial, que experimenta crecimiento exponencial en población pediátrica, múltiples estudios evidencian que la DM2, predomina en población con ingresos bajos (9.1%) en contraste con los de altos ingresos (2.2%), estos hallazgos resaltan la carga desproporcionada de diabetes según el nivel socioeconómico; en México el 10.7% de pobreza extrema corresponde a menores de edad, y carecemos de estudios que evidencien esta influencia.

Objetivo

Evaluar la asociación entre el nivel socioeconómico y el fenotipo de Diabetes Mellitus tipo 2 en la población pediátrica.

Material y Métodos

Transversal, comparativo, 2 cohortes 2013 y 2018, ambos sexos, de 8 a 7 años con diagnóstico de DM2. Se aplicó cuestionario AMAI para medir nivel socioeconómico, se realizó antropometría; con 12 horas de ayuno se midió glucosa, HbA1C, perfil lipídico, péptido C e insulina. Se utilizó estadística descriptiva, X², t de Student para muestras independientes, considerando valor de P<0.05 como estadísticamente significativo.

Resultados

Se incluyeron 151 pacientes: 47 (2013) y 104 (2018). Respecto al fenotipo clínico; el Z score del IMC no muestra diferencias estadísticamente significativas, pero sí en cifras tensionales (sistólica y diastólica), siendo más altas en el grupo del 2018, con NSE más bajos con p= 0.004 y p= 0.005 respectivamente. Sobre el fenotipo bioquímico se evidenció agotamiento de la célula beta, con niveles de péptido C más bajos en 2018 respecto a 2013 con diferencia estadísticamente significativa p=0.01, y mayor proporción de complicaciones (hipertrigliceridemia, hipoalfalipoproteínemia). A su vez se evidenció que el grupo de 2018 presentó un incremento del 26,9% en sujetos con NSE bajo y alto-bajo en comparación con 2013 (8,5% y 21.3% respectivamente), con diferencia estadísticamente significativa (p=0.023).

Conclusiones

Este estudio asoció fuertemente el NSE a fenotipos bioquímicos más agresivos de DM2 en la población infantil, sugerimos que el NSE es un factor importante y comúnmente omitido y merece mayor investigación.

Palabras clave:

Diabetes Mellitus tipo 2, Nivel socioeconómico, Adolescentes, Fenotipo bioquímico.



Cartel No.30

ASOCIACIÓN ENTRE RIAO (REAL HIAPP AMYLOID OLIGOMERS) Y ADIPOCINAS: LEPTINA Y ADIPONECTINA, COMO MARCADORES TEMPRANOS DE DAÑO DE CÉLULA B EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Talavera Díaz Andrea³, Blanco Uriarte Miguel Ángel, Camacho Castillo Luz del Carmen, Carvajal Aguilera Karla Guadalupe, Murata Chiharu Murata, Altamirano Bustamante Myriam M.², Revilla Monsalve Cristina², Garrido Magaña Eulalia Piedad¹, Rojas Gerardo², Ruíz Reyes María de la Luz, Calzada León Raúl, Altamirano Bustamante Nelly Francisca, Guadarrama Zenteno Saira Elesva
¹Centro Médico Nacional Siglo XXI, ²Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, ³Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

El proceso de coagregación de RIAO desencadena mecanismos que provocan un desequilibrio de la proteostasis y daño celular. RIAO es un marcador temprano de insuficiencia de células beta en pacientes con obesidad y diabetes. La leptina y la adiponectina son biomarcadores con un papel crucial en la regulación del metabolismo.

Objetivo

Identificar la asociación entre RIAO con leptina y adiponectina, en pacientes con DM2 en comparación con pacientes con obesidad, DM1 y un grupo control.

Material y Métodos

Pacientes diagnosticados con DM2, DM1 u obesidad en la base de datos de las Clínicas de Diabetes del Instituto Nacional de Pediatría, Hospital Pediátrico CMN SXXI y Hospital Infantil "Federico Gómez" de 2013 a 2020. Muestra por conveniencia. Medición de RIAO por inmuno ensayo indirecto(ELISA);determinación de adiponectina y leptina mediante kit Invitrogen Human ELISA. Se buscaron asociaciones entre RIAO con adiponectina y leptina con modelos de regresión lineal y mixtos. Los valores de p se calcularon mediante la prueba de chi-cuadrado para variables categóricas y la prueba de Welch para variables dependientes continuas. El análisis estadístico se realizó utilizando JMP versión 11.1.

Resultados

Participaron 38 sujetos, edad promedio $12,8 \pm 2,8,9$ años. Los valores de RIAO fueron significativamente mayores en pacientes con diabetes mellitus en comparación con los controles ($p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en la edad, la concentración de leptina o adiponectina. Al analizar la asociación de RIAO con adipocinas, se concluyó que sólo la leptina aumenta en 0,09 ng/ml por cada unidad de aumento de la RIAO en pacientes con DM2 [$r^2 = 0,35$, $\beta 0,089$, $p = 0,02$].

Conclusiones

Se encontró asociación de RIAO con leptina en sujetos con DM2. Estos hallazgos sugieren que la leptina desempeña un papel como factor protector en la progresión de la DM2.

Palabras clave:

Pediátricos, RIAO, leptina, adiponectina



Cartel No.31

EFFECTO DE LA METFORMINA SOBRE EJE TIROTROPO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

Zamora Martínez Roxanna Mareth³, Molina Díaz Jorge Mario¹, Martínez Ambrosio Antonia²

¹Departamento endocrinología Hospital Infantil de México Federico Gómez, ²Departamento enfermería servicio endocrinología Hospital Infantil de México Federico Gómez, ³Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Introducción

La metformina es uno de los medicamentos de primera línea para tratamiento de DM2 en población pediátrica. En la última década múltiples estudios sugieren un efecto reductor de TSH pues se ha demostrado que inhibe la AMPK hipotalámica, que participa en la regulación del eje TRH-TSH, sin embargo, se carece de evidencia de este efecto en población pediátrica.

Objetivo

Determinar el efecto de la monoterapia con metformina sobre eje tirotropo en pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 2.

Material y Métodos

Estudio transversal, comparativo, incluyendo 40 pacientes (24 expuestos/16 no expuestos), ambos sexos, de 10 a 17 años. Se realizó cuestionario sobre tratamiento actual, tiempo de administración, dosis, y adherencia al fármaco, se realizó antropometría; con 8 horas de ayuno se midió glucosa, HbA1C, péptido C, perfil lipídico, insulina y perfil tiroideo (TSH, T4L, T4T, T3T). Se realizó pruebas de normalidad con shapiro-Wilk, para análisis de variables no paramétricas se utilizó U Mann Whitney. Los datos fueron analizados usando SSPSS. V 23.

Resultados

No se evidenciaron diferencias estadísticas significativas en cuanto a los niveles de TSH en ambos grupos con valor de P estadísticamente no significativo 0.68.

Conclusiones

La metformina no se asoció con cambios en los niveles de TSH en pacientes eutiroideos, destacando su alto perfil de seguridad. Sigue siendo incierto si el uso de metformina se asocia a un mayor riesgo de niveles bajos de TSH en pacientes con otras patologías tiroideas en la población pediátrica, como se evidenció ampliamente en población adulta. Se necesitan más estudios para evaluar su importancia clínica a nivel tiroideo en este grupo etareo.

Palabras clave:

Diabetes Mellitus tipo 2, Metformina, Perfil tiroideo.



Cartel No.32

FACTORES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES SOBREVIVIENTES DE CÁNCER INFANTIL.

Rojas Rodríguez Ingry Katherine², Méndez Barrios Cintia Dayana¹, Contreras Bonilla Denise Dayana¹, Orellana Valiente Claudia Patricia¹, Talavera Díaz Andrea¹, Ruíz Reyes María de la Luz¹, Altamirano Bustamante Nelly Francisca¹, Guadarrama Zenteno Saira Elesva¹, Calzada León Raúl¹

¹Institución Nacional de Pediatría, ²Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

La supervivencia del cáncer infantil ha incrementado en las últimas décadas, con el surgimiento de patologías crónicas como obesidad y síndrome metabólico.

Objetivo

Determinar la sensibilidad y especificidad del IMC vs índice cintura/talla para diagnóstico de obesidad y factores asociados al síndrome metabólico (SM).

Material y Métodos

Se analizaron 103 pacientes, antecedentes familiares, tratamiento oncológico, antropometría y laboratorios, se aplicaron criterios de IDF para SM y tablas del CDC para obesidad e índice cintura/talla. Los datos fueron analizados en SPSS 21 utilizando Chi² y U de Mann-Whitney, se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados

Se incluyeron 62 hombres y 41 mujeres. Los cánceres más frecuentes: tumor cerebral 39.8%, leucemia linfoblástica aguda 17.5% y linfoma de Hodgkin 17.5%. Se encontró obesidad por IMC $\geq$ a la centila 95 en 21 pacientes (20%) y por índice cintura/talla ≥ 0.5 en 48 (46.6%). En total fueron 16 (15.5%) sobrevivientes con SM, 8 mujeres y 8 hombres (RR 0.66; IC 95% 0.2-1.6; $p=0.4$). Las diferencias entre los grupos con y sin SM fueron, respectivamente: Significativo: antecedente familiares de diabetes mellitus (14 vs 37; RR 7.1; IC 95% 1.7-29.8; $p < 0.001$) y obesidad (7 vs 5; RR 5.8; IC 95% 2.6-12.9; $p < 0.001$). Edad (15.3 $\pm$ 2.2 vs 13.6 $\pm$ 3.3 años; $p=0.05$), y no significativos: tiempo de tratamiento (1.2 $\pm$ 1.2 vs 1.3 $\pm$ 1, años; $p=0.67$), años de remisión (5.2 $\pm$ 3.8 vs 5.1 $\pm$ 2.9 años; $p=0.76$), tumor cerebral [7 vs 34 (sin significancia entre astrocitomas, germinomas, ependimomas y gliomas); RR 1, 17; IC 95% 0.4-2.9; $p=0.78$], linfoma de Hodgkin (3 vs 15; RR 1, 09; IC 95% 0.3-3.4; $p=1$), leucemia linfoblástica aguda (2 vs 16; RR 0.6; IC 95% 0.1-2.7; $p=0.7$). 87 pacientes recibieron quimioterapia (13 vs 74; RR 0.79; IC 95% 0.25-2.4; $p=0.71$) y 48 radioterapia a cráneo (20.6 $\pm$ 23 vs 20.4 $\pm$ 24.2 Gy; $p=0.90$), esteroides en 73 pacientes (9 vs 64; RR 0.52; IC 95% 0.21-1.28; $p=0.23$). Los pacientes con SM 8 tenían IMC $\geq$ p95 (RR 3; IC 95% 2.06-3.58; $p=0.04$; S: 50% y E: 85%) y 16 índice cintura/talla ≥ 0.5 (RR 9, 07; IC 95% 1.13-72.62; $p < 0.01$; S: 100% y E: 63%).

Conclusiones

En este estudio, 16 (15.5%) casos tienen SM que se asocia con el antecedente familiar de diabetes mellitus y obesidad. Se recomienda utilizar índice cintura/talla para el diagnóstico de obesidad, lo anterior probablemente debido a que la asociación de quimioterapia y uso crónico de esteroides puede disminuir la masa magra de los pacientes.

Palabras clave:

Sobrevivientes de neoplasia, obesidad y síndrome metabólico.



Cartel No.33

CONCORDANCIA ENTRE LA AUTOPERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CALCULADO EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD.

Domínguez Rodríguez Tania Paulina¹, Meléndez Flores Gilberto²
¹Hospital General de Zona No. 2 IMSS, ²Hospital General Regional No. 66 IMSS.

Introducción

Para definir la autopercepción de un individuo, se han utilizado métodos de siluetas corporales, donde el entrevistado debe elegir cuál es la silueta que más se parece a la forma de su cuerpo. López et. al. concluyeron que en el 74 % de los adolescentes, la autopercepción de la imagen corporal no corresponde a su índice de masa corporal (IMC). El método de siluetas corporales, diseñado y validado por Stunkard muestra nueve siluetas corporales, permitiendo la medición de la imagen corporal de forma fiable y sencilla. La cual ha sido validada en México desde 2009 por Cortés-Martínez et. al.

Objetivo

Determinar la concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal con el IMC calculado en adolescentes con obesidad.

Material y Métodos

Estudio transversal, descriptivo, en el que se incluyeron 93 pacientes de 10 a 17 años de edad, con diagnóstico de obesidad. Se analizaron los datos mediante estadística descriptiva. La concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el IMC calculado se realizó con la determinación con el índice Kappa de Cohen.

Resultados Incluyendo a los 93 pacientes adolescentes con diagnóstico de obesidad, con un promedio de IMC de 32.7. Encontrándose que la autopercepción de la imagen corporal no corresponde con el IMC calculado en un 44.1%. Se encontró ligera concordancia entre la autopercepción de la imagen corporal y el IMC calculado, con un índice de Kappa de Cohen (κ) (0.129), con valor de ($P=0.015$), lo cual resulta estadísticamente significativo.

Conclusiones

Se concluye que las siluetas de Stunkard, validada en México desde 2009 por Cortés-Martínez et. al. con IMC correspondiente, es un excelente instrumento de evaluación para detectar alteraciones en la autopercepción de la imagen corporal en los pacientes adolescentes con obesidad, sobre todo para aquellos que requieran una intervención más agresiva en cuanto a tratamiento y manejo multidisciplinario.

Palabras clave:

Obesidad, autopercepción, imagen corporal, IMC, concordancia.



Cartel No.34

ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON OBESIDAD EN MÉXICO.

Fuentes Corona Zandy Faith¹, Villanueva Ortega Eréndira², Garibay Nieto Nayely²

¹Hospital General de México, ²Unidad de Bienestar Infantil Hospital General de México.

Introducción La obesidad está asociada a alteraciones del aparato locomotor que deben ser identificadas para brindar una prescripción de ejercicio adecuada, evitar secuelas y mejorar su calidad de vida. Existe poca información respecto a la prevalencia de estas manifestaciones en población infantil.

Objetivo

Identificar la prevalencia de alteraciones musculoesqueléticas relacionadas con obesidad en niños y adolescentes que acuden a la consulta de la Unidad de Bienestar Infantil del Hospital General de México y evaluar si están asociadas a mayor grado de obesidad.

Material y Métodos

Estudio transversal, descriptivo y analítico. Se estudiaron a niños y adolescentes con sobrepeso/obesidad que acudieron a evaluación por Medicina del Deporte del 2021 - 2023. Se registró la presencia de dolor articular, deformidades articulares y enfermedad ortopédica diagnosticada. El análisis estadístico se realizó mediante software SPSS v28. La estadística descriptiva para las variables cuantitativas se reportó en medias y desviaciones estándar, para variables categóricas se reportó frecuencias y porcentajes. Se realizó test de Chi cuadrada para evaluar la asociación entre el grado de obesidad y la frecuencia de las alteraciones musculoesqueléticas, se consideró significancia estadística con un error alfa < 0.05.

Resultados

Incluimos a 349 niños, entre 4 y 17 años, la media de edad fue 12 años. Un 23.5% presentó sobrepeso, un 55.3% obesidad clase I, y obesidad extrema un 21.2 %. Las alteraciones musculoesqueléticas más frecuentes fueron de miembros inferiores: valgo de rodillas en un 60.5%, pie plano 36.4%, pie cavo 7.2%, genu recurvatum 5.4%, gonalgia y dolor en planta del pie 2.3%. El 87% de los pacientes tiene al menos una alteración musculoesquelética. El valgo de rodillas y el pie plano fueron proporcionales al grado de Obesidad.

Conclusiones

Existe una alta prevalencia de repercusiones musculoesqueléticas de la obesidad en niños y adolescentes. El grado de obesidad se asoció con un mayor número de alteraciones musculoesqueléticas.

Palabras clave:

Obesidad, alteraciones musculoesqueléticas.



Cartel No.35

COMPARACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE ÁCIDO ÚRICO Y ENZIMAS HEPÁTICAS EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO.

Escamilla Castañeda Karene Mariela¹, Zurita Cruz Jessie Nallely²
¹, ²Universidad Nacional Autónoma de México Unidad de Investigación Clínica.

Introducción

Se ha identificado relación entre niveles elevados de enzimas hepáticas y ácido úrico con la presencia de síndrome metabólico (SM) en población pediátrica.

Objetivo

Comparar los niveles séricos de enzimas hepáticas y ácido úrico entre adolescentes con y sin SM.

Material y Métodos

Estudio transversal en adolescentes con obesidad (10 y 18 años). Se analizaron datos somatométricos, insulina, perfil lipídico, ácido úrico y enzimas hepáticas. Análisis estadístico: se utilizó t de Student o la prueba de Chi-cuadrado para evaluar diferencias entre grupos.

Resultados

Se incluyeron un total de 1095 adolescentes con obesidad (444 con SM y 651 sin SM). El grupo con SM tuvo un IMC mayor (con SM 2.3 vs. sin SM 2.1 $p < 0.001$). La proporción de ALT (40.5% vs. 29.5%, $p=0.029$) y ácido úrico alterado (58.1% vs. 45.6%, $p=0.019$) fue mayor en el grupo con SM.

Conclusiones

Los niveles séricos de ALT, AST y ácido úrico en adolescentes con obesidad y SM fueron mayores en comparación a aquellos sin SM. La ALT alterada fue un factor de riesgo para SM.

Palabras clave:

Obesidad, enzimas hepáticas, síndrome metabólico, adolescente.



Cartel No.36

TRAYECTORIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE REFERENCIA EN SALUD MENTAL.

Castilla Peón María³, Zavaleta Ramírez Patricia², Echeveste Navarrete Juliana¹

¹Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, ²Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro,

³Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro.

Introducción

Existe sobreposición entre algunas enfermedades psiquiátricas y la obesidad. Los factores involucrados en esta asociación son múltiples y la causalidad podría ser multidireccional. Describir la trayectoria de peso y buscar asociaciones con factores relacionados con la morbilidad psiquiátrica, contribuirá a entender los mecanismos compartidos entre estos dos grupos de afecciones.

Objetivo

El objetivo principal fue describir la trayectoria del índice de masa corporal estandarizado (z-IMC) de los niños y adolescentes ingresados en un centro psiquiátrico de referencia en Ciudad de México según su diagnóstico y uso de medicamentos. El objetivo secundario fue comparar z-BMI entre usuarios y no usuarios de antipsicóticos.

Material y Métodos

Este es un estudio de cohorte retrolectiva. Se registraron el diagnóstico psiquiátrico, los medicamentos recetados, y el peso y la talla documentados en el expediente en cada una de sus visitas.

Resultados

La mediana del z-IMC basal de los 129 casos analizados fue de 0,88 (rango intercuartil [RIC]: 0–1,92), y la prevalencia de exceso de peso (obesidad o sobrepeso) fue 46,8 %. Al final del seguimiento (mediana 50,3 semanas), el cambio medio en z-IMC fue -0,09 (RIC: -0,68 a 0,42). Los usuarios nuevos de antipsicóticos a largo plazo (n = 29) tuvieron un aumento en su z-IMC, en contraste con los que nunca lo usaron (diferencia media de 0,73, p=0,01) y a usuarios previos (diferencia de mediana 0,92, p=0,047). Los 59 sujetos con exceso de peso al ingreso tuvieron un cambio mediano en el IMC z de -0,39 (RIC: -0,81 a -0,04). Entre los pacientes con exceso de peso y depresión, hubo una mayor disminución del z-IMC en los usuarios de sertralina (n=13) en comparación con los usuarios de fluoxetina (n=15) (mediana -0,65 vs. 0,21, p<0,001).

Conclusiones

Los nuevos usuarios de antipsicóticos a largo plazo aumentaron significativamente sus IMC. Los pacientes con trastornos depresivos y obesidad que reciben tratamiento con sertralina tienden a disminuir su z-IMC.

Palabras clave:

Agentes antipsicóticos, índice de masa corporal, cohorte, trastornos mentales, obesidad.



Cartel No.37

CORRELACIÓN DEL ESTUDIO IDEFICS (IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD INDUCIDOS POR LA DIETA Y EL ESTILO DE VIDA EN NIÑOS) E ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/HDL COMO PREDICTORES DE SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS DE 6 A 10 AÑOS.

García Silva Giselle Valeria¹, Molina Díaz Darío Jorge Mario², Dávila Sotelo Elisa Lizbeth⁴, Guerra Escalera Norberto², Argüelles Martínez Ángel Antonio², Pachicano Leal Juan Luis Tadeo³

¹, ²Hospital Infantil de México Federico Gómez, ³ISSSTE Constitución, ⁴ISSSTE Regional Monterrey.

Introducción

Actualmente no existe consenso de Síndrome Metabólico para población infantil, surgiendo IDEFICS en el 2014 con criterios para establecer el riesgo de SM clasificando dos grupos: grado de monitorización y grado de intervención. En México no se cuenta con criterios para población infantil como IDEFICS, sin embargo, se cuenta con el índice triglicéridos/HDL, recurso fácil y propuesto para identificar riesgo cardiovascular.

Objetivo

Evaluar la correlación del IDEFICS con índice triglicéridos/HDL para diagnóstico de SM en niños de 6 a 10 años.

Material y Métodos

Estudio transversal analítico incluyendo a niños de ambos sexos de 6 años a 10 años. Se utilizaron criterios establecidos por IDF para SM. Un grupo con síndrome metabólico y sin síndrome metabólico para realizar la correlación del índice triglicéridos/HDL e IDEFICS, utilizando la fórmula de Pearson.

Resultados

Un total de 69 pacientes fueron incluidos la media de edad de la población fue de 102.59 ± 17.21 meses (72-131), 49.28% (n=34) de la población fue de sexo masculino y 50.72% (n=35) sexo femenino. En relación con el índice triglicéridos/HDL la media fue de 1.99 ± 0.90 (0.71-7.28), 1.82 ± 0.52 para el grupo sin síndrome metabólico y 2.10 ± 1.07 para el grupo con síndrome metabólico ($p=0.106$), En relación con IDEFICS la media fue de 6.88 ± 1.52 puntos (3-11.4 puntos) con media de $95.84 \pm 3.64\%$; 39.13% (n=27) con clasificación normal, 24.64% (n=17) para monitorización y 36.23% (n=25) que requirieron intervención, se encontró diferencia estadísticamente significativa en el puntaje obtenido con IDEFICS /MetsScore entre pacientes que presentaron y no presentaron SM (5.97 vs 7.50, respectivamente, $p=0.000$). El índice triglicéridos/HDL e IDEFICS obtuvo una correlación significativa directamente proporcional de 0.5724 ($r=0.5724, p=0.000$).

Conclusiones

Los resultados establecieron una prevalencia de síndrome metabólico mediante IDEFICS del 59.42% en niños de 6-10 años, así mismo establecieron una correlación entre IDEFICS e índice TG/HDL.

Palabras clave:

Síndrome Metabólicos, niños, IDEFICS, índice triglicéridos/HDL.



Cartel No.38

NUEVAS TERAPIAS EN HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA: REPORTE DE CASO.

Madriz Prado Ramon⁴, Ordoñez Rojas ilse³, Vázquez Galeana José Antonio¹, Ramos Avellaneda Leticia¹, Ochoa Romero Oscar², Ramos Avellaneda Leticia¹
¹Hospital Militar de Especialidades de la Mujer y Neonatología, ²Instituto Mexicano del Seguro Social, ³Unidad de Especialidades Médicas, ⁴Unidad de Especialidades Médicas SEDENA.

Introducción

Se detalla el caso clínico de un paciente pediátrico con antecedentes familiares de hipercolesterolemia y enfermedades cardiovasculares prematuras. A lo largo de su tratamiento, se han enfrentado múltiples desafíos para controlar su perfil lipídico, a pesar del uso de terapias avanzadas.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

El principal objetivo de este estudio de caso es evaluar las diferentes estrategias terapéuticas implementadas para manejar la hipercolesterolemia severa y sus complicaciones asociadas en un contexto pediátrico. Justificación: La relevancia de este caso radica en la profundidad y severidad de la hipercolesterolemia desde una edad temprana, destacando la importancia del manejo clínico temprano y agresivo en pacientes con alto riesgo genético.

Descripción del caso

Paciente masculino diagnosticado con hipercolesterolemia familiar a los 5 años, mostrando niveles extremadamente altos de colesterol LDL (799 mg/dL), presencia de xantomas subcutáneos que condicionan durante evolución incapacidad funcional y trastorno depresivo. Manejo inicial con estatinas de alta potencia y ezetimibe sin lograr objetivos terapéuticos. El estudio genético reveló las variantes patogénicas en el receptor de LDL en paciente índice (c.249delTinsGG, p.C109R), en la madre: p.C109R y en el padre c.249delTinsGG, esta última reportada por primera vez en la literatura. A pesar de tratamientos intensivos, incluyendo dieta CHIL2, fármacos hipolipemiantes, anticuerpos monoclonales y aféresis de LDL, el control del perfil lipídico ha sido desafiante. Se encuentra en protocolo de trasplante hepático. Se logró gestionar el acceso a evinacumab logrando disminución promedio del 50% de colesterol LDL.

Conclusiones

El manejo de la hipercolesterolemia grave en pediatría requiere un enfoque multidisciplinario y personalizado, iniciando estatinas de alta potencia en dosis altas al momento del diagnóstico, agregando ezetimibe, inhibidores de PCSK9. Terapias que muestran adecuado perfil de seguridad en población pediátrica. La incorporación de nuevos tratamientos como anticuerpos monoclonales como evinacumab ha mostrado beneficios, aunque su acceso y sostenibilidad pueden representar un reto. Su efectividad puede evitar realizar trasplante hepático.

Palabras clave:

Hipercolesterolemia familiar, pediatría, tratamientos avanzados, resistencia terapéutica, variantes patogénicas.



Cartel No.39

PRIMER CASO DE HIPERLIPOPROTEINEMIA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO HOMOCIGOTO PARA DEFICIENCIA DE APOC-II Y LA DEFICIENCIA DE LCAT.

Aguilar López Karla María¹, Carrillo Nieto Rosa Itzel, Ríos Solís Yazmín Guadalupe, Guadarrama Zenteno Saira Elesva, Ruíz Reyes María de la Luz, Altamirano Bustamante Nelly Francisca, Calzada León Raúl

¹Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

Las mutaciones en el gen de la lecitín-colesterol aciltransferasa (LCAT) dan niveles bajos de colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y triglicéridos (TG) elevados. Los homocigotos o heterocigotos compuestos se clasifican en síndromes de deficiencia familiar de LCAT y enfermedad de ojo de pez, generando alto riesgo cardiovascular. La hipertrigliceridemia primaria es un trastorno autosómico recesivo por mutación en el gen Apo C-II (Apolipoproteína C2), que no aumenta el riesgo cardiovascular, pero sí el riesgo de pancreatitis aguda. La frecuencia aislada de estas condiciones es de 1:1,000,000 nacidos vivos, no se ha descrito ningún caso en el que ambas condiciones ocurran en el mismo individuo.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentamos el primer caso reportado de dislipidemia mixta secundaria a dos variantes patogénicas en el mismo paciente, una condición rara.

Descripción del caso

Varón de 6 años con consanguinidad y endogamia (primos hermanos por parte paterna). Ambos padres con hipertrigliceridemia no controlada. Referido a los 41 días de edad por TG de 2790 mg/dL, HDL 22 mg/dL, manejado con infusión de insulina a 0.01 UI/kg/hora con excelente respuesta, reduciendo los TG a 164 mg/dL en 36 horas. Se realizó un panel genético, identificando hiperlipoproteinemia homocigota debido a deficiencia de APOC II (variante patogénica en OMIM#207750) y deficiencia de LCAT (variante patogénica en OMIM#245900), causando pérdida de función en ambos. Se reporta que ambos padres son heterocigotos para ambas variantes patogénicas. Con baja adherencia al tratamiento dietético (dieta según protocolo de quilomiconemia, L-carnitina, Omega 3) con TG 1500 mg/dL, HDL 10 mg/dL, manejado con bezafibrato 200 mg/día con respuesta parcial, sin complicaciones metabólicas hasta el momento.

Conclusiones Hasta donde conocemos es el primer reporte de mutación homocigota en ambos genes (APOC2 y LCAT), generando un fenotipo de mayor severidad y a una edad más temprana, limitando así las opciones terapéuticas en el paciente.

Palabras clave:

Lípidos.



Cartel No.40

SÍNDROME DE QUILOMICRONEMIA FAMILIAR TIPO 1-C EN PEDIATRÍA.

Muñoz Quiroz Ana Fernanda¹, Molina Díaz Darío Jorge Mario¹, Izquierdo Hernández Carlos¹, Pérez Quintanilla Ana Marsella¹
¹Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Introducción

La quilomicronemia familiar (SQM), se caracteriza por la presencia de quilomicrones tras un período de ayuno o trigliceridemia severa (>1000 mg/dL) a consecuencia de un déficit total o parcial de la función de la lipoprotein lipasa (LPL) o de cofactores congénito o adquirido. SQM tipo 1-C no tiene una causa genética identificada y se relaciona con una inhibición plasmática de la LPL. Encontrando reportados 22 pacientes en la literatura de los cuáles 9 son pacientes pediátricos.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

El objetivo es presentar un caso de quilomicronemia tipo 1-C en la población pediátrica, lo cual representa un reto diagnóstico para el endocrinólogo pediatra.

Descripción del caso

Femenino de 5 años 2 meses, referida por sospecha de SQM. Madre sana y padre con diagnóstico de asma e hipercolesterolemia heterocigota (CT: 229.8 mg/dL). Sin consanguinidad. Hija única. Presenta dolor abdominal y pancreatitis recurrente desde el año de edad, con evidencia de hipertrigliceridemia de 901 mg/dL hasta 2480 mg/dL (ayuno). Resultado negativo para panel de genes LPL, GPIHBP1, Apo A5/C2 y LMF1 implicados en el metabolismo de los lípidos. Sin nuevos eventos de pancreatitis al inicio de tratamiento con fibratos y omega 3, mostrando descenso de triglicéridos a 877 mg/dL. Posteriormente se realiza secuenciación de exoma (WES 184) negativo, considerando probable quilomicronemia familiar subtipo IC.

Conclusiones

Paciente con características de SQM, sin identificación de variantes genéticas en los paneles de genes ni en el exoma, por lo que puede clasificarse como 1-C. Se sospecha que la paciente puede tener anticuerpos bloqueadores de ciertas proteínas que participan en el metabolismo de los triglicéridos por lo cual se continúa ampliando el abordaje. Existe poca evidencia sobre el SQM tipo 1-c, sin embargo, se debe considerar ante la presencia de SQM sin una causa explicable o identificable con el objetivo de reducir complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Palabras clave:

Dislipidemia primaria, Síndrome de quilomicronemia familiar tipo IC.



Cartel No.41

HIPERTRIGLICERIDEMIA FAMILIAR POR MUTACIÓN EN APO C-II, REPORTE DE UN CASO.

Aguinzaca Yaguache Karla del Rocío¹, Molina Díaz Darío Jorge Mario¹, Arguelles Martinez Angel Antonio¹

¹Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Introducción

La hipertigliceridemia familiar es un trastorno autosómico recesivo, poco frecuente, con riesgo elevado de mortalidad, se identifica en la infancia debido a hipertrigliceridemia severa y pancreatitis aguda recurrente. El diagnóstico se realiza mediante triglicéridos >1000 mg/dL y pruebas genéticas.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Describir el caso de un lactante con hipertrigliceridemia familiar secundario a mutación en APO C- II, y su respuesta a la intervención nutricional instaurada.

Descripción del caso

Lactante de 2 meses de edad, sin antecedentes prenatales de importancia, padres aparentemente sanos y hermana de 20 años con hipertrigliceridemia desde el nacimiento. Inició su padecimiento con fiebre, distensión abdominal, hepatomegalia y xantomas cutáneos localizados en región frontal. Ingresó a urgencias donde se tomó perfil lipídico obteniendo valores anormales: triglicéridos 5,404 mg/dl, colesterol 1,140 mg/dl, c-LDL 397 mg/dl y c-HDL 17.8 mg/dl. La ecografía abdominal mostró dilatación del colédoco, sin embargo, en su evolución no desarrolló pancreatitis. El paciente fue diagnosticado de quilomicronemia familiar por variante en APOC2 confirmado mediante prueba genética. Durante su estancia hospitalaria recibió manejo con infusión de insulina y dieta de ácidos grasos de cadena media con marcada mejoría clínica y bioquímica.

Conclusiones

La quilomicronemia familiar es una enfermedad infrecuente pero relevante, con un profundo impacto médico y social, que debe sospecharse, detectarse y tratarse oportunamente, para reducir la morbilidad y mortalidad.

Palabras clave:

Hipertrigliceridemia, pancreatitis, hipercolesterolemia.



Cartel No.42

REPORTE DE CASO: OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA COMO PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE DE CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES.

Reyes Gómez Gabriela¹, Hernández Rodríguez Rafael¹, Solano Morales Manuel Alejandro¹, Delgadillo Ruano Martha Alicia¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El cáncer tiroideo es poco frecuente en la infancia con una prevalencia de 0.5%-1%. La mayoría se presentan asintomáticos, con bocio o nódulo tiroideo. La invasión traqueal con obstrucción de la vía aérea es sumamente extraño en edad pediátrica, provocando retraso en el diagnóstico oportuno.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentación de caso clínico de adolescente con cáncer tiroideo y síntomas obstructivos de vía aérea.

Descripción del caso

Femenino de 15 años, inicia en 2021 con neumonía por COVID-19, con múltiples hospitalizaciones por cuadros de accesos de tos y disnea, iniciándose abordaje para neumopatía crónica y tuberculosis en 2023, con evolución insidiosa. Clínicamente con fiebre intermitente, pérdida de peso no cuantificada, en tratamiento con montelukast, salbutamol y antibioticoterapia. Exploración física: palidez generalizada, polipnea, adenopatía cervical IIA y IIB bilateral, dura, móvil, no dolorosa, sin bocio. Tomografía de tórax y cuello reportando proceso ocupativo difuso en espacio visceral del cuello infrahioideo de aspecto irregular y pérdida de estructura aproximadamente de 46 x 31 x 26 mm, infiltración al lóbulo tiroideo derecho, que condiciona estenosis severa focal en la tráquea del 80%, además de linfadenopatías cervicales de predominio derecho de aspecto infiltrativo, ambos pulmones con patrón micronodular de distribución miliar. Cuenta con perfil tiroideo TSH 1.12 mUI/L T4L 1.39 ng/dL T3L 1.83 pg/mL. Se realiza por oncocirugía pediátrica tiroidectomía total y disección radical de cuello, además de traqueostomía por pérdida de la arquitectura de la vía respiratoria debido a la extensión de la lesión. El histopatológico reporta carcinoma papilar de tiroides multifocal invasor con patrón mixto.

Conclusiones

El cáncer tiroideo puede causar obstrucción respiratoria en 1 a 6.5% de adultos, con reportes de casos aislados en pediatría. Este caso muestra una causa infrecuente de obstrucción de la vía aérea con tos crónica y disnea debido al cáncer tiroideo. Es importante realizar un diagnóstico diferencial para mejorar la sobrevida de los pacientes.

Palabras clave:

Cáncer de tiroides, obstrucción vía aérea, disnea.



Cartel No.43

CARCINOMA PAPILAR DE ALTO RIESGO, VARIANTE CRIBIFORME-MORULAR METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

León Vázquez Pedro Alberto¹, Delgadillo Ruano Martha Alicia, Solano Morales Manuel Alejandro, López Palomera Jorge David, Arroyo Becerril Paola Esperanza

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El carcinoma papilar de tiroides, variante cribiforme-morular es una variante infrecuente que corresponde al 0,1-0,2% de todos los cánceres tiroideos en la edad pediátrica, la paciente que presentamos además cursa con estado mixto de CAD Y EHH, posteriormente se confirma DM2; por lo que se ha descrito la asociación de la DM 2 en pacientes con ciertos tumores malignos.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Revisión en la literatura de los casos de CA papilar, cribiforme-morular metastásico en edad pediátrica y la asociación con DM2, debutando con un estado mixto, dado que son pocos los casos reportados en la literatura médica pediátrica son necesarios su documentación y estudio.

Descripción del caso

Adolescente quien en diciembre de 2023 se identifica tumoración en cuello y en USG de cuello reporta nódulo tiroideo TIRADS 5, en hospital particular en Tepic se realiza tiroidectomía total y egresada el 12-01-24 con reporte histopatológico QX-RRMV-24 de carcinoma papilar, variante cribiforme-morular. Sin embargo el día 17.01.24 debuta con presentación mixta de cuadro de CADeEHH, posterior a la resolución del evento se recaban resultados de anticuerpos antiGAD65 (0.27 U/ml) anticuerpos antiinsulina (1.21 U/ml) y péptido C (0.71 ng/ml), por lo que se diagnostica como diabetes mellitus tipo 2 y se deja manejo médico.

Conclusiones

Este tipo de variante se puede presentar como una forma esporádica o asociado a poliposis adenomatosa familiar, sin embargo se ha documentado su aparición incluso 4-5 años posterior al diagnóstico, ya que la presencia de receptores estrogénicos y de progesterona como promotores del crecimiento tumoral explican la fuerte predisposición a presentarse en mujeres jóvenes con PAF. Además si presenta factores de riesgo para DM 2; Se han descrito además ciertos tumores malignos en estos pacientes explicadas por algunas teorías como lesiones por estrés oxidativo, agregación de diversos factores inflamatorios, aumento del factor de necrosis tumoral α , hiperglucemia y resistencia a la insulina.

Palabras clave:

Carcinoma papilar de tiroides, variante cribiforme-morular, diabetes mellitus tipo 2, estado mixto con cetoacidosis diabética y estado hiperosmolar hiperglucémico, poliposis adenomatosa familiar.



Cartel No.44

ÍNDICE DEL DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR/ DIÁMETRO TRANSVERSAL EN NÓDULOS TIROIDEOS Y SU RELACIÓN CON MALIGNIDAD EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DE LA UMAE HOSPITAL GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA" CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA.

PINEDA OCHOA DAMARIS YAZBECK¹, TORRES CASTAÑEDA MAYRA CRISTINA², BUSTAMANTE FLORES ADITI KINARI²

¹HOSPITAL GENERAL "DR GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA" CENTRO MÉDICO NACIONAL ,

²HOSPITAL GENERAL "DR GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA" CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA.

Introducción El cáncer de tiroides representa entre el 0.5% a 13% de las neoplasias malignas en pediatría. Los niños con malignidad tiroidea tienen mayor incidencia de metástasis a distancia al diagnóstico, así como mayores tasas de recurrencia. El ultrasonido utiliza características de riesgo descritas en adultos y aplicadas a niños. Una de estas es la "forma más alta que ancha" del nódulo mediante la relación AP/T (diámetro anteroposterior sobre transversal) ≥ 1 . Sin embargo, en pediatría no existen medidas estandarizadas de AP/T para predecir malignidad, haciendo necesario corroborar el índice AP/T como herramienta diagnóstica en nódulos sospechosos de malignidad en esta población.

Objetivo

Evaluar la relación del índice del diámetro AP/T ≥ 1 en nódulos tiroideos con diagnóstico de malignidad en pacientes pediátricos.

Material y Métodos

Estudio analítico, observacional, retrospectivo en pacientes pediátricos de 4-17 años (media 13 años) con nódulos tiroideos, desde enero 2016 a diciembre 2022. Se identificaron registros de consulta externa con diagnósticos de nódulos tiroideos. Se realizó Chi cuadrada para asociación entre índice AP/T ≥ 1 y la presencia de malignidad.

Resultados

De 34 pacientes con índice AP/T ≥ 1 , 70.6% fueron diagnosticados con malignidad. De 34 pacientes con índice AP/T < 1 , 67.6% no presentaron malignidad. Esto sugiere una mayor proporción de nódulos malignos con índice AP/T ≥ 1 . Los cálculos mostraron una sensibilidad de 0.69, especificidad 0.7, VPP de 0.71 y VPN 0.68. Todos los valores p fueron menores que 0.05, indicando una asociación estadísticamente significativa entre malignidad y un índice AP/T ≥ 1 , con una d de Somers de 0.383.

Conclusiones

La relación significativa entre el índice AP/T y la presencia de malignidad en nódulos tiroideos pediátricos apoya su uso como un indicador diagnóstico, similar a los hallazgos reportados en estudios de adultos. Esto justifica el uso del índice AP/T como herramienta diagnóstica en la evaluación de riesgo en esta población.

Palabras clave:

Nódulo tiroideo, malignidad.



Cartel No.45

AGRANULOCITOSIS ASOCIADA A ANTITIROIDEO Y FALLA MULTIORGÁNICA. UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.

Poot Chi Carlos Abdiel¹, Prieto Hernández Michelle Aurora², Delgadillo Ruano Martha², López Palomera Jorge David²

¹, ²Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

La neutropenia es un evento adverso reconocido asociado con los antitiroideos (ATD), que también puede ocurrir en el hipertiroidismo autoinmune (HAI) no tratado. En cambio, la agranulocitosis es un evento adverso raro de ATD, que ocurren en el 0,1%-0,5% de los casos con Enfermedad de Graves (EG).

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Documentar el curso clínico atípico de una paciente con agranulocitosis y enfermedad de Graves, su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Descripción del caso

Femenino de 15 años con EG, hospitalizada por fiebre recurrente y neutropenia profunda, atribuida a Tiamazol. Laboratorios iniciales TSH 0.01 uUI/ml, T4L 3.42 ng/dl, T3T 188 ng/dl. Hb 10.7, Hto 32.3%, Leucocitos 800, Neutrófilos 20, Linfocitos 760, Plaquetas 271'000. Durante su estancia cursó con agranulocitosis (leucopenia, neutropenia grave), anemia, mucositis grado II, colon neutropénico, disfunción hepática, coagulación intravascular diseminada, crisis convulsivas. Se trató con colestiramina, inmunoglobulina, ciclosporina y filgrastim. Se documentó infección activa por Virus de Epstein Barr (VEB). Para la resolución de la Enfermedad de Graves se optó por tiroidectomía total, con evolución satisfactoria y recuperación del recuento de neutrófilos.

Conclusiones

La neutropenia y la agranulocitosis son complicaciones raras pero graves asociadas con los medicamentos (ATD), así como el hipertiroidismo autoinmune (HAI), no tratado. Este estudio documenta la aparición de manifestaciones clínicas de tirotoxicosis, asociadas a la presencia de neutropenia, donde se abordaron diferentes etiologías, como infecciones virales y neoplasias malignas hematológicas, concluyendo etiología multifactorial por ATD e infección por virus Epstein Barr. Este caso resalta la importancia del tratamiento médico de segunda línea, para la estabilización de la enfermedad de Graves, cuando existe contraindicación absoluta del uso de ATD, previo al tratamiento definitivo.

Palabras clave:

Enfermedad de Graves, Agranulocitosis.



Cartel No.46

ETIOLOGÍA ESTRUCTURAL Y SU CORRELACIÓN CON PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Sánchez Córdova Karla Fabiola¹, Sevilla Domingo Manuel², Rodríguez Martínez Herlinda Graciela¹, Flores Escamilla Rosalba¹, Huerta Martínez Hebert¹, Rivera Hernández Aleida de Jesús¹, Sánchez Robles Leticia, Pérez Romano Magdalena, Lugo Cardona Cynthia Mirelly

¹UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social, ²UMAE Hospital de Pediatría CMNSXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El hipotiroidismo congénito (HC) es la enfermedad congénita más común en México (1:1950). El 80-85% es causado por disgenesias, la ectopia es la más común (65%), seguida de atireosis (30%) y la tiroglobulina (Tg) se considera un marcador para valorar la presencia o ausencia de tejido tiroideo.

Objetivo

Identificar la etiología estructural por ultrasonido y correlacionarla con el nivel de TSH, T4 total, T4 libre y Tg en pacientes con HC menores de un año.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional, transversal y analítico. Población: Ambos sexos, menores de 1 año con HC. Se recabaron resultados de ultrasonido, nivel de TSH, Tg, T4L, T4T. Análisis estadístico, descriptivo: mediana, mínimo y máximo; analítico: prueba de Kruskal-Wallis para grupos no relacionados. Se realizó una regresión lineal simple para analizar la relación entre la concentración de Tg y de TSH por etiología. Se consideró estadísticamente significativa una $p \leq 0.05$.

Resultados

De 89 pacientes se incluyeron 53, que cumplieron criterios de selección. Hombres 69.8%, mediana de edad 48 días (11-65). Se dividió la muestra en 3 grupos de acuerdo con hallazgos ultrasonográficos: ectopia (3), hipoplasia (20) y agenesia (19). Análisis inferencial: el nivel de Tg entre los grupos mostró diferencia estadísticamente significativa $p=0.015$. La regresión lineal simple evidenció que el incremento de TSH predecía un incremento en Tg ($R=1.0$, $R^2=0.99$, $p=0.018$), solo en pacientes con ectopia.

Conclusiones

En nuestra serie de HC, la etiología por ultrasonido más frecuente fue hipoplasia (37%), la cual difiere de lo reportado en la literatura (ectopia). En el análisis inferencial comparativo de los grupos (hipoplasia, agenesia y ectopia) las concentraciones de Tg mostraron diferencia estadística entre los grupos de estudio ($p=0.015$) y en la regresión lineal el nivel de TSH predijo el de Tg ($r=1$), aunque, solo incluyó 3 pacientes.

Palabras clave:

Hipotiroidismo congénito (HC), Tiroglobulina (Tg).



Cartel No.47

TAMIZAJE DEL NEURODESARROLLO MEDIANTE PRUEBA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL (EDI) EN MENORES DE 5 AÑOS CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO.

Pérez Romano Magdalena, Sevilla Domingo Manuel², Rivera Hernández Aleida de Jesús, Huerta Martínez Hebert, Cortés Rodríguez Aarón², Sánchez Córdova Karla Fabiola², Madrigal González Mónica Margarita², Aguilar Medina Mariluis¹, Leonardo Salmerón Yeledi

¹Hospital General Regional No 1. Instituto Mexicano del Seguro Social. Delegación Yucatán.,

²UMAE Hospital de Pediatría CMNSXXI. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El hipotiroidismo congénito (HC) es la causa más común y prevenible de discapacidad intelectual. La prueba de EDI es útil para tamizar alteraciones en el neurodesarrollo global en <5 años, con sensibilidad (75-86%) y especificidad (54-67%). No existen publicaciones que hayan evaluado el EDI en estos pacientes.

Objetivo

Determinar la frecuencia de alteraciones en la prueba EDI, los ejes más afectados en pacientes con HC <5 años en un hospital de tercer nivel.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, transversal, analítico, observacional. Se incluyeron casos con HC <5 años, ambos sexos. Se recolectaron: variables antropométricas al nacer, edad al diagnóstico, tiempo de evolución, dosis media de levotiroxina, estado nutricional, perfil tiroideo al diagnóstico y al momento de evaluación EDI. Análisis descriptivo: frecuencias y medianas (RIQ). Inferencial: prueba de U de Mann Whitney para variables no paramétricas y T de student para paramétricas, considerándose estadísticamente significativa $p < 0.05$.

Resultados

De 84 casos, <5 años, se incluyeron 30, que cumplieron criterios de inclusión. Sexo femenino 73.3%. Al diagnóstico: edad 27.5 días (RIQ 17,41.7), TSH 299 (RIQ 56.8,567.5), T4T 0.92 (RIQ 0.40,5.67), T4L 0.64 (RIQ 1.16, 1.79). Edad inicio tratamiento 21 (15,44.7 días). Al momento de EDI: edad 39 meses (22.7, 51.2), 80% eutróficos, TSH 4.46 (RIQ 1.19,10.5), T4T: 9.42 (RIQ: 8.43,11.07) T4L 1.50 (RIQ 1.16,1.79). EDI global: semáforo verde 20 pacientes (66.7%) y 10 amarillo (33.3%). Ejes más afectados: semáforo amarillo, motor grueso (MG) (40%), lenguaje (60%) y social (10%); con diferencia estadística significativa entre grupos de esferas motor grueso ($p 0.008$) y lenguaje ($p 0.001$).

Conclusiones

La frecuencia de tamizaje alterado en <5 años con HC fue del 30% y los ejes más afectados: MG y lenguaje; hallazgos mayor y similar a lo reportado en la literatura respectivamente.

Palabras clave:

Hipotiroidismo congénito, neurodesarrollo, EDI, TSH, Tamiz.



Cartel No.48

AGRANULOCITOSIS INDUCIDA POR TIAMAZOL UNA CONDICIÓN RARA, PERO DESAFIANTE. REPORTE DE CASO.

CASTELLANOS GONZALEZ CAROLINA¹, Hernández Rodríguez Rafael, León Vázquez Pedro Alberto, Delgadillo Ruano Martha A., López Palomera Jorge D.

¹UMAE. Hospital de Pediatría. Centro Médico Nacional de Occidente.

Introducción

Los agentes antitiroideos, son una clase de fármacos que se asocian a un alto riesgo de agranulocitosis. La agranulocitosis grave es definida como un recuento de granulocitos inferior a $<500 /\text{mL}$. Es una reacción adversa rara, se produce tan solo en el 0.1-0.25% de los pacientes con Enfermedad de Graves, pero potencialmente mortal.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentar un caso de Enfermedad de Graves complicada con agranulocitosis inducida por tiamazol requiriendo tratamiento definitivo con tiroidectomía total.

Descripción del caso

Femenina de 12 años. Peso 37 Kg, Talla 143 cm. Inicia con pérdida de peso, intolerancia al calor, nerviosismo, aumento de volumen en cuello y exoftalmos, valorada en abril 2022 con diagnóstico de Enfermedad de graves (TSH 0.002 mUI/ml, T4L 5.2ng/dl, T3L 20pg/ml), por lo que se inició tratamiento con tiamazol 0.54mg/kg/día, con pobre respuesta e incremento de dosis hasta 30mg/día. Presenta en Diciembre 2022 agranulocitosis severa $<40/\text{mL}$, requiriendo hospitalización en UTIP por neumonía y derrame pleural derecho, manejada con medidas de soporte, triple esquema antibiótico y factor estimulante de colonias de granulocitos, logrando su estabilización y egreso, sin embargo en Enero 2023 reingresa con cuadro inminente de crisis tirotóxica, TSH 0.001 mUI/ml, T4L 5.83 ng/dl, se trató con esteroide 2mg/kg/día, propranolol 3mg/kg/día y yodo inorgánico 100mg/día, se planteó inicialmente la posibilidad de tratamiento definitivo con Radio-yodo-131, sin embargo, por el volumen tiroideo (190 gr), se decidió como mejor opción terapéutica la Tiroidectomía total, la cual se realizó sin complicaciones.

Conclusiones

Aunque los casos de agranulocitosis son la mayoría de las veces muy esporádicos, es de gran importancia permanecer atento a los signos clínicos, al inicio y a lo largo del curso del tratamiento con fármacos antitiroideos, incluso a dosis bajas y después de años de administración continua, ya que este efecto adverso puede presentarse de forma abrupta e inesperada.

Palabras clave:

Agranulocitosis, Enfermedad de Graves, tiamazol.



Cartel No.49

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES ANTES Y DURANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA.

Márquez Sánchez Jessica¹, Aguilar López Karla María¹, Carrillo Nieto Rosa Itzel¹, Guadarrama Zenteno Saira Elesva¹, Ruíz Reyes María de la Luz¹, Altamirano Bustamante Nelly Francisca¹, Calzada León Raúl¹
¹Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

Durante de la pandemia por COVID 19 se describió un aumento en la incidencia de distintas enfermedades autoinmunes, incluyendo EG.

Objetivo

Comparar la incidencia, características clínicas, bioquímicas y ultrasonográficas de los pacientes con EG antes y durante la pandemia por COVID19 en el INP.

Material y Métodos

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes con hipertiroidismo asociado a bocio y oftalmopatía, y cuando fue posible, TSI positivos. Se dividieron en un grupo prepandemia (enero 2016–diciembre 2019), y un grupo pandemia (enero 2021–diciembre 2023). Se analizaron variables clínicas, bioquímicas y ultrasonográficas. Se realizó análisis estadístico descriptivo con frecuencias, porcentajes y medias; analítico con Chi cuadrada y U de Mann Whitney.

Resultados

En la etapa prepandemia hubo 37 casos nuevos de 12,699 consultas de primera vez (0.29%), y durante la pandemia 44 de 9,823 (0.44%) (p 0.2). Las características pre y durante la pandemia fueron: sexo femenino 67.5 vs 77%, edad 12.1±3 vs 11±3.5 años, antecedentes familiares de enfermedad tiroidea 43.2 vs 45%, etapa puberal 70 vs 61%, bocio 100 vs 93.2%, pérdida de peso 86.5 vs 81.8%, exoftalmos 83.8 vs 81.8%, ansiedad 78.4 vs 75%, temblor 75.7 vs 72.7%, taquicardia 70.3 vs 84.1%, diaforesis 62.2 vs 34.1%, palpitaciones 62.2 vs 52.3%, diarrea 48.6 vs 31.8%, insomnio 35.1 vs 38.6%, volumen tiroideo 32.7±27.6cc vs 17.9±11.8cc, AcTPO(+) 84.8% vs 86-0% y AcTg(+) 48.4% vs 48.8%.

Conclusiones

Hubo una mayor incidencia de EG durante la pandemia por COVID 19, la edad fue menor y el volumen tiroideo menor, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Nuestras principales limitantes fueron no poder medir anticuerpos TSI en todos los pacientes y el tamaño de la muestra.

Palabras clave:

Enfermedad de Graves, COVID 19.



Cartel No.50

FEOCROMOCITOMA BILATERAL MALIGNO, EVOLUCIÓN RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: REPORTE DE CASO.

Reyes Gómez Gabriela¹, López Palomera Jorge David¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

El feocromocitoma, es una tumoración secretora de catecolaminas, forma parte de los tumores neuroendocrinos. Su incidencia es rara de 0.3 casos por cada millón de pacientes. La sobrevida en casos malignos a 5 años es menor del 40%.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentación de caso clínico de adolescente con evolución rápida de feocromocitoma bilateral.

Descripción del caso

Masculino de 17 años referido por tumoración suprarrenal. Antecedente de hermano de 22 años con resección de feocromocitoma unilateral izquierdo a los 6 años y de tía materna fallecida a los 13 años por tumoración suprarrenal unilateral derecha. Paciente inicia 2 meses previo con cefalea holocraneana esporádica que cede con analgésico. Se agrega dolor en área lumbar que se irradia a mesogastrio, astenia y adinamia con posterior incapacidad de mantenerse en bipedestación, y pérdida de peso de 10 kg. Se realiza tomografía contrastada que reporta nódulos pulmonares izquierdos, tumoración suprarrenal derecha de 56*53*52 mm, e izquierda de 95*94*76 mm. Inicia con hipertensión por lo que se indica manejo con alfa bloqueo. Se toma muestra de metanefrinas en orina: dopamina 480 mcg/24horas, catecolaminas totales 523.52 mcg/24horas, metanefrinas totales 394.66 mcg/24horas, catecolaminas en plasma: 1810 pg/ml. Se realiza suprarrenalectomía bilateral y vaciamiento ganglionar con resultado histopatológico de feocromocitoma bilateral metastásico a pulmón. Se indica inicio de quimioterapia por Oncología. Exploración física Peso: 53 kg Talla: 171 cm IMC: 18.1 T/A 123/77 FC 98, abdomen depresible dolor a palpación profunda en mesogastrio, genitales masculinos, tanner completo.

Conclusiones

Los feocromocitomas en edad pediátrica en su mayoría están relacionados a predisposición genética como la enfermedad de Von Hippel Lindau, neurofibromatosis tipo 1 y paraganglioma familiar. El diagnóstico se puede realizar como parte de estudios genéticos familiares. El tratamiento de elección es quirúrgico con riesgo de recidiva en pacientes jóvenes, enfermedad familiar y afectación bilateral. El seguimiento debe ser indefinido de manera multidisciplinaria.

Palabras clave:

Feocromocitoma bilateral, maligno, dolor abdominal.



Cartel No.51

TRISOMÍA 21 CON HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA POR MUTACIÓN DE 3BHS2. REPORTE DE CASO.

SALAS HERNÁNDEZ NORMA PATRICIA¹, MUÑOZ LANDEROS MARÍA FÁTIMA², BORDA RIVEROS CARLA JEORGINA²

¹SECRETARÍA DE SALUD, ²SECRETARÍA DE SALUD/ HOSPITAL PARA EL NIÑO POBLANO.

Introducción

La hiperplasia suprarrenal congénita por mutación de HSD3B2 es una entidad excepcional, con herencia AR. Abarca formas clásica y no clásica, déficit glucocorticoideo y subvirilización en varones. Prevalencia estimada de $<1/1000000$, mayor en familias consanguíneas.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Descripción de un caso de trisomía 21 con hiperplasia suprarrenal congénita por mutación de HSD3B2.

Descripción del caso

Paciente referido por ambigüedad genital. Producto de gesta 4, de término tras embarazo normoevolutivo. Padre y madre de 37 años. Tamiz neonatal sin alteraciones. Piel y mucosas hidratadas, tiroides eutrófica, Tanner 1/1, falo de 2cm, hipospadia mediopeneana, pseudointroito, gónadas palpables en pliegues labioescrotales, pigmentados, rugosos. Cariotipo 47 XY + 21 (20), trisomía 21; test de reserva con adecuada producción de testosterona (mayores a 1.4ng/ml, incremento de 1.8 veces respecto a basal), relación T/DHT <20 (nivel mayor de 14.1); TSH 5.89, T4T 11.1, T4L 1.15, T3L 7.18; Cortisol 6-10am: 5.9ug/dl; ACTH 35.69pg/ml; 17 α -hidrohipogesterona 3.51ng/ml; DHEA 4.09ng/ml (0.83-9.92); androstenediona 0.31ng/ml (0.02-0.29); mutación C.385G> A del gen HSD3B2, homocigoto, compatible a variante de HSC. Ultrasonido pélvico: criptorquidia bilateral+ testículos retráctiles + quiste de epidídimo izquierdo; uretroscopía, orquidopexia bilateral y biopsia reportando tejido testicular con microcalcificaciones. Sin estructuras müllerianas.

Conclusiones

Se describe caso de hiperplasia suprarrenal con etiología poco frecuente de observar, en paciente con cariotipo 47 XY (+21). Ante la presentación de ambigüedad genital Prader III, no esperado como parte de las malformaciones urogenitales en pacientes con trisomía 21 y cariotipo XY, se realiza abordaje de desorden de desarrollo sexual, estableciendo mutación en HSD3B2. Si bien en la literatura se describe la presencia de cuadros similares con un tamiz de sospecha por incrementos de 17 hidroxiprogesterona, este no fue el caso, sin embargo en resultados de precursores androgénicos se observa discreta elevación, probablemente secundaria a producción extra adrenal. El paciente no presenta alteración mineralocorticoide, posiblemente correspondiendo a un porcentaje menor de pérdida de actividad enzimática.

Palabras clave:

3- β -esteroide-deshidrogenasa, trisomía 21, hiperplasia suprarrenal congénita, mutación, ambigüedad de genitales.



Cartel No.52

TUMOR ADRENOCORTICAL PRODUCTOR DE ANDRÓGENOS EN UN LACTANTE, REPORTE DE UN CASO.

Argüelles Martínez Angel Antonio¹, De la Rosa Lorenzo Luis Raúl, Molina Díaz Darío Jorge Mario, Almanza Aranda Judith, Guerra Escalera Norberto, Ramón García Guillermo, Murillo Eliosa Juan Rafael, Aguinzaca Yaguache Karla del Rocío, García Silva Giselle Valeria
¹Hospital Infantil de México Dr. Federico Gómez.

Introducción

Los tumores adrenocorticales son una enfermedad rara en niños y adolescentes. Su incidencia máxima en la población pediátrica ocurre entre el nacimiento y los 4 años, y al momento de la presentación la mayoría de los niños muestran signos y síntomas de virilización, con o sin presencia de secreción de hormonas adrenocorticales. Por sus características histológicas se pueden clasificar como adenomas o carcinomas adrenocorticales; sin embargo, la predicción de malignidad durante el abordaje diagnóstico resulta difícil en pacientes pediátricos.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Presentación de tumor adrenocortical, predicción de riesgo de malignidad y reporte anatomopatológico e inmunohistoquímica.

Descripción del caso

Lactante femenino que presenta olor apocrino intenso desde los 2 meses de edad y pubarquia a los 13 meses de vida, con elevación de niveles de testosterona y dehidroepiandrosterona, a la que se realiza ecografía abdominal encontrando tumoración adrenal derecha, posteriormente se realiza tomografía simple y contrastada de abdomen, que reporta regular, bien definida, homogénea en fase simple, con reforzamiento heterogéneo al contraste de 5 x 4.6 x 5.2 centímetros, con 36.72 UH en promedio. Por sospecha de carcinoma adrenal se realiza adrenalectomía abierta exitosamente con posterior reporte anatomopatológico de neoplasia derivada de corteza adrenal derecha de 7 x 7 x 5 centímetros y peso de 65 gramos, con 3/9 puntos en los Criterios de Wieneke (Presencia de mitosis atípicas e invasión capsular y cortical) por lo que se establece el diagnóstico de tumor adrenocortical de potencial maligno incierto. Se realizará estudio de inmunohistoquímica mediante índice de proliferación Ki-67, para predecir el comportamiento de malignidad en este caso.

Conclusiones

Los tumores adrenocorticales son neoplasias infrecuentes en la infancia en las que la predicción de riesgo de malignidad permanece un reto hasta la actualidad.

Palabras clave:

Tumor Adrenocortical, Hiperandrogenismo, Adenoma Adrenocortical.



Cartel No.53

SÍNDROME IMAGE, REPORTE DE NUEVA VARIANTE PATOGENICA CON RESTRICCIÓN GRAVE DEL CRECIMIENTO.

Medina Serrano Julio Manuel¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

Vilain E. et al, describen en 1999, 3 casos caracterizados por restricción del crecimiento intrauterino, hipoplasia adrenal congénita, displasia metafisaria y anomalías genitales, con la creación del acrónimo (IMAGE)(1), posterior a ello se reportan 2 casos en Francia (2) y 4 casos en Buenos Aires, donde se realiza propuesta de herencia autosómica, que involucra transmisión materna (3), se han realizado reportes de casos con anomalías similares que sugieren síndrome IMAGE (4-9), es hasta el 2013 que Arboleda et al. realizan la propuesta de mutación en dominio de unión PNCA del gen CDKN1C con ganancia de función que causan alteraciones encontradas en síndrome IMAGE, principalmente restricción de crecimiento in útero (10, 11), aproximadamente se han reportado 25 casos en el mundo (12).

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Nueva variante patogénica c.820+2T>A con restricción grave del crecimiento intrauterino y posnatal, primer caso de Síndrome IMAGE en México.

Descripción del caso

Masculino, 4 años de edad, 35 SDG, cesárea, peso al nacer 1700 g, talla 35 cm, ambigüedad genital, choque e hipotensión a los 15 días de vida, se realiza tamiz y reporta 17 OHP: 0.93 nmol/L, en confirmatoria reporta 17 OHP: 0.65 ng/ml, ACTH: 1,041 pg/ml, cariotipo 46,XY+p. P: 8.250 kg; T: 71.5 cm, PC: 51 cm; P/E: p-3(-7.8 DS), T/E: p-3(-7.56 DS), IMC/E: p68, TA: 110/70 mmHg, Hiperpigmentación de encías y pliegues, fontanela posterior abierta 2 cm x 2 cm, paladar hendido, cuello corto, buena entrada y salida de aire, ruidos cardíacos rítmicos buen tono e intensidad, hipospadias penescrotal, escroto hendido, se palpa gónada derecha, llenado capilar 2 seg. Tratamiento 0.5 ml de prednisolona cada 12 hrs (26 mg m2sc), 150 mcg de fludrocortisona cada 12 hrs y 3 grs de sal diario. Fallecimiento a los 5 años de edad por Trauma craneoencefálico.

Conclusiones

Ante ambigüedad de genitales, hiperpigmentación, restricción del crecimiento intrauterino, displasia metafisaria, diagnóstico diferencial con Síndrome IMAGE.

Palabras clave:

RCIU, Hipoplasia adrenal, displasia metafisaria, anomalías genitales.



Cartel No.54

SÍNDROME TRIPLE X ASOCIADO A DEFICIENCIA AISLADA DE HORMONA DE CRECIMIENTO: REPORTE DE CASO.

Meléndez Flores Gilberto², Domínguez Rodríguez Tania Paulina¹

¹Hospital General de Zona No.2 IMSS, ²Hospital General Regional No. 66 IMSS.

Introducción

La trisomía X es una anomalía cromosómica sexual que se presenta con un fenotipo variable por la presencia adicional de un cromosoma X, siendo de las características físicas más comunes la talla alta.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Resaltar las características clínicas del síndrome triple X, con la presentación de un fenotipo no común del síndrome.

Descripción del caso

Escolar femenino de 6 años, que se valora por detención del crecimiento referida desde los 2 años, sin otros antecedentes de importancia. Se solicita cariotipo resultado 47 XXX[20]. Clínicamente con una talla baja con patrón de crecimiento atenuado y criterios auxiológicos para sospecha de deficiencia de hormona de crecimiento, talla puntación Z -5.1DE y edad ósea retrasada de 4 años. Concentraciones de IGBP3 1.2mg/l e IGF1 21 ng/ml (-2DE). Resonancia magnética con neurohipófisis ectópica e hipoplasia de tallo hipofisario. Se confirma deficiencia de hormona de crecimiento con prueba de estimulación con insulina presentado hipoglucemia 43 mg/dl en el minuto 15 y elevación de GH a los 30 minutos de 0.074 ng/ml.

Conclusiones

La trisomía X se asocia con un amplio espectro de alteraciones fenotípicas, detectándose solamente en el 10% de los casos y siendo lo más frecuente la aparición de talla alta, sin otras deficiencias a nivel hipofisario. En nuestro caso describimos un fenotipo de talla baja asociado con cariotipo 47XXX, detectando una deficiencia severa de la hormona de crecimiento aislada y con adecuada respuesta al tratamiento con GH. Existe en la literatura otro caso de talla baja asociado al síndrome trisomía X, en el cual se descarta la deficiencia de hormona de crecimiento, por lo que se describe el primer caso reportado de síndrome 47XXX asociado con la deficiencia. Este caso resalta la importancia de solicitar cariotipo para el estudio de talla baja en mujeres y ampliar el espectro clínico de alteraciones en pacientes con este síndrome.

Palabras clave:

Trisomía 47XXX, deficiencia de hormona de crecimiento.



Cartel No.55

SÍNDROME DE POLIENDOCRINOPATÍA AUTOINMUNE TIPO 1 AUTOSÓMICO DOMINANTE CON PENETRANCIA INCOMPLETA.

FLORES CASAS SANDRA¹, RETA GUERRERO SARAHI²

¹Genética Torreón, ²Hospital Municipal del Niño. Hospital Materno- Infantil SSA Durango México.

Introducción

El síndrome de Poliendocrinopatía Autoinmune tipo 1 (OMIM 240300), es una condición monogénica poco frecuente, cuyo diagnóstico clínico se realiza con la presencia de al menos 2 de 3 características principales: candidiasis mucocutánea crónica, hipoparatiroidismo e insuficiencia adrenal (1,2). Inicialmente considerada una condición autosómica recesiva, recientemente se han reportado familias con mutaciones heterocigotas con dominancia negativa y fenotipos que varían desde inmunodeficiencia hasta asintomáticos (3,4).

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Reportar una variante nueva en AIRE, que sigue un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia incompleta.

Descripción del caso

Masculino de 9 a 10 m de edad, atendido por infección de vías respiratorias altas, sin respuesta a tratamiento. Evolución tórpida, ingresó a urgencias con hipotensión arterial (TA 59/25mmHg), pigmentación cutánea ocre de piel, hipotrófico, alopecia, Tanner púbico y testicular I, hiponatremia severa, hiperkalemia e hipoglucemia (Na 85mg/dL, K 7.2mg/dL, glucosa sérica 27mg/dL), iniciando reposición intensiva. Un año previo presentó incremento progresivo del tinte ocre de piel, caída de vello corporal y candidiasis oral (cultivo+). Cortisol sérico <1.00.

Conclusiones

En nuestro conocimiento, se trata de la primer familia reportada en la literatura con esta variante. El asesoramiento genético y abordaje molecular integral en las familias con esta condición, además de brindar riesgo de recurrencia, permite la identificación de individuos asintomáticos, y la posibilidad de profundizar en posibles mecanismos subyacentes a la protección o susceptibilidad para el desarrollo de la enfermedad, como paso inicial para la búsqueda de blancos terapéuticos específicos.

Palabras clave:

Addison, poliendocrinopatía autoinmune, AIRE.



Cartel No.56

TERATOMA MEDIASTINAL PRODUCTOR DE GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA-B (HCG-B): UNA CAUSA POCO COMÚN DE PUBERTAD PRECOZ PERIFÉRICA.

Prieto Hernández Michelle Aurora¹, Solano Morales Manuel Alejandro¹

¹Instituto Mexicano del Seguro Social.

Introducción

La pubertad precoz en varones, se define como la aparición de caracteres sexuales secundarios antes de los 9 años de edad, entendidos como el aumento del volumen testicular ≥ 4 mL, se reconocen dos tipos: central y periférica. La pubertad precoz periférica es una condición rara en la infancia, y aún más rara en los niños. Los tumores de células germinales productores de hCG- β pueden producir pubertad precoz periférica, debido al estímulo de la hCG- β sobre el receptor de LH.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Describir el caso de un paciente con pubertad precoz periférica debido a un teratoma mediastinal secretor de hCG- β . Hasta la fecha no existe casos de reportes de caso de teratomas en población pediátrica mexicana, como causa de pubertad precoz periférica.

Descripción del caso

Escolar masculino de 8 años presenta pubarca y crecimiento peneano, tos productiva, fiebre no cuantificada, polipnea, disnea que progresa a disnea de pequeños esfuerzos, asimetría torácica. TAC torácica: gran masa heterogénea componente mixto (calcificación, quístico y sólido), en hemitórax izquierdo, desplaza línea media y estructuras mediastinales, colapsa pulmón izquierdo. Exploración física: desarrollo de caracteres sexuales, Tanner 2 gonadal (volumen testicular izquierdo 5.4cc y derecho 4.4cc), púbico 3, longitud de pene 7cm. Paraclínicos: edad ósea de catorce años, testosterona total 900 ng/dL, DHEAS 35.4 ug/dL, LH 0 mUI/mL, FSH <0.05 mUI/mL, hCG- β 313.4 mU/mL, AFP 8,24 ng/mL.

Conclusiones

Los tumores germinales productores de hCG- β son una causa rara de pubertad precoz, más aún los teratomas mediastínicos, representando el 7-10% de los teratomas extragonadales, la mayoría no presentan síntomas, una pequeña proporción de teratomas produce hCG- β . Por lo que su conocimiento ofrece un tratamiento oportuno quirúrgico como causa de pubertad precoz.

Palabras clave:

Pubertad precoz, pubertad precoz periférica, tumor de células germinales, teratoma mediastinal, gonadotropina coriónica humana.



Cartel No.57

SÍNDROME DE FRASIER EN UN PACIENTE CON ALTERACIONES DEL GEN SRD5A2: REPORTE DE CASO.

Muñoz Quiroz Ana Fernanda¹, Molina Díaz Darío Jorge Mario¹, Pérez Quintanilla Ana Marsella¹, Izquierdo Hernández Carlos¹

¹Hospital Infantil de México Federico Gómez.

Introducción

El síndrome de Frasier es ocasionado por trastornos del gen supresor tumoral 1 (WT1) fundamental en el desarrollo urogenital y renal. Este síndrome está caracterizado por alteraciones en el desarrollo testicular, síndrome nefrótico corticorresistente con alto riesgo de desarrollar gonadoblastoma y tumor de Wilms.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Describir un paciente con desarrollo sexual diferente (DSD) con fenotipo de deficiencia de 5 alfa reductasa, que mostró dos variantes del gen SRD5A2 sin embargo posteriormente presentó alteraciones renales por lo que se decide secuenciar exoma reportándose una variante patogénica en heterocigosis en el gen WT1.

Descripción del caso

Paciente conocido desde la etapa neonatal por DSD, caracterizado por falo de 2 cm, seno urogenital y estructuras labioescrotales hiperpigmentadas. Ultrasonido pélvico sin evidencia de gónadas, 17-OH-progesterona: 80 ng/dl, Testosterona: 58.8 ng/dl. DHEAS: 32.3 ug/dl y Androstenediona: 2.10 ng/ml. Cariotipo 46 XY. Curva de estimulación con HGC: relación DHT /T: 51.8. Estudio molecular en homocigosis para SRD5A2 (g:31805706G -> CSNP: rs523349. pLeu89Val). LAPE con reporte de histopatología con restos Mülllerianos y sin presencia de tejido gonadal. A los 10 años presenta síndrome nefrótico corticorresistente, biopsia renal con glomeruloesclerosis focal y segmentaria. Ante esto se realizó una ampliación del abordaje con secuenciación de exoma identificando una variante patogénica en heterocigosis en el gen WT1 (NM_024426.4: c.1447+5G>A) que confirmó el diagnóstico.

Conclusiones

En este caso a pesar de que el fenotipo e incluso las pruebas bioquímicas orientaban a una deficiencia de 5 alfa reductasa, deben tomarse en consideración otros datos clínicos que pudieran orientarnos a condiciones sindrómicas como el caso del Síndrome de Frasier. Por la presencia del síndrome nefrótico corticorresistente se amplió la secuenciación encontrándose alteración en el gen WT1. Sin embargo, no se descarta que estas variantes pudieran llegar a tener una disminución en la actividad de la enzima 5 alfa reductasa, llegando a traslapar los datos clínicos.

Palabras clave:

Disgenesia gonadal XY, síndrome de Frasier, WT1, nefropatía.



Cartel No.58

PACIENTE CON DESARROLLO SEXUAL DIFERENTE 47,XXY/46,XX.

Rojas Rodríguez Ingry Katherine², Hernández Portillo Ivania Lourdes¹, Ruíz Reyes María de la Luz¹, Altamirano Bustamante Nelly Francisca¹, Guadarrama Zenteno Saira Elesva¹, Calzada León Raúl¹
¹Institución Nacional de Pediatría, ²Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción

El síndrome de Klinefelter es una aneuploidía común de los cromosomas sexuales, encontrándose en cerca del 80% de los casos el cariotipo 47,XXY y en el resto de los pacientes, mosaicos cromosómicos.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Se describen los hallazgos clínicos, citogenéticos, hormonales, radiológicos, quirúrgicos e histopatológicos de un paciente con en el Desarrollo Sexual Diferente (DSD) y cariotipo 47,XXY/46,XX.

Descripción del caso

Paciente de 6 años de edad, registrado social y civilmente como masculino. Es referido por criptorquidia derecha e hipospadia. A la exploración presenta falo 5cm de longitud con hipospadia pene escrotal, pliegues labioescrotales asimétricos, gónada izquierda descendida de 1.36cc, gónada derecha en tercio superior de canal inguinal. Cariotipo de sangre periférica 47,XXY[6]/46,XX[19]. Pruebas de estímulo gonadal: Gonadotropina coriónica humana con elevación máxima de testosterona a 42ng/dl, menopropina menopáusicas con nivel máximo de estradiol de 86pg/ml. Ultrasonido con Müllarianos y gónada derecha en tercio superior de canal inguinal con aspecto heterogéneo e imágenes quísticas. Genitograma: Seno urogenital con bifurcación 12mm de orificio uretral. Por Laparoscopia se describe gónada intra abdominal derecha con útero herniado en el canal inguinal ipsilateral, los cuales se disecan. No se explora quirúrgicamente la gónada izquierda. Histopatología: Tejido ovárico dominante con folículos primordiales y en maduración, foco con elementos sugestivos de células de Sertoli, útero rudimentario con trompa de Falopio y estructura con morfología de conducto deferente. Se realiza cariotipo de gónada derecha reportando 47,XXY[2]/46,XX[25]. Se encuentra pendiente realizar nueva prueba de estímulo con menopropinas para evaluar la existencia de tejido ovárico funcional en la gónada residual.

Conclusiones

El mosaicismo 47,XXY/46,XX con DSD Ovotesticular y características compatibles con Síndrome de Klinefelter es inusual y hasta el momento se han publicado 16 casos en la literatura. En pacientes con DSD y fórmula cromosómica 47,XXY/46,XX se debe descartar el diagnóstico de DSD Ovotesticular.

Palabras clave:

Klinefelter, DSD Ovotesticular, Mosaicismo.



Cartel No.59

DEFICIENCIA DE 5-ALFA REDUCTASA CON REASIGNACIÓN DE GÉNERO: REPORTE DE CASO.

Domínguez Rodríguez Tania Paulina¹, Meléndez Flores Gilberto²

¹Hospital General de Zona No. 2 IMSS, ²Hospital General Regional No. 66 IMSS.

Introducción

La deficiencia de 5- α reductasa es un trastorno del desarrollo sexual, cariotipo 46, XY, con patrón de herencia autosómico recesivo. Es causado por mutaciones en el gen esteroide 5- α -reductasa 2 ubicado en el cromosoma 2p23. La prevalencia de este trastorno se desconoce.

Objetivo y justificación de la presentación del caso(s)

Describir el diagnóstico de deficiencia de 5-alfa reductasa, así como la asignación de género, tratamiento e implicaciones.

Descripción del caso

Paciente con asignación de género femenino, de 9 meses de edad. Padres sin antecedentes de consanguinidad. Exploración física: genitales externos aparentemente femeninos, con elevación de tejido suprapúbico, palpación de gónadas de manera bilateral a nivel de canal inguinal, pliegues labioescrotales prominentes, ligeramente hiperpigmentados, tubérculo genital de 1 cm de longitud, 2 orificios a nivel central, meato urinario con relación a tubérculo genital, con aparente introito vaginal. -Cariotipo: 46, XY. Ecografía pélvica e inguinal: Imágenes compatibles con testículos en canal inguinal. Genitograma: Sin evidencia de estructuras Müllerianas. Prueba de estimulación con β -hCG: Testosterona total: <0.025 ng/ml Dihidrotestosterona: 0.08 ng/ml Relación Testosterona / DHT: 0.3125 Post estimulación: Testosterona total: 4.23 ng/ml Dihidrotestosterona: 0.1 ng/ml Relación Testosterona / DHT: 42.3 Orquiectomía a los 12 meses de edad, histopatológico normal. Genitograma: Sin evidencia de estructuras Müllerianas. Prueba de estimulación con β -hCG: Testosterona total: <0.025 ng/ml Dihidrotestosterona: 0.08 ng/ml Relación Testosterona / DHT: 0.3125 Post estimulación: Testosterona total: 4.23 ng/ml Dihidrotestosterona: 0.1 ng/ml Relación Testosterona / DHT: 42.3.

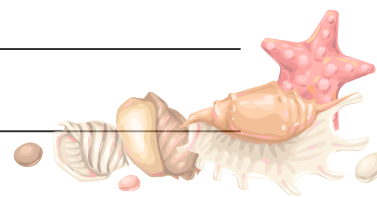
Conclusiones

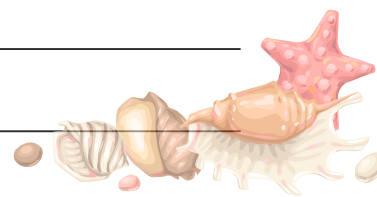
La asignación de género sigue siendo uno de los temas clínicamente más desafiantes en los trastornos del desarrollo sexual 46,XY. Particularmente en la deficiencia de 5-alfa reductasa tipo 2, dado que los genitales externos suelen estar poco virilizados al nacer. El desafío surge cuando se toman en cuenta los intereses futuros del paciente, los deseos de los padres y las recomendaciones del equipo médico.

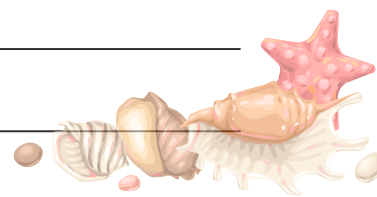
Palabras clave:

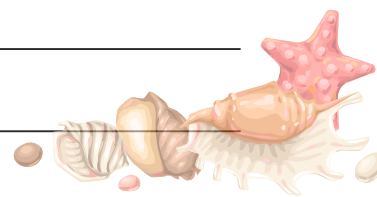
Deficiencia 5-alfa reductasa, asignación de género.











SANDOZ

MERCK

 **Abbott**

 **Pfizer**

sanofi


Asofarma
México

 **medix**


SOLUCIONES FARMACÉUTICAS

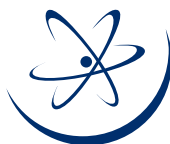

novo nordisk®

Medtronic

 **Roche**

MediHC
Medicamentos Especializados

 **lebenmedik**

 **LACLICSA**
LABORATORIOS

Este evento se lleva a cabo gracias a la participación entusiasta de la Industria Farmacéutica y de los Patrocinadores.