

XXX CONGRESO SEGHNP

BILBAO
25-27 abril

2024



Libro de Comunicaciones, Casos y Posters



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN
PEDIÁTRICA

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro pueden reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito del editor.

© 2024 ERGON®
C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)
C/ Berruete, 50. 08035 Barcelona
www.ergon.es

ISBN: 978-84-19955-38-8

JUNTA DIRECTIVA

Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica

Presidente	Javier Martín de Carpi
Secretario	Víctor Manuel Navas López
Tesorero	Ricardo Torres Peral
Vocales	Josefa Barrio Torres Ruth García Romero Cristina Molera Busoms Ana Moráis López

COMITÉ ORGANIZADOR

XXX Congreso de la SEGHP
Bilbao, del 25 al 27 de abril de 2024

Presidente	Iñaki Irastorza Terradillos
Secretaria	Helena Lorenzo Garrido
Vocales	Estela de la Calle Navarro Ariane Calvo Saez Lissette Delgado Sanzonetti Zuriñe García Casales Lucía Gavilán Santos María Legarda Tamara Pablo Oliver Goicolea Carlos Tutau Gómez

COMITÉ CIENTÍFICO

María Alós
Marina Álvarez
J. Vicente Arcos
María Jesús Balboa
Elena Balmaseda
Josefa Barrio
Patricia Barros
Adolfo Bautista
Miriam Blanco
Javier Blasco
Andrés Bodas
Gonzalo Botija
Carlos Bousoño
Vanessa Cabello
Iván Carabaño
Laurentina Carvallo
Isabel Casas
Esperanza Castejón
Elena Cernat
Elena Crehuá
Mariela De los Santos
Pablo Javier Ercoli
Haydee Expósito
Santiago Fernández
Lorena Fernández
Juan Pablo Ferrer
Rafael Galera
Gonzalo Galicia
Salvador García
Roger García
Marta García

Carmen García-Plata
Marta Germán
David Gil
Luis Grande
María Pilar Guallarte
Carolina Gutiérrez
Myriam Herrero
Loreto Hierro
Iñaki Irastorza
Carmen Jovani
Mercedes Juste
Enrique La Orden
María Legarda
María Dolores Lledín
Enrique Llerena
Helena Lorenzo
Johanna Martínez
Cecilia Martínez
Beatriz Martínez
Jorge Martínez
José Manuel Marugán
Silvia Meavilla
María Mercadal
Carmen Miranda
Mar Miserachs
Ana Moráis
Ana Moreno
José Manuel Moreno
Gema Muñoz
Mercedes Murray
Miriam Palacios
Laura Palomino

Consuelo Pedrón
Luis Peña
David Pérez
Begoña Pérez-Moneo
Neus Pociello
Begoña Polo
Gemma Pujol
María José Quiles
Juana Riera
María del Carmen Rivero
Silvia Rodríguez
Gerardo Rodríguez
Enriqueta Román
Antonio Rosell
Carlos Ruiz
Pablo Saez
José Carlos Salazar
Enrique Salcedo
César Sánchez
Félix Sánchez-Valverde
Óscar Segarra
Juliana Serrano
Alfonso Solar
Marta Soria
Ricardo Torres
Carlos Tutau
Justo Valverde
Rosmari Vázquez
Raquel Vecino
Marta Velasco
Isidro Vitoria

SUMARIO

MESA GASTROENTEROLOGÍA: COMUNICACIONES A LA MESA	7
MESA HEPATOLOGÍA: COMUNICACIONES A LA MESA	18
CASOS ENDOSCÓPICOS	27
COMUNICACIONES ORALES SIMULTÁNEAS	
GASTROENTEROLOGÍA	48
HEPATOLOGÍA	59
NUTRICIÓN	68
MESA NUTRICIÓN: COMUNICACIONES A LA MESA	77
COMUNICACIONES BREVES	
GASTROENTEROLOGÍA 1	88
GASTROENTEROLOGÍA 2	101
GASTROENTEROLOGÍA 3	120
NUTRICIÓN	131
NUTRICIÓN-HEPATOLOGÍA	142
POSTERS	
GASTROENTEROLOGÍA	154
NUTRICIÓN	170
HEPATOLOGÍA	185
ÍNDICE DE AUTORES	193

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS MODULADORES DE CFTR EN LOS NIVELES DE VITAMINAS LIPOSOLUBLES EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA.

Crehuá Gaudiza E¹, González Jiménez D², Vicente Santamaría S³, Álvarez Beltrán M⁴, Martín Fernández C⁵, Tutau Gómez C⁶, Loverdos Eserverri I⁷, García Romero R⁸, Torcuato Rubio E⁹, Del Brío Castillo R¹⁰, Garriga García M³, Gascón Galindo C³, Gutiérrez Martínez JR², Castro Millán AM¹⁰, Sierra San Nicolás S¹⁰, Ortiz Pérez P⁹, García Volpe C¹¹, Salcedo Lobato E¹², De la Mano Hernández A⁵, Fernández González SM¹³, Peña Quintana L¹⁴ y Grupo de trabajo de FQ y páncreas de la SEGHP. ¹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Unidad Fibrosis Quística. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁶Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. ⁷Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ⁸Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ¹⁰Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ¹¹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital San Joan de Déu. Barcelona. ¹²Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹³Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Coruña. ¹⁴Unidad de Fibrosis Quística. Servicio Pediatría. Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil de Las Palmas.

Objetivos. Analizar el efecto del tratamiento con moduladores de CFTR en los niveles séricos de vitaminas liposolubles en pacientes con fibrosis quística (FQ).

Material y métodos. Estudio prospectivo y multicéntrico del grupo de trabajo de FQ de la SEGHP de una cohorte de pacientes con FQ en tratamiento con moduladores de CFTR. Se recogieron datos descriptivos, y se analizaron los niveles de vitaminas liposolubles basales, a los 6 y 12 meses. Se analizaron dos grupos: pacientes con doble terapia –lumacaftor/ivacaftor o tezacaftor/ivacaftor– y con triple terapia –lexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI)–. Datos recogidos mediante REDcap. Análisis estadístico con Stata V13.0. t de Student para medidas repetidas y Test de McNemar.

Resultados. Se incluyeron 224 pacientes con una mediana de edad de 14 años (RI 11,4-16,3), 53,8% varones y 62% homocigotos para DF508. El 66,5% diagnosticados mediante *screening* neonatal, y el 11% tenían antecedente de íleo meconial. El 90,6% presentaban insuficiencia pancreática exocrina y el 37,8% enfermedad hepática asociada. En el grupo ETI (173 pacientes), el cambio estimado (IC 95%) de la 25-OH-vitamina D a los 6 y 12 meses fue de 4,5 ng/ml (2,5-6,4) ($p < 0,00001$) y 4,3 ng/ml (1,8-6,9) ($p = 0,0010$) respectivamente. En el grupo con doble terapia (51 pacientes) los cambios no fueron significativos. Respecto a la vitamina A, en el grupo con ETI el incremento a los 6 y a los 12 meses fue de 7,7 $\mu\text{g/dl}$ (5,1-10,4) ($p < 0,00001$) y 7,4 $\mu\text{g/dl}$ (4,3-10,5) ($p < 0,0001$), mientras que en el grupo con doble terapia a los 6 meses fue de 2,8 $\mu\text{g/dl}$ (0,5 -5,1) ($p = 0,0173$). En el grupo ETI la proporción de pacientes con niveles insuficientes de vitamina D (< 30 ng/ml) disminuyó progresivamente: basal 64% vs 45% a los 6 meses ($p = 0,0003$) y a los 12 meses: 61% vs 48% ($p = 0,0288$). También disminuyó la deficiencia de vitamina D (< 20 ng/ml): basal 23% vs 6 meses 10% ($p = 0,0037$) y a los 12 meses 28% vs 15% ($p = 0,0072$). Las deficiencias de vitamina A disminuyeron: basal 21% vs 6% a los 6 meses ($p = 0,034$) y aumentó la proporción de pacientes con niveles de retinol por encima del límite superior del 3% al inicio vs 11% a los 6 meses ($p = 0,0117$). No encontramos cambios significativos en los pacientes con doble terapia ni en los niveles de vitamina E.

Conclusiones. El tratamiento con ETI produce un incremento significativo de los niveles de vitaminas D y A a los 6 meses del inicio del tratamiento, manteniéndose a los 12 meses. En pacientes con doble terapia aumenta la vitamina A, pero en menor medida. El aumento de los pacientes con niveles potencialmente tóxicos de retinol sugiere la necesidad de monitorizar sus niveles séricos precozmente tras iniciar tratamiento con ETI.

EFICACIA DE LAS TERAPIAS CON BISMUTO EN LA ERRADICACIÓN DE *H. PYLORI*. DATOS DEL REGISTRO RENIHP. Cilleruelo Pascual ML¹, Martínez Escribano B², Cuadrado Caballero C³, Soria López M⁴, Urruzuno Tellería P⁵, Botija Arcos G⁶, Fernández Fernández S⁷, Vecino López R⁸, Martínez Osorio J⁹, Gallardo Padilla M¹⁰, Galicia Poblet G¹¹, Montravela Querol M¹², González-Lamuño Sanchís C¹³, Fernández González SM¹⁴, Fernández Ventureira V¹⁵, Balmaseda Serrano EM¹⁶, Puente Ubierna N¹⁷, Alonso Pérez N¹⁸, Rendo Vázquez A¹⁹, Cid París E²⁰, Alonso Vicente C²¹, García Romero R²², Ortolà Castells X²³, Vegas Álvarez AM²⁴, Lorenzo Garrido H²⁵, Grande Herrero L²⁶, Díaz Martín JJ²⁷, Jovani Casano C²⁸, Torres Peral R²⁹, Arcos Machancoses JV³⁰, Oliver Goicolea P³¹. ¹H. Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ²H. Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ³H. Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴H. Universitario HM Montepíncipe. Madrid. ⁵H. Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶H. Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. ⁷H. Universitario Severo Ochoa. Madrid. ⁸H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ⁹H. Sant Joan de Déu. Barcelona. ¹⁰H. Universitario Infanta Elena. Madrid. ¹¹H. Universitario de Guadalajara. ¹²H. Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹³H. Universitario de León. ¹⁴Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ¹⁵H. Universitario Joan XXIII. Tarragona. ¹⁶Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ¹⁷H. Universitario Niño Jesús. Madrid. ¹⁸H. Universitario Infanta Cristina. Madrid. ¹⁹Complejo Hospitalario Universitario de Orense. ²⁰H. Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²¹H. Clínico Universitario. Valladolid. ²²H. Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²³H. HM Nens. Barcelona. ²⁴H. Universitario Pío del Río Ortega. Valladolid. ²⁵H. Universitario de Basurto. Bilbao. ²⁶H. Universitario de Getafe. Madrid. ²⁷H. Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²⁸H. General Universitario de Castellón. ²⁹H. Universitario de Salamanca. ³⁰H. Clínico Universitario. Valencia. ³¹H. de Mendaro. Guipúzcoa.

Introducción y objetivos. Las guías sobre el manejo de la infección por *H. pylori* recomiendan el uso de una cuádruple terapia con bismuto en niños si se desconoce la sensibilidad antimicrobiana o en casos de doble resistencia a claritromicina y metronidazol. Sin embargo, la escasa disponibilidad del bismuto en muchos países hace que existan muy pocos estudios acerca de su eficacia en niños. El objetivo principal del estudio es valorar la eficacia de las terapias que incluyen bismuto en las tasas de erradicación de *H. pylori*.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo multicéntrico, incluyendo todos los pacientes del registro español de niños con infección por *H. pylori* (RENIHp) tratados con bismuto. El registro incluye tanto pacientes con cultivo y antibiograma como pacientes en los que no se ha realizado cultivo o este no es válido, pero que han sido tratados y tienen control de erradicación.

Resultados. El registro RENIHp incluye 682 pacientes de 31 centros de 10 comunidades autónomas diferentes. 38 pacientes (55,6% mujeres) recibieron tratamiento con bismuto. Los pacientes tratados con bismuto tenían una edad media de 12,6 años (\pm 2,9DS). El 50% habían recibido tratamiento erradicador previo sin éxito. En un 76,7% de los casos el tratamiento fue dirigido por antibiograma mientras que en el resto de los pacientes fue empírico ya que no disponían de cultivo y antibiograma. Las terapias en las que se usó el bismuto fueron: cuádruple terapia con amoxicilina y metronidazol (OBAM) 47,3%, cuádruple terapia con tetraciclina y metronidazol (OBTM) 34,2% y otras terapias en el 18,4%. La dosis media utilizada fue: 8,8 mg/kg (\pm 2,27DS). El 100% de los pacientes tratados con bismuto completaron el tratamiento sin abandonos o incumplimiento significativo. En los pacientes tratados con bismuto y con control de erradicación, la tasa global de erradicación fue de un 93,8% (IC95% 85,4%-100%). En los pacientes en los que se usó el tratamiento con bismuto de forma empírica (no disponían de cultivo y antibiograma) la tasa de erradicación fue de un 88,9% frente a una erradicación del 78,8% con el resto de los tratamientos empíricos ($p=0,445$). En los pacientes con doble resistencia a claritromicina y metronidazol ($n=26$) las tasas de erradicación en los pacientes tratados con cuádruples terapias con bismuto fue del 100%, frente a un 65% ($p=0,146$) para el resto de las terapias en las que no se incluía el bismuto.

Conclusiones. Nuestros datos sugieren que las terapias que incluyen bismuto son muy eficaces (tasas de erradicación > 90%) tanto para pacientes en los que no disponemos de cultivo como para aquellos con doble resistencias a claritromicina y metronidazol.

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO SOBRE LA EFICACIA DE *BIFIDOBACTERIUM LONGUM* KABP042 Y *PEDIOCOCCUS PENTOSACEUS* KABP041 VS. *LIMOSILACTOBACILLUS REUTERI* DSM17938 EN EL MANEJO DEL CÓLICO DEL LACTANTE. Rodríguez-Palmero M¹, Valverde Molina J², Aguiló García M¹, Moreno Villares JM³, Colomé Rivero G⁴, Soria López M⁵, Andrade Platas D⁶, Espadaler Mazo J¹. ¹AB-BIOTICS. ²Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. ³Clínica Universitaria de Navarra. Madrid. ⁴Hospital de Nens. HM Hospitales. Barcelona. ⁵Hospital HM Puerta Sur. Madrid. ⁶Hospital Médica Sur. México.

Objetivo. El cólico infantil está considerado un trastorno gastrointestinal funcional que afecta aproximadamente a un 20% de los niños de edad inferior a 3 meses y condiciona de forma importante la calidad de vida de las familias. *Bifidobacterium longum* KABP042 (CECT7894) y *Pediococcus pentosaceus* KABP041 (CECT8330) es una combinación de probióticos que demostró en un estudio anterior su capacidad de reducir los síntomas del cólico en un ensayo aleatorizado frente a placebo. El objetivo de este trabajo fue comparar la eficacia de esta formulación frente a *Limosilactobacillus reuteri* DSM17938 como producto ampliamente utilizado en esta indicación.

Material y métodos. Ensayo prospectivo, multicéntrico, simple ciego, realizado en España y México con recién nacidos a término de 2 a 12 semanas de edad que cumplían los criterios de ROMA IV para cólico infantil y estaban alimentados con leche materna o fórmula infantil (NCT05271747). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a formulaciones comerciales de *B. longum* KABP042 más *P. pentosaceus* KABP041 (10⁹ ufc/dosis; "BL+PP") o *L. reuteri* DSM17938 (10⁸ ufc/dosis; "LR"), por vía oral durante 21 días. Se excluyeron los niños que habían recibido antibióticos o probióticos en las semanas previas al estudio, o que utilizaban simultáneamente antiácidos, simeticona o fórmulas extensamente hidrolizadas. El seguimiento médico se organizó en tres visitas: cribado, inicial y final. El tiempo de llanto y agitación (minutos) se registró en un diario estructurado. La respuesta al tratamiento se definió como una reducción del 50% o más en el tiempo de llanto desde el inicio del estudio

Resultados. Se aleatorizaron 112 bebés. Al inicio del estudio los grupos eran comparables en cuanto a edad, sexo, antecedentes familiares de alergia, tipo de alimentación, modo de parto y tiempo de llanto (según diario basal de 24 horas). La tasa de respuesta fue significativamente mayor en el grupo BL+PP que en el grupo LR en el día 7 (61,1% frente a 37,5%, $p < 0,05$) y 14 (86,6% frente a 59,3%, $p < 0,01$) pero no en el día 21 (92,2% frente a 80,4%, $0,10 > p > 0,05$), tanto en el análisis no ajustado como en el ajustado por modo de alimentación. Las tasas de respuesta en el grupo LR se situaron dentro de los rangos publicados anteriormente. Se notificaron tres eventos adversos en el grupo BL+PP y cuatro en el grupo LR, ninguno de ellos grave.

Conclusiones. Ambos tratamientos probióticos redujeron significativamente el tiempo de llanto en niños con cólico infantil y fueron bien tolerados. En la población ensayada la combinación específica y dosis utilizada de *B. longum* y *P. pentosaceus* presenta una mayor tasa de respuesta en los días 7 y 14 de estudio.

¿QUÉ FACTORES CONDICIONAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA? García Martínez de Bartolomé R¹, Barrio Torres J², Sebastián Viana T³, Vila Miravet V⁴, La Orden Izquierdo E⁵, Fernández Fernández S⁶, Herrero Álvarez M⁷, Cilleruelo Pascual ML⁸; Grupo de trabajo de calidad de vida y esofagitis eosinofílica. ¹EAP Valle de la Oliva. Majadahonda, Madrid. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ³EAP Núñez Morgado. Madrid. ⁴Hospital San Joan de Déu. Espluges de Llobregat, Barcelona. ⁵Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid. ⁶Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ⁷Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. ⁸Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

Objetivo. Estudiar los factores que influyen en la calidad de vida (CV) de los niños con esofagitis eosinofílica (EoE) utilizando la versión española del cuestionario específico de CV Pediatric Quality of Life Eosinophilic Esophagitis Module (Peds QL-EoE).

Material y métodos. Estudio multicéntrico transversal con participación de 36 centros. El cuestionario Peds QL-EoE fue adaptado transculturalmente y validado del inglés al español para padres y niños de 8-12 y 13-18 años, obteniéndose un total de 28 ítems divididos en 7 factores. Se enviaron los cuestionarios a padres y niños vía e-mail. Los investigadores cumplimentaron los datos demográficos y clínicos. La CV se considera muy buena: >81, buena: 61-80, neutra: 41-60, mala: 21-40 y muy mala: <20. Las puntuaciones se expresaron como media y DS. Se utilizaron el test t-Student, ANOVA para comparaciones independientes entre variables y regresión logística multivariable.

Resultados. Participaron 279 niños y padres, 72,7% varones. 132 de 8-12 años y 147 de 13-18 años. Mediana de edad al diagnóstico: 9 años (0,9-16) Tenían antecedentes de alergia alimentaria IgE mediada 46,2% y antecedentes familiares de EoE en 7,1%. Un 6,3% de los pacientes fueron refractarios al tratamiento. Los síntomas más frecuentes fueron reflujo gastroesofágico (55,9%), disfagia (53%), impactación (40,1%) y dolor abdominal (39,4%) Estaban recibiendo tratamiento con IBP 99 pacientes, corticoides tópicos deglutidos 109, dieta 47 y ningún tratamiento 21. Tanto niños como padres consideran buena su CV global: $72,71 \pm 15,78$ y $75,62 \pm 16,73$, respectivamente. Sin embargo, la dieta es la opción terapéutica que influye más negativamente en su CV ($65,6 \pm 16,95$ versus $72,77 \pm 17,08$) $p=0,026$ en niños y ($68,19 \pm 17,18$ versus $76,12 \pm 18,08$) $p=0,018$ en padres. El factor "Comunicación" obtuvo la puntuación más alta: $82,14 \pm 21,66$ y $81,51 \pm 24,13$ en niños y padres respectivamente. Las variables que influyen negativamente en la CV de los niños son el género ($p=0,051$), el número de síntomas ($p=0,046$), la realización de dieta ($p=0,026$) y el mal cumplimiento terapéutico ($p=0,01$) y en la de los padres la dieta ($p=0,018$), el número de síntomas ($p=0,007$) y el mal cumplimiento terapéutico ($p=0,009$). Las variables que se relacionan de forma independiente con la CV de niños y de padres son el número de síntomas $-2,89$ (IC 95% $-5,7$; $-0,82$); $p=0,044$ y $-4,13$ (IC 95% $-7,01$; $-1,25$); $p=0,005$ y el tratamiento con dieta $-8,85$ (IC 95% $-17,1$; $-0,6$), $p=0,036$ y $-8,68$ (IC 95% $-17,29$; $-0,075$); $p=0,048$.

Conclusiones. Los niños con EoE y sus padres consideran su CV buena, aunque se ve influida negativamente por la persistencia de los síntomas y el tratamiento con dieta. Es importante el control clínico de la enfermedad y un buen soporte dietético para mejorar la CV de los niños con EoE.

MÁS ALLÁ DEL EOSINÓFILO: APLICABILIDAD Y POSIBLE VALOR PRONÓSTICO DEL SCORE DE GRAVEDAD DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA I-SEE EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA.

García Díaz A¹, Tena García PG², Marazuela Ramírez Á¹, Fernández Fernández S², Cilleruelo Pascual ML¹, Díez Vela E², Román Riechmann E¹, Gutiérrez Junquera C¹. ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ²Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. La valoración de la gravedad en la esofagitis eosinofílica (EoE) es heterogénea, desarrollándose recientemente un índice de gravedad (I-SEE) que contempla aspectos clínicos, complicaciones, hallazgos endoscópicos e histológicos. Los objetivos de este estudio son 1) categorizar la gravedad de la EoE mediante el I-SEE en una cohorte de niños al diagnóstico y evolutivamente, 2) evaluar la relación del I-SEE con los datos al diagnóstico y 3) analizar el posible valor pronóstico del I-SEE.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes pediátricos con EoE incluidos prospectivamente por dos hospitales en el registro RENESE, con seguimiento de al menos 12 meses. Se realizó el I-SEE al diagnóstico, tras el tratamiento de inducción inicial y en el último control endoscópico, categorizando a los pacientes en inactivos (0), leves (1-6), moderados (7-14) o graves (> 14). Se analizaron las variables demográficas, clínicas, endoscópicas e histológicas, en función de la categoría del I-SEE al diagnóstico. Se evaluó la posible relación del I-SEE inicial con el número de tratamientos recibidos, número de endoscopias/año, proporción de remisión histológica y las complicaciones durante el seguimiento.

Resultados. Se incluyeron 65 pacientes. Al diagnóstico, 23 (35,4%) presentaban EoE leve, 41 (63,1%) moderada y un solo paciente (1,5%) grave. Se compararon variables demográficas, clínicas y endoscópicas en función de la gravedad al diagnóstico, sin encontrarse diferencias significativas. No hubo relación entre el pico máximo de eosinófilos/campo de gran aumento y la categoría del I-SEE al diagnóstico. El I-SEE descendió significativamente entre la primera y segunda endoscopia ($7,6 \pm 3,1$ vs $2,6 \pm 2,5$) y entre la primera y última endoscopia ($7,6 \pm 3,1$ vs $1,5 \pm 2,0$). Tras el tratamiento de inducción, un 43% de los pacientes leves pasaron a inactivos mientras que un 57% se mantuvieron con actividad leve. De los pacientes con enfermedad moderada, un 34% pasó a EoE inactiva, un 49% a actividad leve y solo un 17% mantuvo actividad moderada. El único paciente con enfermedad grave pasó a tener actividad leve tras el tratamiento de inducción. A largo plazo, un 61% de los pacientes leves, un 46% de los moderados y el único grave al diagnóstico pasaron a inactivos. Aunque la mayoría de los pacientes con remisión histológica eran inactivos según el I-SEE (64,9%, hasta un 35% mantenían actividad leve. La categoría de I-SEE al diagnóstico se relacionó a largo plazo con la necesidad de comboterapia (leve 0%, moderada 17,7%, grave 100%, $p < 0,001$).

Conclusiones. La mayoría de nuestros pacientes presentaron al diagnóstico EoE moderada, sin relación de la categoría con el pico máximo de eosinófilos. El I-SEE reflejó de modo sensible la evolución de los pacientes, incorporando además del número de eosinófilos, otras variables útiles para evaluar la actividad de la enfermedad. Son necesarios más estudios para corroborar su utilidad.

ESTUDIO DE LA MICROBIOTA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE ALOGÉNICO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS QUE DESARROLLAN ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED AGUDA Y SU IMPLICACIÓN EN EL PRONÓSTICO. Palomino L¹, Vergara B², Velasco Rodríguez-Belvis M¹, Herranz Sorribes C³, Di Campli M¹, Martín Fernández C¹, Vázquez Gómez JA⁴, Alba Rubio C³, Aragón A⁵, Jurado R⁵, González Vicent M², Molina Angulo B², del Campo JA⁶, García P¹, Muñoz González A¹, Cañedo Villaroya E¹, de la Mano Hernández A¹, Sánchez Llorente P¹, Manzanares MP¹, Becerro Méndez L¹, Pina Pino C¹, Muñoz Codoceo RA¹, Rodríguez Gómez JM³. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Servicio de Oncología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Dpto. Nutrición y Ciencia de los Alimentos. Facultad de Veterinaria. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ⁴Sección de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Universitario San Pedro. Logroño (La Rioja). ⁵Dpto. Farmacia Galénica y Tecnología Alimentaria. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. ⁶Departamento de Análisis clínico. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. Describir las características clínicas, marcadores inflamatorios y la composición del microbioma fecal de pacientes pediátricos antes y después de recibir un trasplante de progenitores hematopoyético (TPH), con el fin de establecer su implicación en el desarrollo de enfermedad de injerto contra huésped aguda (EICH) y en la mortalidad.

Material y métodos. Estudio unicéntrico, observacional y prospectivo en los pacientes sometidos a TPH alogénico entre octubre 2021 y marzo 2023 en un hospital terciario. Se obtuvieron muestras de sangre completa, plasma y heces para análisis de marcadores inflamatorios y microbioma fecal en 3 momentos de la evolución clínica: previo al acondicionamiento, tras el TPH (cuando se produce el prendimiento), a los 100 días del TPH, y en el momento de sospecha de EICH si esto ocurre. Se evaluaron las posibles variables asociadas con el riesgo de EICH y/o muerte.

Resultados. Se incluyen 44 pacientes (20 mujeres, 24 varones) sometidos a TPH, de los cuales 70% tenían diagnóstico de cáncer, y 30% tenían enfermedades hematológicas no malignas. En el 70% de los pacientes se utilizó como fuente para el TPH sangre periférica, en el 11,6% médula ósea y en el 7% sangre del cordón umbilical, siendo un donante emparentado en el 65% de los casos y en el 82% no HLA idéntico sometidos a manipulación con depleción alfa beta/CD19. Recibieron profilaxis para prevención de EICH el 90% de los pacientes. El momento clínico más crítico es el periodo postTPH inmediato, exceptuando durante el EICH, que presentaron síntomas digestivos hasta en el 65% y precisando hasta el 70% de pacientes soporte nutricional (40% con nutrición parenteral), con elevación significativa de marcadores de inflamación (IL-6, TNF alfa, glicoproteína ácida y calprotectina fecal). Se objetivó elevación significativa de IL-8, IL-6 e IFN gamma asociado a mayores tasas de desarrollo de EICH. Previo al TPH existe una abundancia relativa de las especies *Blautia*, *Streptococcus*, *Enterococcus*, *Enterococcus* y *Escherichia/Shigella*. Se destaca una disminución progresiva de la especie *Blautia* en las siguientes fases temporales post-TPH, significativamente mayor en el momento del EICH, que pasa a ser prácticamente inexistente, con aumento significativo de las especies *Escherichia/Shigella*. La media de seguimiento fue de 120 meses, durante los cuales 18 pacientes fallecieron (40%). La elevación de IL-6 se relaciona con mayor mortalidad como factor independiente al desarrollo de EICH.

Conclusión. La elevación de IL-6 y cambios en la microbiota post-TPH pueden ser potenciales marcadores pronósticos en el desarrollo del EICH, particularmente el género *Blautia*, lo que es prometedor en cuanto la capacidad de predicción, prevención y optimización del tratamiento. Aunque se requiere validación futura, los hallazgos subrayan el potencial del estudio del microbioma para la comprensión y manejo de las complicaciones post-TPH, incluido el EICH.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. ¿ES COMPARABLE EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO RESPECTO EL PACIENTE NEUROTÍPICO? Homez-Arias MR, Pujol-Muncunill G, González Salvador MR, De Diego Soler H, Novoa Garnica C, Barreno Barreno EC, Lamec Benítez Viera B, Martín de Carpi J. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Espluges de Llobregat, Barcelona.*

Objetivo. La prevalencia de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en pacientes con trastorno del espectro autista (TEA) es mayor que en la población neurotípica. Existen pocos estudios que describan el comportamiento de la EII en estos pacientes. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia del diagnóstico dual EII-TEA y describir características demográficas y clínicas de estos pacientes en nuestro centro.

Métodos. Estudio descriptivo, transversal, incluyendo pacientes con EII y TEA ≤ 18 años (período de estudio: 2008-2023). Se revisaron factores demográficos, clínicos, analíticos y de tratamiento a través de la historia clínica. Se analizaron los datos con SPSS versión 29.

Resultados. De 536 pacientes con EII atendidos en nuestro hospital en los últimos 15 años, 14 (2,8%) presentan diagnóstico de TEA [78,5% varones; mediana de edad al diagnóstico de la EII 10 años (RIQ: 8,5-13,5); 57% enfermedad de Crohn (EC) y 43% colitis ulcerosa (CU)]. El diagnóstico de TEA fue previo al de EII en la mayoría de los casos (64,2%). La mediana de demora diagnóstica de la EII fue de 9 meses (RIQ: 2-14). Los síntomas más frecuentes al debut fueron dolor abdominal (57%) y rectorragia (50%); las artralgias fueron las manifestaciones extraintestinales más frecuentes (28,5%). En 43% de los casos, la ecografía abdominal fue la prueba utilizada para estudiar el intestino delgado (2 pacientes). En los pacientes con EC, la afectación colónica e ileocolónica fueron las más frecuentes (75%) con fenotipo B1 en todos los casos. Un paciente presentó afectación perianal y uno afectación oral. La media de actividad clínica medida por wPCDAI (weighted Paediatric Crohn's Disease Activity Index) al debut fue de 51 puntos (RIQ: 36,25-63,75). En los pacientes con CU, 85% presentaron pancolitis, con una actividad clínica media medida por PUCAI (Paediatric Ulcerative Colitis Activity Index) al debut de 39 puntos (RIQ: 30-45). De los pacientes con EC, un 37% recibió nutrición enteral exclusiva. De aquellos con CU, todos recibieron mesalazina oral, 33% mesalazina tópica y un 83% precisó corticoides. Del total de la cohorte, 71% recibió tratamiento inmunosupresor, 86% tratamiento biológico (100% EC; 67%CU). Hasta un 36% de pacientes requirió 2 o más biológicos o inhibidores JAK-1, siendo la principal causa el fallo primario al primer biológico (43%). Dos pacientes recibieron terapia dual y 2 pacientes inhibidores de JAK-1 (uno de ellos asociado a infliximab). Ningún paciente requirió cirugía.

Conclusiones. Los pacientes con diagnóstico de EII y TEA, presentaron características fenotípicas similares a la población neurotípica, siendo la demora diagnóstica mayor a la descrita. La necesidad de fármacos biológicos es alta así como la tasa de fallo primario, precisando el uso de un segundo biológico en un porcentaje elevado, lo que sugiere una evolución más tórpida.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD CELÍACA EN ESPAÑA: VISIÓN DE LOS PEDIATRAS GASTROENTERÓLOGOS. Pérez Solís D¹, Barrio Torres J², Donat Aliaga E³, Cilleruelo Pascual ML⁴, Torres Peral R⁵, Vecino López R⁶, Martínez-Ojinaga Nodal E⁷, Miranda Cid MC⁸, Espín Jaime B⁹, Castillejo de Villasante G¹⁰, García Calatayud S¹¹, Blanco Rodríguez M¹², Juste Ruiz M¹³, Sánchez-Valverde Visus F¹⁴, Eizaguirre Arocena FJ¹⁵, Román Riechmann E⁴. ¹Hospital Universitario San Agustín. Avilés (Asturias). ²Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ³Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁴Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid ⁵Hospital Universitario de Salamanca. ⁶Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁷Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁸Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla (Madrid). ⁹Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁰Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona. ¹¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹²Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹³Hospital Universitario San Juan. Alicante. ¹⁴Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ¹⁵Hospital Universitario Donostia. Donostia-San Sebastián.

Objetivos. La ESPGHAN publicó en 2022 un documento de posicionamiento sobre el seguimiento de niños y adolescentes con enfermedad celiaca. El objetivo de este estudio es conocer la práctica habitual de los pediatras gastroenterólogos en el seguimiento de la EC en nuestro país, incluyendo la coordinación entre pediatría hospitalaria y de atención primaria, y con los servicios de aparato digestivo de adultos.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima dirigida a pediatras gastroenterólogos miembros de la SEGHPN y alojada en la plataforma REDCap.

Resultados. Completaron la encuesta 96 profesionales, de los cuales el 67,0% trabajan en hospitales terciarios y el 33,0% en hospitales comarcales. Un 82,3% trabajan en el Sistema Nacional de Salud, un 11,5% en centros privados y el 6,3% en ambos ámbitos. Hubo representación de 14 de las 17 comunidades autónomas. El 36,5% diagnostican más de 20 pacientes nuevos al año. Una vez controlada la enfermedad, el 84,4% realiza el seguimiento solo en el nivel hospitalario. El 80,2% dice carecer de un protocolo conjunto de seguimiento entre atención primaria y hospitalaria. La transición al sobrepasar la edad pediátrica se hace principalmente hacia especialistas en aparato digestivo (8,3% de manera protocolizada y 47,9% sin protocolizar) y menos a médicos de atención primaria (36,5%). Solo un 15,6% de los participantes dispone de dietista/nutricionista de forma habitual y otro 26,0% para casos seleccionados. Los cuestionarios de calidad de vida solo son empleados de manera habitual por el 7,3%. El seguimiento conjunto con atención primaria fue mayor en hospitales secundarios respecto a terciarios (26,7% vs 6,6%, $p=0,018$) y en los profesionales que diagnostican menos casos al año. La ausencia de apoyo de dietista/nutricionista es más frecuente en la sanidad pública respecto a la privada (62,4% vs 27,3%, $p=0,032$) y en hospitales secundarios respecto a terciarios (83,3% vs 49,2%, $p=0,007$).

Conclusiones. En la práctica habitual de la Gastroenterología pediátrica de España es infrecuente la coordinación para el seguimiento conjunto con atención primaria y la disponibilidad de protocolos de transición a la atención de adultos para pacientes con celiaquía. También existe una escasa disponibilidad de dietistas/nutricionistas durante el seguimiento de estos pacientes.

LINFOGRAMA INTRAEPITELIAL EN ENFERMEDAD CELÍACA. VALORACIÓN DE LOS PUNTOS DE CORTE EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. Jordán Mena A¹, Escartin Madurga L², Nagore González C¹, López Pérez J³, García Romero R⁴, Ros Arnal I⁴, Castejón Ponce E⁴. ¹Servicio Pediatría; ²Sección Gastroenterología y Nutrición Pediátrica; ³Servicio de Inmunología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ⁴Sección Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Analizar la distribución de subpoblaciones de linfocitos intraepiteliales (LIE) mediante citometría de flujo de biopsias duodenales en pacientes pediátricos con enfermedad celíaca. Valorar el punto de corte óptimo de LIE T-TCR $\gamma\delta$ y CD3- para la predicción de enfermedad celíaca y compararlos con los propuestos en la bibliografía.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes ≤ 14 años a los que se les realizó linfograma intraepitelial mediante citometría de flujo en 2020-2023. Se clasificaron según criterios serológicos e histológicos en: celíacos activos, celíacos potenciales y no celíacos. Se analizó el porcentaje de LIE total, T-TCR $\gamma\delta$ y CD3- en bulbo y duodeno distal para cada grupo. Se realizaron curvas ROC con Índice de Youden para la obtención de puntos de corte. Se comparó la concordancia de la clasificación obtenida y de los puntos de corte previamente publicados (T-TCR $\gamma\delta > 15\%$ y CD3- $< 6\%$, Camarero C, et al) con los resultados serológicos e histológicos. Nivel de significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 190 pacientes con una mediana de edad de 10,3 años: 54 celíacos activos (28,4%), 69 celíacos potenciales (36,3%) y 67 no celíacos (35,3%). La citometría de flujo mostró diferencias significativas en los valores medios de pacientes celíacos activos y potenciales vs no celíacos: aumento de LIE totales: 19,7% y 15,2% vs 10,1% ($p < 0,001$, $p = 0,005$), aumento de LIE T-TCR $\gamma\delta$: 23,6% y 14,3% vs 4,9% ($p < 0,001$) y disminución de LIE CD3-: 4,1 y 15,1% vs 20,3% ($p < 0,001$, $p = 0,02$). El 26,1% de celíacos potenciales presentó patrón celíaco completo en bulbo y el 17,4% en duodeno distal, patrón parcial en el 33,3% en bulbo y 39,1% en duodeno distal (CD3- patológico: 10,1/7,2%) y patrón no celíaco en el 40,6 y 43,5% respectivamente. El análisis de curvas ROC combinadas con Índice de Youden mostró que los puntos de corte óptimos para detectar enfermedad celíaca eran: T-TCR $\gamma\delta > 11,1\%$ y CD3- $< 6,4\%$ en bulbo (AUC 0,97/0,93) y T-TCR $\gamma\delta > 11,1\%$ y CD3- $< 8,5\%$ en duodeno distal (AUC 0,94/0,88). El análisis de concordancia de los puntos de corte propuestos con la histología y serología demostró una correlación fuerte en bulbo (Kappa 0,94, $p < 0,001$) y duodeno distal (Kappa 0,93, $p < 0,001$), mientras que los propuestos previamente en la literatura demostraron una menor correlación, especialmente en la región duodenal distal (Kappa 0,77, $p < 0,001$).

Conclusiones. El aumento de T-TCR $\gamma\delta$ y la disminución de CD3- muestra diferencias significativas tanto en celíacos activos como potenciales, si bien estos últimos presentan con menor frecuencia alteración de LIE CD3-. Los puntos de corte propuestos (T-TCR $\gamma\delta > 11,1\%$ y CD3- $< 6,4\%$ en bulbo y 8,5% en duodeno distal) tienen una fuerte concordancia con los resultados histológicos en nuestra muestra, incluso superior a los de los puntos de corte publicados, especialmente en duodeno distal.

VIDEOCÁPSULA ENDOSCÓPICA EN PEDIATRÍA: MÁS ALLÁ DE EVALUAR LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. Martínez Pereira A, Vila Miravet V, Pujol Muncunill G, Changllo Calle G, Amar Devico YS, Martín de Carpi J. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Introducción. La primera indicación de la cápsula endoscópica (CE) en pediatría es la sospecha o seguimiento de la enfermedad de Crohn (EC). Sin embargo, por permitir estudiar el intestino delgado de forma no invasiva, sin radiación y sin anestesia, es de particular interés en el paciente pediátrico, y tiene aplicación clínica demostrada en una variedad de enfermedades diferentes. Conocer estas distintas aplicaciones permite un mejor uso de esta prueba.

Objetivos. Exponer la experiencia de nuestro centro con la cápsula endoscópica.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en un centro pediátrico de 3er nivel que incluyó la revisión de todas las CE realizadas durante un período de 6 años, desde abril de 2017 hasta mayo de 2023.

Resultados. Durante este período se realizaron un total de 75 CE en 62 pacientes. 16 de estos estudios (21% del total) se consideraron normales y 59 (79%) patológicos. 44 estudios (57% del número total de estudios) fueron indicados por sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (48%) o para reevaluar EII conocida (52%). Se realizaron 17 estudios (23%) por hemorragia gastrointestinal oculta, 10 para evaluación del síndrome de Peutz-Jeghers (13%) y 5 estudios por otros motivos (sospecha de enfermedad de injerto contra huésped, enteritis ulcerosa estenosante multifocal criptogénica y sospecha de tumor). 9 pacientes distintos dentro del grupo de sospecha de EII (43% de casos de este subgrupo) mostraron hallazgos patológicos en CE con estudio de imagen por resonancia magnética entérica (MRE) previa determinado normal. Se realizaron 38 estudios en niñas (50,6%) y 37 en niños (49,3%). Las edades fueron entre 4-18 años, siendo el paciente más joven de 4 años y 6 meses, y la mediana de edad 13 años y 8 meses. El 53% de las cápsulas fueron colocadas endoscópicamente y el resto deglutidas. De las colocadas, solo 3 fueron por incapacidad del paciente para tragar; la mayoría se colocaron durante gastroscopia superior concomitante.

Conclusiones. Nuestra revisión presenta la limitación de ser un estudio unicéntrico con posible preselección de casos –al ser un hospital pediátrico terciario, varios casos de enfermedad inflamatoria intestinal se derivan específicamente para segunda opinión. Comprobamos que la principal indicación de CE en nuestro estudio es en efecto la evaluación de EII, coincidiendo con la literatura. En varios casos (9 de 21 evaluaciones, 43%), la CE detectó cambios no observados en MRE. Aunque se realizaron más estudios en niños mayores (56% en > 14 años), la CE fue útil para establecer diagnósticos en grupos de edad más jóvenes. Se encontraron resultados positivos en la mayoría de los estudios (79%). Podemos concluir que la CE es particularmente ventajosa para estudiar el intestino delgado en la población pediátrica, y aunque especialmente aplicable a la enfermedad inflamatoria intestinal, no se limita a esta.

EFICACIA Y SEGURIDAD A CORTO PLAZO DEL MARALIXIBAT EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SÍNDROME DE ALAGILLE CON PRURITO COLESTÁSICO: UN ESTUDIO PROSPECTIVO. Mameli S, Mercadal-Hally MM, Padrós Fornieles C, Larrarte MC, Quintero Bernabeu J. *Unidad de Hepatología y Trasplante hepático pediátrico. Hospital Universitario Vall d' Hebron. Barcelona.*

Objetivo. En diciembre 2022, la European Medicines Agency (EMA) aprobó, para el manejo del prurito en pacientes con síndrome de Alagille, el fármaco maralixibat, un inhibidor del transportador de ácidos biliares ileales, que funciona bloqueando la proteína necesaria para la absorción de los ácidos biliares desde el intestino. El objetivo del estudio es describir la evolución a corto plazo de los pacientes con síndrome de Alagille en tratamiento con maralixibat.

Material y métodos. Se trata de un estudio prospectivo de una cohorte de pacientes pediátricos con síndrome de Alagille, con prurito crónico colestásico, en tratamiento con maralixibat. Este se administra en forma de solución oral a la dosis standard de 380 µg/kg. El protocolo de tratamiento iniciado en nuestro centro establece una valoración basal, previa al inicio de maralixibat, que incluye: estimación del prurito por la Escala de ItchRO, analítica sanguínea con niveles de ácidos biliares, ecografía y elastografía. La valoración posterior se realiza a los 15 días, al mes, a los 3, 6 meses con escala ItchRO y análisis de sangre. Al año de tratamiento se añade a la valoración un control ecográfico y elastografía. Se recoge además la valoración antropométrica en cada visita.

Resultados. Desde el último trimestre de 2023, cinco pacientes han iniciado tratamiento con maralixibat. La edad mediana de los pacientes al inicio del tratamiento fue de 16 meses (p25-p75: 11-48) con un peso de 7,1 kg (p25-p75: 5,7-15) y una talla de 67,6 cm (p25-p75: 62,7-98). Al inicio del tratamiento todos los pacientes presentaban prurito intratable hasta el momento que condicionaba la calidad del sueño y actividades de la vida diaria. La mediana de ácidos biliares en el momento del inicio del tratamiento fue de 200 µmol/L (p25-p75: 138,4-200). 4 pacientes han completado el seguimiento como mínimo durante un mes. A nivel clínico todos los pacientes presentaron mejoría del prurito a la valoración de los 15 días. Dicha mejoría se centra en la mejoría del sueño, disminución de la irritabilidad y disminución de las marcas de rascado. Esta mejoría se ha mantenido en aquellos pacientes con seguimiento más allá del mes de tratamiento. A nivel analítico 3 sobre 4 pacientes presentaron mejoría en los niveles de ácidos biliares desde el primer control a los 30 días de tratamiento (Mediana: 150,5 µmol/L; p25-p75: 91,35-175). Ningún paciente ha presentado efectos secundarios graves debido al inicio del tratamiento con maralixibat.

Conclusiones. En nuestra cohorte, el maralixibat está demostrando ser eficaz en cuanto al control del prurito y la disminución de los ácidos biliares en sangre desde el inicio del tratamiento. Será necesario mantener el estudio prospectivo para valorar que se mantiene dicha mejoría en el tiempo y para poder analizar los cambios a nivel de antropometría, imagen y elastografía.

ESTUDIO PRELIMINAR PARA VALORAR LA UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA SWD (SHEAR WAVE DISPERSION) EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ATRESIA DE VÍAS BILIARES. Lledín Barbancho MD¹, Bret Zurita M², García Vega M¹, Fernández Tomé L¹, Muñoz Bartolo G¹, Buitrago Sánchez NM², Frauca Remacha E¹, Hierro Llanillo L¹. ¹Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. Hospital La Paz. Madrid. IdiPAZ, ERN Rare-Liver, ERN Trasplant Child. ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Objetivos. La atresia biliar (AB) es una colangiopatía fibroinflamatoria progresiva con rápida evolución a cirrosis. Requiere tratamiento quirúrgico antes de los 2 meses de vida para intentar restablecer el flujo biliar. La elastografía hepática es una técnica no invasiva de fácil realización. Mide la rigidez hepática a partir de la velocidad de propagación de una onda de ultrasonidos que se registra en una sonda emisora/receptora. Existen varias modalidades de elastografía. La SWD (*Shear Wave Dispersion*) ofrece la ventaja de utilizar una sonda integrada en el ecógrafo proporcionando mayor flexibilidad en la elección del sitio de medición y mejor valoración de la anatomía hepática en modo B, pudiendo excluir de la medición estructuras vasculares, lesiones focales, etc., que potencialmente llevan a error. En este estudio queremos establecer los parámetros, con el equipo y sondas disponibles en nuestro centro, para el diagnóstico de pacientes con sospecha de AB.

Material y método. Estudio prospectivo unicéntrico que incluyó a todos los pacientes atendidos con sospecha de AB y a un grupo control de la misma edad sin colestasis entre los meses de abril y diciembre de 2023. Se realizó elastografía SWD con el equipo Canon ecógrafo i700 tomando medidas con 2 transductores: sonda-Convex i8Cx1-8 MHz que permite mayor penetrancia en el tejido y sonda lineal 14 MHz con menor penetrancia pero mejor calidad de las imágenes. Se realizaron mediciones en el lóbulo hepático derecho (LHD), izquierdo y bazo por el mismo radiólogo. Se estudió la asociación de los valores obtenidos con la edad del paciente, los parámetros analíticos, el diagnóstico de atresia, el grado de fibrosis en la biopsia hepática realizada en el momento de la cirugía y el restablecimiento del flujo biliar.

Resultados. Se estudiaron 18 niños de 51 ± 18 días de edad: 4 controles, 6 colestasis sin AB y 8 con diagnóstico final de AB. La medición con sonda-Convex en LHD mostró diferencias significativas entre los pacientes con AB y el resto ($20,6 \pm 13,3$ vs. $7,0 \pm 1,1$, $P=0,006$), al igual que con la sonda lineal ($23,1 \pm 22,4$ vs. $11,1 \pm 2,9$, $P=0,013$). El análisis mediante curvas COR mostró el mejor punto de corte con la sonda-Convex en 9,25 KPa ($S=75\%$, $E=100\%$, $AUC 0,896$) para diferenciar entre los pacientes con AB y el resto. Los 2 pacientes con AB que tuvieron valores inferiores al punto de corte restablecieron el flujo biliar tras la cirugía. No hubo diferencias entre el grupo control y el grupo con colestasis sin AB ($P>0,05$). No existió correlación con el grado de fibrosis (Metavir), los parámetros analíticos de colestasis (bilirrubina, GGT, sales biliares), ni con la edad ($P>0,05$ en todos los análisis).

Conclusiones. La elastografía SWD proporciona información útil junto con otros datos clínicos, analíticos y ecográficos para la indicación de la colangiografía intraoperatoria. En nuestro estudio se obtienen mejores resultados con la sonda-Convex y medidas realizadas en el LHD. Son necesarios incluir más pacientes para validar nuestros resultados.

PORTOENTEROSTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE KASAI, ¿HA LLEGADO EL MOMENTO DE CAMBIAR EL ABORDAJE QUIRÚRGICO EN LOS PAÍSES OCCIDENTALES? Moratilla-Lapeña L, Sarmiento M, Serradilla J, Encinas JL, Andrés AM, Frauca E, Hierro Llanillo L, Hernández-Oliveros F. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. El abordaje quirúrgico de la atresia de vías biliares (AVBEH) ha sido clásicamente abierto, pero los resultados publicados por países orientales no encuentran diferencias con la técnica laparoscópica. Hasta la fecha, se han publicado pocos estudios con resultados favorables en los países occidentales. Nuestro objetivo es comparar ambas técnicas y sus resultados a largo plazo.

Materiales y métodos. Estudio unicéntrico retrospectivo (2015-2023) de AVBEH corregida. Los pacientes se dividieron según su abordaje, abierto (OKP) o laparoscópico (LKP). Se recogieron variables demográficas y analíticas, parámetros operatorios y postoperatorios, aclaramiento de bilirrubina, supervivencia del hígado nativo, así como datos clínicos y técnicos del trasplante.

Resultados. Se estudiaron 68 pacientes (33 LKP vs 35 OKP) sin diferencias en edad, peso y sexo ($p=0,543$; $p=0,234$; $p=0,611$). El tiempo quirúrgico fue mayor en LKP (275 ± 42 vs 192 ± 40 minutos; $p<0,001$) sin diferencias en las necesidades transfusionales ($p=0,147$). El tiempo hasta el inicio ($3,6 \pm 1,1$ vs $5,13 \pm 1,36$; $p<0,001$) y la tolerancia completa ($1,97 \pm 0,85$ vs $3,29 \pm 0,9$; $p<0,001$) fue más precoz en LKP. No hubo diferencias en el tiempo de ingreso ($p=0,234$). El aclaramiento de la ictericia a los 6 meses fue similar ($41,4\%$ vs $45,7\%$; $p=0,728$). La supervivencia del hígado nativo fue la misma para ambos grupos ($p=0,881$), con un HR no significativo de $1,37$ ($0,68-2,72$) para el LKP. En el momento del trasplante, la cantidad de transfusión de sangre o plasma fue igual en los dos grupos ($p=0,475$; $p=0,822$), pero la duración del procedimiento fue significativamente menor en los que tuvieron un abordaje laparoscópico [455 ($3.58-539$) vs 540 ($453-660$); $p=0,01$].

Conclusiones. El abordaje laparoscópico para la AVBEH presenta los mismos resultados en aclaramiento de bilirrubina y en la supervivencia del hígado nativo. A su vez, ofrece ventajas como un menor tiempo hasta el inicio de tolerancia y una menor duración de la cirugía del trasplante.

COLOCACIÓN EN UN ÚNICO PROCEDIMIENTO DE STENTS BIODEGRADABLES COMO TRATAMIENTO DE ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS BILIAR EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. Quintero Bernabeu J, Juampérez Goñi J, Mercadal-Hally MM, Padrós Fornieles C, Mameli S, Pérez Lafuente M, Hidalgo Llompart E, Charco Torra R. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Evaluar la viabilidad, seguridad y eficacia del uso de stents biliares biodegradables (BBS) para el tratamiento de estenosis biliares anastomóticas (EBA) en pacientes pediátricos sometidos a trasplante hepático.

Materiales y métodos. Estudio observacional unicéntrico dónde se recogieron retrospectivamente los datos de todos los pacientes pediátricos trasplantados de hígado que presentaron una EBA y fueron tratados con un BBS entre enero de 2014 y enero de 2023. Durante el periodo 1 (enero de 2014 a enero de 2019) la colocación de BBS se realizaba en dos pasos. Primero se realizaba una colangiografía percutánea (PTC) dónde se medía la longitud de la estenosis, se dilataba la misma con un balón de alta presión y se colocaba un drenaje biliar interno-externo. En una segunda PTC, se insertaba un BBS personalizado según las medidas obtenidas y se retiraba el drenaje. En el periodo 2 (enero 2019-enero 2023), se disponía de un repositorio de BBS que permitió colocar el stent en un único paso, justo después de la dilatación de la estenosis en una única PTC. Los factores de riesgo para la recurrencia de EBA en pacientes tratados con BBS fueron evaluados mediante un modelo de regresión logística. Posteriormente, todos los posibles factores de riesgo fueron analizados mediante análisis multivariado. Para evaluar el impacto de la colocación del BBS en uno o dos pasos, se evaluó la tasa de recurrencia de EBA, así como las diferencias en el tiempo entre la colocación del BBS y la recurrencia de EBA y la tasa de colangitis después de la colocación del BBS.

Resultados. Entre enero de 2014 y enero de 2023, se diagnosticaron 46 EBA en 43 receptores pediátricos de trasplante de hígado (tres pacientes tenían dos EBA). Las EBA se diagnosticaron una mediana de 6,7 meses después del trasplante de hígado (0,1-246,8). Ocho EBA tratadas con BBS (17,4%) recidivaron (tiempo medio hasta la recurrencia de 6,5 meses; 1,6-17,0 meses). De estas, 3 se resolvieron con la colocación de un segundo BBS, y 4 requirieron cirugía. Los pacientes con una anastomosis colédoco-coledocal presentaron 11 veces más probabilidades de tener una recurrencia de EBA que aquellos con una anastomosis bilioentérica (OR 10,8; 1,4-81,33, $p=0,008$). No se observaron otros factores de riesgo de recurrencia de la EBA. No se observaron diferencias en la tasa de recurrencia de EBA, el tiempo hasta la recurrencia de EBA o la tasa de colangitis entre los BBS colocados en uno o dos pasos.

Conclusiones. La implantación percutánea de BBS en pacientes pediátricos trasplantados de hígado es un tratamiento viable, seguro y efectivo para el tratamiento de EBA, ofreciendo resultados prometedores a largo plazo. La colocación del BBS en un paso parece ser igualmente segura y eficaz, evitando procedimientos al paciente.

PERSONALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR A PARTIR DE BIOPSIAS HEPÁTICAS DE SEGUIMIENTO EN EL PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO. Mercadal-Hally M¹, Padrós C¹, Molino JA², Salcedo MT³, Larrarte M¹, Mameli S¹, Hidalgo E⁴, Quintero J¹. ¹Unidad de Hepatología y Trasplante hepático pediátrico; ²Servicio de Cirugía Pediátrica; ³Servicio de Anatomía Patológica. ⁴Servicio Cirugía HPB y trasplante hepático. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. Evaluar la evolución histológica de receptores pediátricos de trasplante hepático (TH) con biopsias hepáticas (BH) de seguimiento:

- Que muestren RAI ≥ 2 a quienes se modificó el tratamiento inmunosupresor (IS).
- Que no muestren alteraciones histológicas y se retiró el tratamiento inmunosupresor.

Material y métodos. Estudio descriptivo que incluyó a receptores de TH menores de 18 años al momento del trasplante en los que se modificó su tratamiento IS tras una biopsia de seguimiento. Según nuestro protocolo prospectivo de BH de seguimiento, todos los pacientes con pruebas de función hepática normales y sin contraindicaciones se someten a una BH a los 2, 5, 10 y 15 años después del trasplante. En pacientes con RAI ≥ 2 en la BH se aumenta el grado de IS. En pacientes con TH antes de los dos años de edad, mínimo 5 años post TH, IS estable durante 1 año y BH normal se plantea la retirada del tratamiento IS. En ambos casos se realizó una segunda BH al año de los cambios realizados.

Resultados. Se recogieron datos de 129 pacientes, con una mediana de edad en el momento de la biopsia de 10 años (5-14) y una mediana de edad en el momento del trasplante de 2 años (1-6). Se encontró inflamación significativa (IRA ≥ 2) en 28 biopsias (21,7%) sin observarse diferencias significativas en cuanto al tiempo postrasplante ($P < 0,696$, IC95), ni con los niveles plasmáticos de tacrolimus ($p < 0,091$, IC 95%). Se aumentó la inmunosupresión a los 23 pacientes con rechazo celular subclínico (19/23 se aumentó tacrolimus, 4/23 se añadió ácido micofenólico y 1/23 se añadió corticoides). A 21 pacientes se les realizó ya la biopsia de seguimiento de 1 año. 19 (90,4%) habían mejorado, 14 de los cuales eran completamente normales. Los 2 pacientes que no mejoraron no habían alcanzado los niveles de tacrolimus a pesar del aumento de la dosis. Por otra parte, a 11 pacientes con biopsias de seguimiento con RAI 0 y sin fibrosis se les retiró completamente la inmunosupresión. Siete de ellos completaron la retirada con éxito y disponen de una biopsia hepática de control al año de la retirada normal. Dos pacientes presentaron una elevación asintomática de transaminasas durante el descenso de la inmunosupresión, por lo que se restablecieron las dosis iniciales de tacrolimus normalizando por completo la analítica. Los dos pacientes restantes aún no han cumplido el año post retirada pero mantienen analítica normal.

Conclusiones. Los pacientes con RAI ≥ 2 en su BH de seguimiento pueden presentar mejoras histológicas en las características de inflamación tras incrementar su tratamiento inmunosupresor. Por otro lado, es posible retirar la IS en pacientes seleccionados. Se requieren más estudios sobre el seguimiento a largo plazo y la personalización del tratamiento IS.

RESPUESTA T-ESPECÍFICA FRENTE AL VIRUS EPSTEIN-BARR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO TRANSVERSAL POR CITOMETRÍA DE FLUJO MULTIPARAMÉTRICA. Cuesta Martín de la Cámara R¹, Lledín Barbancho MD², Torices Pajares A³, Muñoz Bartolo G⁴, Gutiérrez Arroyo A⁵, Frauca Remacha E⁶, López Granados E², Sánchez Zapardiel E⁴. ¹Unidad de Inmunología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Grupo Fisiopatología linfocitaria en Inmunodeficiencias. Instituto de Investigación. Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ). Madrid. ³Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ⁴Servicio de Hepatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵RARE LIVER. Red Europea de Referencia (ERN). ⁶TransplantChild. Red Europea de Referencia (ERN).

Objetivos. La respuesta T-específica frente al virus Epstein-Barr (VEB) permitiría adecuar la inmunosupresión en pacientes trasplantados. Nuestro objetivo es definir la respuesta T-específica frente a VEB en receptores pediátricos de trasplante hepático.

Material y métodos. Nuestro estudio transversal incluye 38 receptores pediátricos de trasplante hepático que reciben inmunosupresión (IS) y 25 controles adultos sanos seropositivos para VEB (CS). Los pacientes se categorizaron según su estado serológico (S) y su carga viral (CV) para VEB en IS-S^{NEG}, IS-S^{POS}CV^{NEG} e IS-S^{POS}CV^{POS}. La respuesta se evaluó en dos visitas. Se estimularon células mononucleares de sangre periférica con péptidos de VEB (PepTivator®) y se incubaron con anticuerpos monoclonales para la tinción de citoquinas intracelulares (ICS) (IL-2-FITC, IFN γ -PB, TNF α -PE) y la tinción de marcadores inducidos por activación (AIMS) (CD25-PC7, CD134-PE). La respuesta ICS se informó como %CD4+ y %CD8+ mono/poli-funcional y la respuesta AIMS como %CD4+ naïve/efectoras/memoria central/memoria efectora.

Resultados. Los individuos que han tenido contacto previo con VEB presentan mayor porcentaje de células CD8 polifuncionales (IS-S^{NEG} 0,00% vs IS-S^{POS} 0,04% y CS 0,02%; p=0,001 y p=0,01, respectivamente). Concretamente, el perfil CD8+CD107a+IFN γ +IL2-TNF α - estaba aumentado en pacientes seropositivos (IS-S^{NEG} 0,01% vs IS-S^{POS} 0,13% y CS 0,03%; p=0,01 y p=0,50, respectivamente) y en pacientes con carga viral positiva (IS-S^{POS}CV^{POS} 0,43% vs IS-S^{POS}CV^{NEG} 0,07% y CS 0,03%; p=0,03 y p=0,001, respectivamente). Las células de memoria central estaban aumentadas en individuos seropositivos, especialmente en adultos (IS-S^{NEG} 0,00% vs IS-S^{POS} 0,13% y CS 4,33%; p=0,58 y p=0,002, respectivamente). Sin embargo, esta población no estaba aumentada en pacientes con carga viral positiva (IS-S^{POS}CV^{POS} 0,13% vs IS-S^{POS}CV^{NEG} 0,11% y CS 4,33%; p>0,99 y p=0,02, respectivamente). En la segunda visita, todos los pacientes IS-S^{NEG} permanecieron seronegativos, manteniendo un perfil CD8+CD107a+IFN γ +IL2-TNF α - similar a la primera visita (0,01% vs 0,00%, p=0,44). Todos los pacientes IS-S^{POS}CV^{POS} redujeron cargas virales en la segunda visita y, en consecuencia, observamos una disminución de células CD8+CD107a+IFN γ +IL2-TNF α - (0,43% vs 0,10%, p=0,81).

Conclusiones. La respuesta T-específica frente a VEB de las células CD8 polifuncionales permite detectar el contacto previo en niños receptores de trasplante hepático. El perfil CD8+CD107a+IFN γ +IL2-TNF α - está aumentado en pacientes con cargas virales positivas. La población CD4 memoria central determina de manera más efectiva la exposición previa al VEB en adultos.

¿HA CAMBIADO LA HEPATOPATÍA POR DÉFICIT DE ALFA 1 ANTITRIPSINA? Quiles Blanco MJ, Fernández Tomé L, Alós Díez M, García Vega M, Muñoz Bartolo G, Lledín Barbancho MD, Frauca Remacha E, Hierro Llanillo L. *Hepatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ERN Rare liver. ERN TransplantChild.*

Introducción. La indicación de trasplante hepático por defecto de alfa 1 antitripsina (DA1AT) ha disminuido en las últimas décadas desde 1968 a 2017 según el Registro Europeo de Trasplante Hepático.

Objetivos. Estudio de los casos diagnosticados en un único centro para analizar un posible cambio en la evolución de la hepatopatía por déficit de A1AT. Como hecho relevante destacar el uso de ácido ursodeoxicólico (UDCA) desde 1996 en la práctica clínica.

Pacientes y métodos. Fueron estudiados 129 niños diagnosticados de enfermedad hepática por DA1AT con genotipo PiZZ o PiSZ observados en un único centro comparando dos períodos diferentes: de 1985 a 2000 (Período 1, N = 68) y de 2000 a 2023 (Período 2, N = 61). Es reseñable que los casos derivados desde el área del propio hospital muestran una población menos sesgada con menos proporción de casos graves.

Resultados:

1. No hay diferencias significativas entre ambos períodos en los factores de riesgo asociados a mal pronóstico de la hepatopatía: género (varones 72% vs 65.5%), peso bajo al nacer (33% vs 24%), genotipo ZZ (91% vs 87%) o la presencia de colestasis neonatal al diagnóstico (69% vs 67%).
2. Se demostró la misma supervivencia con hígado nativo (Kaplan Meier) entre ambos períodos: considerando todos los pacientes (seguimiento a 10 años 73,8% vs 81%) y también segregando el grupo con colestasis neonatal (seguimiento 7 años 75% vs 74%). Solo un paciente sin antecedente de colestasis neonatal precisó trasplante hepático.
3. Los pacientes derivados del área del hospital (N = 37) presentaban mejor pronóstico: colestasis neonatal en menor proporción (51%, N = 19), y la supervivencia con hígado nativo a pesar del antecedente de colestasis tras siete años de seguimiento fue 91%.
4. Los valores de bilirrubina y GGT a los 3 meses de edad demostraron ser factores de riesgo para desarrollo de hepatopatía grave en el grupo de pacientes con colestasis neonatal, con mayor significación estadística en los valores elevados de bilirrubina y GGT a los 12 meses de edad y la presencia de esplenomegalia (supervivencia con hígado nativo 50% vs 94% sin esplenomegalia). En el periodo 2 se demostró menor impacto de la cifra de GGT como factor pronóstico.
5. Se observó bioquímica hepática y cifra de plaquetas normales en el 25% (periodo 1) y 34% (periodo 2) de los niños con colestasis neonatal al finalizar el seguimiento.
6. Se realizó elastografía mediante Fibroscan en 19 pacientes del periodo 2, ninguno trasplantado, para evaluar hepatopatía: 5 de ellos con medidas por encima de 7 kPa.

Conclusiones. La evolución de la hepatopatía por déficit de alfa 1 antitripsina no ha variado tras el uso de UDCA de forma rutinaria en las últimas dos décadas.

ABORDAJE DEL ALCOHOL EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DE TRANSICIÓN DE TRASPLANTE. Martínez Campos P, Pascau González-Garzón MJ. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Introducción. La transición es el movimiento intencionado y planificado de los adolescentes y/o jóvenes con afecciones crónicas hacia los servicios sanitarios de adultos (constituyendo un proceso más que un acontecimiento único), siendo la transferencia el paso efectivo a los mismos. Pese al reciente aumento de supervivencia (del paciente y del injerto) y de la calidad de vida en pacientes trasplantados, tras la transferencia se ha descrito un aumento de complicaciones y pérdida del injerto, atribuibles a las diferencias entre servicios de salud y a los obstáculos asociados a la adolescencia. Uno de estos problemas puede ser el consumo de alcohol en la adolescencia, que conlleva posibles consecuencias graves para la salud física y mental de los jóvenes trasplantados, así como compromete el éxito del trasplante. El programa educativo de la Consulta de Enfermería de Transición de Trasplante busca proporcionar a estos jóvenes información y habilidades necesarias para tomar decisiones saludables y evitar conductas de riesgo como el consumo de alcohol, garantizando de esta manera un paso exitoso al servicio de adultos.

Objetivos. Evaluar la actividad del taller del abordaje del alcohol en la Consulta de Enfermería de Transición de Trasplante.

Material y métodos. Se realiza un taller sobre el consumo de alcohol a los jóvenes trasplantados entre 12 y 18 años en la Consulta de Enfermería de Transición de Trasplante, y se abordan los siguientes temas:

- Información sobre efectos del alcohol.
- Riesgos asociados con el consumo de alcohol en condición de trasplante.
- Debate sobre verdades y leyendas urbanas del alcohol.
- Alternativas: bebidas sin alcohol.
- Estrategias para decir que no frente a la presión de grupo.

Resultados:

- 186 jóvenes incluidos en el Programa de Transición hasta la fecha, de los cuales 164 son trasplantados hepáticos y 7 con enfermedad hepática.
- 143 jóvenes trasplantados han recibido taller del abordaje del alcohol.
- 8% (16) consumen actualmente alcohol.
- 34% (64) no conocen alternativas de bebidas sin alcohol.
- 70% (131) quieren recibir más información sobre el alcohol.
- 30% (57) no son conscientes de los riesgos que supone el consumo de alcohol.

Conclusiones. El taller de abordaje del alcohol en la Consulta de Enfermería de Transición de Trasplante ha demostrado ser una estrategia efectiva para brindar información y concienciar a los jóvenes trasplantados sobre los riesgos del consumo de alcohol. Sin embargo, se necesita continuar evaluando y mejorando la actividad para asegurar su eficacia a largo plazo.

ENFERMEDAD HEPÁTICA ASOCIADA A CIRUGÍA DE FONTAN (EHCF): EXPERIENCIA EN ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Martínez Fernández M, Castro Valdeolmillos S, Rubio Murillo M, Violadé Guerrero F, Sierra Capitán P, Ortiz Cantero E, Gil Arenas JA, Pérez García de Blanes E. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El propósito del estudio es describir el comportamiento de la hepatopatía asociada a cirugía de Fontan (EHCF) en una serie de pacientes adolescentes en seguimiento en nuestra consulta de hepatología en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo, realizado mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes con EHCF de nuestras consultas entre enero 2020 y diciembre 2023. Se recogieron las siguientes variables, todas referidas al momento de la última visita: cardiopatía, edad, edad en el momento de la cirugía, intervalo desde la cirugía; valores de enzimas hepáticas, recuento de plaquetas, índice APRI, hallazgos de ecografía, resonancia magnética (RM), elastografía de transición (ET); así como gastroscopia y presión en el circuito de Fontan en un subgrupo de ellos. Se efectuaron test de correlación no paramétricos, Spearman y Kendall Tau.

Resultados. Identificamos 12 pacientes. La edad media fue 17,32 años (rango 12,5-20,3). La cardiopatía congénita más prevalente fue la atresia tricúspidea. La edad media de la cirugía fue 5,8 años (rango 4,2-7,5). El tiempo medio transcurrido desde la cirugía fue 11,54 años (rango 7,10-14). La enzima hepática más frecuentemente alterada es la gamma-glutamil transferasa (GGT), mostrándose por encima del rango normal en 5 pacientes y siendo su valor máximo 180 U/L. La plaquetopenia se reportó en dos pacientes, asociada a otros datos de hipertensión portal (HTP) en uno de ellos. Hallazgos ecográficos anormales se observaron en 11 pacientes, siendo la heterogeneidad parenquimatosa y la esplenomegalia los más comunes. 10 pacientes tienen realizadas RM, encontrando en 3 de ellos además del daño del parénquima, lesiones focales. El grado de fibrosis se evaluó de manera no invasiva mediante el índice APRI, media de 0,44 y la ET, media de 19,91 Kpa (rango 12,2-29,2). Se realizaron gastroscopias en los pacientes con signos de HTP y en cualquier caso si plaquetopenia y $ET > 20$ kp. Se detectaron varices en una paciente. En la mayoría de los pacientes se midieron las presiones en el circuito de Fontan entre 5 y 10 años postcirugía, destacando un valor elevado en la paciente que tenía más signos de HTP. Encontramos asociaciones lineales positivas estadísticamente significativas solo entre los valores de GGT y ET.

Conclusiones. La EHCF es una consecuencia progresiva y universal en pacientes sometidos a cirugía de Fontan. El debut comienza entre los 5-10 años desde la intervención, por lo que la vigilancia de la misma debe formar parte del estudio rutinario desde la edad pediátrica. Si bien no es esperable el desarrollo de hepatopatía avanzada en la infancia ni en la adolescencia, como refleja nuestro trabajo. A pesar de la relevancia clínica de los hallazgos, el análisis está limitado por el tamaño muestral, impidiendo la extrapolación de correlaciones estadísticas robustas.

UNA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN PEDIATRÍA: HEMOSUCCUS PANCREATICUS. Alberto Alonso JR, De la Barreda Heusser L, San Juan Acosta ME, Pérez Rodríguez A, Gutiérrez Vilar M, Herrera Llobat M, Ruiz Pons M, Borque Barrera P. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

Introducción. *Hemosuccus pancreaticus* o sangrado del conducto pancreático, es una causa rara de hemorragia digestiva alta. Se encuentra con mayor frecuencia en pacientes con pancreatitis crónica, pseudoquistes o tumores pancreáticos. El sangrado ocurre cuando un pseudoquiste o tumor erosiona un vaso, formando una comunicación directa entre el conducto pancreático y el vaso. El sangrado frecuentemente es importante y puede ser potencialmente mortal. El diagnóstico generalmente se confirma con técnicas de imagen como la tomografía computarizada (TC) abdominal y / o colangiopancreatografía por resonancia magnética (Colangiorm). La arteriografía mesentérica con embolización endoarterial con coil asistida con *stent* puede controlar el sangrado agudo y suele ser el tratamiento de elección.

Caso clínico. Se presenta el caso clínico de un varón de 2 años de edad, en seguimiento en consultas externas por fallo de medro y trastorno del espectro autista que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución consistente en deposiciones melénicas asociado a una hematemesis el día del ingreso. Se realiza una endoscopia digestiva alta urgente donde se objetivan restos de sangrado en el duodeno, sin identificar una causa clara del mismo. Posteriormente se completa el estudio de hemorragia digestiva destacando una anemia normocítica normocrómica severa que requiere de varias transfusiones durante el ingreso, elevación oscilante de la amilasa sérica (800-2.000 UI/L) y lipasa pancreática (600-1.800 UI/L), y en la TC abdominal y la colangiorm un aumento de volumen de la cabeza del páncreas compatible con un páncreas divisum y 3 pseudoquistes adyacentes a la misma. El resto de las pruebas solicitadas incluyendo varias endoscopias digestivas altas (EDAs) de control, ileocolonoscopía, ecografías abdominales, mucosa gástrica ectópica con Tc-99m, Hematíes marcados con Tc-99m y pirofosfato, SPET-TC y una laparotomía exploradora, no son concluyentes para identificar el origen del sangrado. Al mes y medio de ingreso, el paciente realiza una hematoquezia practicándose una EDA de urgencia, donde se objetiva salida de sangre roja a través de la papila mayor, confirmando el origen del sangrado. Finalmente se decide embolizar endoarterialmente con coils asistida por *stent* la arteria gastroduodenal con resultado exitoso, controlando por completo los episodios de sangrado.



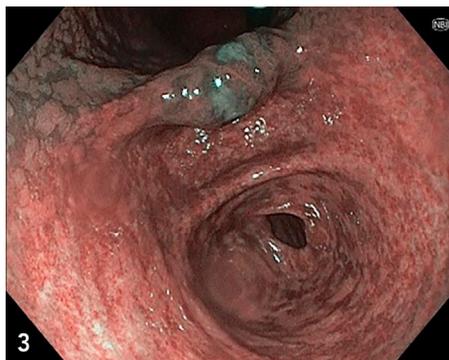
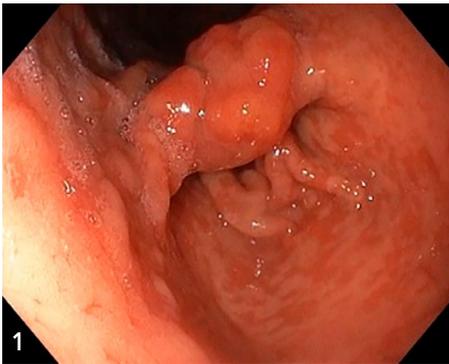


Comentarios. El *hemosuccus pancreaticus* es una causa muy infrecuente de sangrado digestivo alto y que consiste en el sangrado a través del conducto pancreático. Existen muy pocos casos descritos en la literatura. Presentamos el caso clínico con registro videográfico de un paciente con hemorragia digestiva alta de etiología desconocida con sospecha de procedencia pancreática en el que se objetiva emisión de sangre a través de la papila mayor duodenal. Esto produjo el esclarecimiento del origen del sangrado y promovió la terapéutica con embolización de la arteria gastroduodenal que logró controlar el sangrado y la estabilización del paciente.

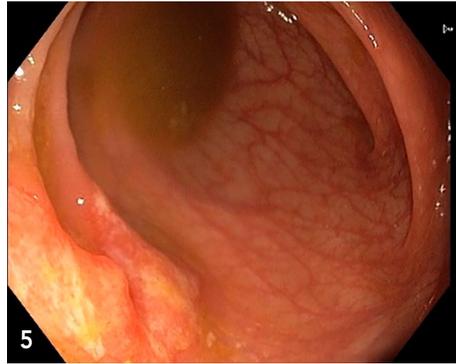
HEPATOMEGALIA, MALABSORCIÓN Y PÓLIPOS INFLAMATORIOS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL DEFECTO CONGÉNITO DE LA GLICOSILACIÓN TIPO IB. Salinas Uhalte A, García Romero R, Ros Arnal I, Castejón Ponce E, Pérez Delgado R, Santos López B, Galindo García AC, Buades Pérez E. *Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Introducción. Los defectos congénitos de la glicosilación (CDG) son enfermedades poco frecuentes que cursan con hepatopatía crónica precoz, clínica gastrointestinal, manifestaciones neurológicas y alteraciones de la hemostasia.

Resumen del caso. Niño de 9 años que presenta diarrea crónica con 5-6 deposiciones diarias Bristol 7-8 sin productos patológicos ni otra sintomatología gastrointestinal. Asocia estancamiento ponderoestatural progresivo desde los 7 años con desarrollo psicomotor normal. A la exploración física destaca hepatoesplenomegalia, presente desde los dos años de vida. Se realiza estudio de heces con cifras de calprotectina de 448,5 mg/kg y sangre oculta negativa. En analítica sanguínea, hemoglobina 11,8 g/dl con perfil hepático, hemostasia, proteínas, albúmina normales, y marcadores de inflamación y celiaquía negativos. En ecografía abdominal se objetivan signos de hepatopatía crónica sin hipertensión portal. Se realiza despistaje inmunológico y neuro metabólico con resultado normal. Ante persistencia de la clínica y niveles elevados de calprotectina se realiza endoscopia digestiva con hallazgo en curvatura menor de estómago y a 20-30 cm del margen anal de lesiones edematosas y congestivas de aspecto polipoideo, con restos de fibrina y úlceras aisladas de escasos milímetros en resto de colon. Se realiza biopsia hepática compatible con fibrosis hepática congénita con hallazgo en exoma genético de dos mutaciones en el gen de la manosa fosfato isomerasa (MPI), asociado al trastorno congénito de la glicosilación tipo Ib, por lo que inicia tratamiento con manosa, pendiente de control evolutivo en el momento actual.



Figuras 1, 2 y 3. Mucosa gástrica congestiva, edematosa en empedrado y pseudopólipo de 2-3 cm en curvatura menor.



Figuras 4 y 5. Pólipo de aspecto nodular con imágenes de fibrina situado en colon.



Figura 6. Aftas aisladas en colon alternando con mucosa de aspecto normal.

Comentarios. La presentación clínica del DCG tipo Ib es fundamentalmente hepática y gastrointestinal, incluyendo vómitos, enteropatía pierde proteína condiarrea crónica y fallo de medro, sin asociar retraso psicomotor ni otras manifestaciones neurológicas. En ocasiones, la fibrosis hepática congénita puede ser la única forma de presentación. Se han descrito variedad de hallazgos patológicos en la biopsia intestinal, siendo lo más característico la atrofia vellositaria y la inflamación linfoplasmocitaria. El tratamiento con manosa mejora la sintomatología y normaliza el perfil hepático, precisando estudios a largo plazo para valorar la respuesta histológica.

MANEJO ENDOSCÓPICO DE ACALASIA: PRIMERA EXPERIENCIA CLÍNICA DE MIOTOMÍA ENDOSCÓPICA PERORAL (POEM). Bueno Suárez C¹, Medina Benítez E¹, Salcedo Lobato E¹, Carabáño Aguado I¹, Martos Anguita E¹, Moreno Zegarra C², Castel de Lucas I³, Marín Gabriel JC³. ¹Servicio Gastroenterología Pediátrica; ²Servicio Cirugía Pediátrica; ³Servicio Medicina Aparato Digestivo. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción. La acalasia es un trastorno motor esofágico poco frecuente en la población pediátrica, tiene una incidencia de 0,02-0,11 casos por 100.000. El tratamiento busca reducir la presión del esfínter del esófago inferior, empleando fármacos, dilataciones neumáticas o miotomía. Tradicionalmente, la miotomía de Heller ha sido la terapia más comúnmente elegida. Sin embargo, la miotomía endoscópica peroral (POEM) ha emergido como una alternativa eficaz tanto en adultos como en niños. Referimos el primer POEM en nuestro hospital realizado en colaboración con Gastroenterología de adultos.

Caso clínico. Niña de 9 años que presenta desde hace 4 meses disfagia, vómitos y tos tras cada ingesta, tolerancia exclusiva a líquidos y pérdida de peso (score de Eckardt de 7). La radiografía de tórax inicial mostró ensanchamiento mediastínico, confirmado por TAC torácico con marcada dilatación esofágica, sin causa obstructiva extraluminal. Ante la sospecha diagnóstica de acalasia se realizó un tránsito digestivo superior revelando paso de contraste filiforme en región cardihiatal con dilatación retrógrada de todo el esófago y vaciamiento muy enlentecido. En la manometría esofágica se evidenció un trastorno motor esofágico consistente en una alteración de la relajación de la Unión Gastroesofágica, aunque con presión basal normal causando una obstrucción funcional (acalasia tipo I). Se realizó inicialmente una dilatación neumática del esófago distal que no fue exitosa, ante lo cual se decidió en sesión conjunta con Cirugía Pediátrica y en colaboración con el Servicio de Gastroenterología de adultos la realización miotomía endoscópica. El procedimiento comenzó con una medición preoperatoria de distensibilidad esofágica de 1,8 mmHg/mm² mediante EndoFLIP. Se realizó posteriormente una incisión en la mucosa esofágica, creando un túnel de 2 cm hacia la cavidad gástrica, seguido de la miotomía con Triangle Knife y cierre de la mucosotomía con endoclips. No se logró obtener una medición efectiva de distensibilidad al finalizar el procedimiento. Después del procedimiento no se objetivaron complicaciones e inició la ingesta al día siguiente sin presentar disfagia. Tras 11 meses de la intervención de POEM, la paciente no refiere disfagia, vómitos ni regurgitaciones, come sólidos y presenta ganancia de peso (score de Eckardt de 0). Además, en la endoscopia de seguimiento post-POEM no se observaron signos de esofagitis por reflujo gastro esofágico.

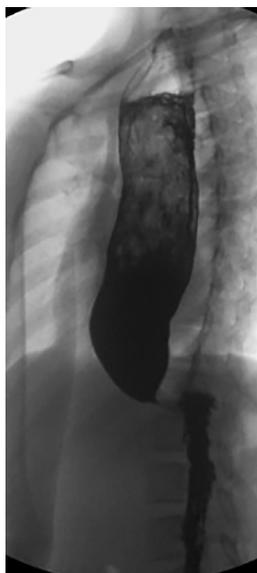


Figura 1. Estudio esofágico baritado.

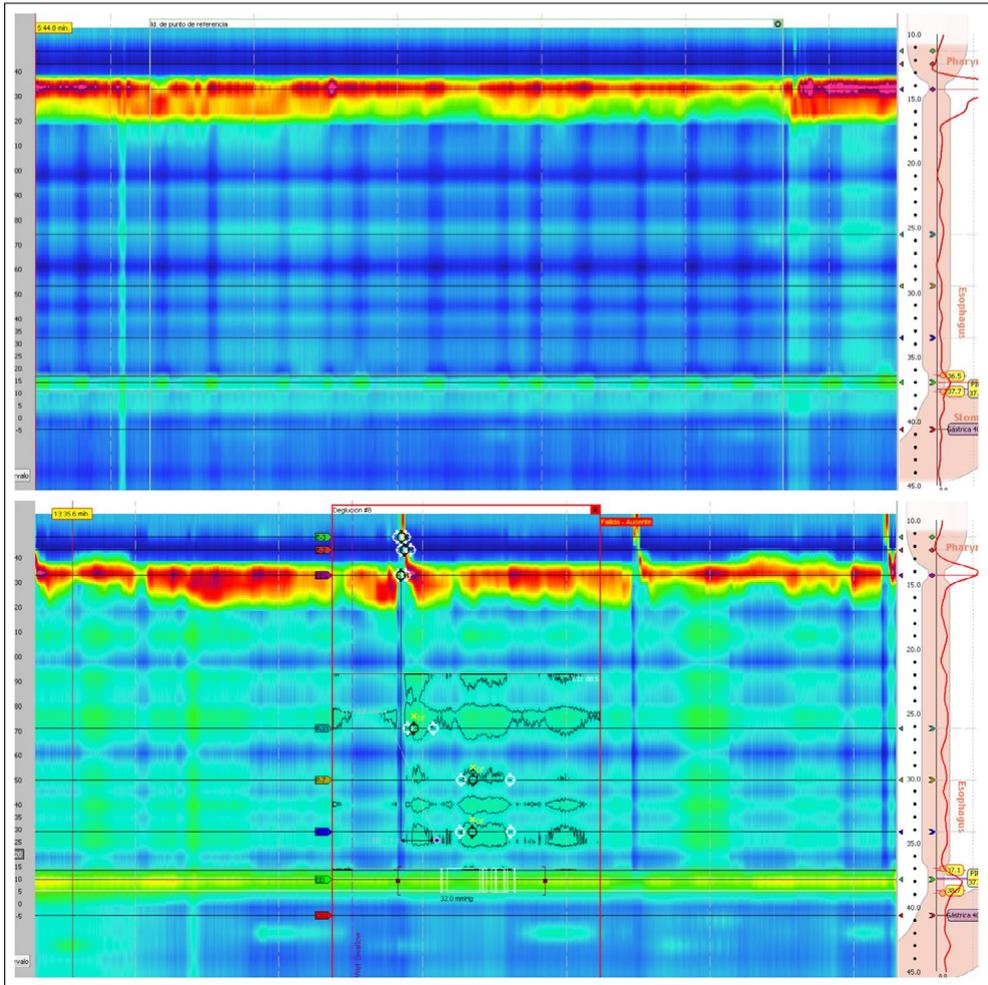


Figura 2. Manometría esofágica: landmark y deglución.

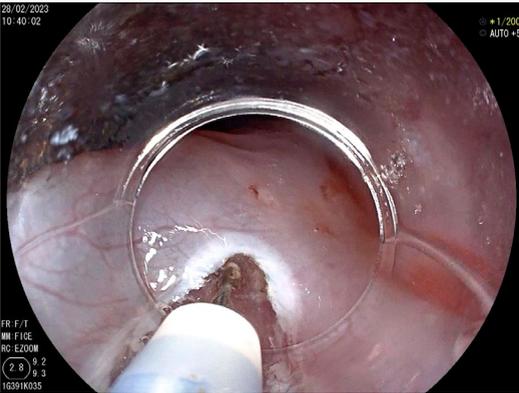


Figura 3. Mucotomía longitudinal.



Figura 4. Creación del túnel submucoso.



Figura 5. Miotomía.

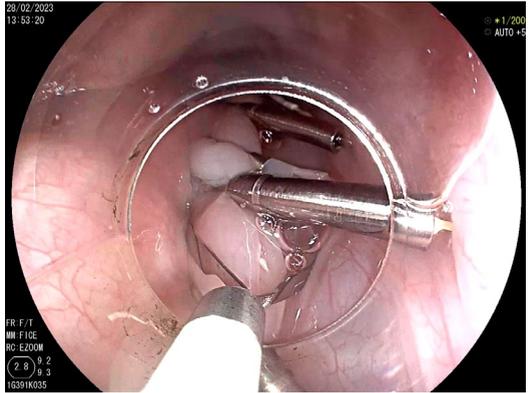


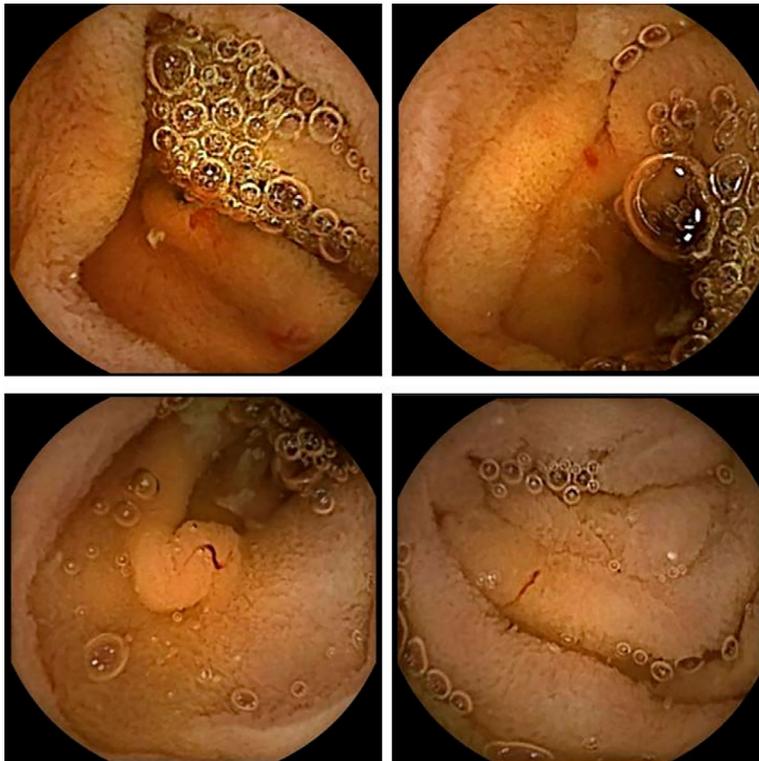
Figura 6. Cierre de la mucotomía con endoclips.

Comentarios. Recientemente, se ha observado un incremento en la literatura científica sobre la aplicación de POEM en pacientes pediátricos, evidenciando resultados seguros y eficaces. Entre las ventajas de esta terapia destacan una menor duración de la estancia hospitalaria, la reducción del trauma quirúrgico debido a la ausencia de incisiones abdominales, y la realización de la miotomía sin la necesidad de disección del hiato esofágico. La complejidad del procedimiento precisa en la actualidad de la intervención por parte de endoscopistas especializados de adultos.

ANEMIA FERROPÉNICA REFRACTARIA EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND. Pinto Rivera DM¹, Changllio Calle GG¹, Vila Miravet V¹, Pujol Muncunill G¹, González Forster EL², Soria López M³, Martín de Carpi FJ¹. ¹Servicio de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica; ²Servicio de Hematología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ³Servicio de Gastroenterología Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Puerta del Sur. Móstoles, Madrid.

Introducción. El factor de Von Willebrand (vWf) más allá de sus funciones hemostáticas es un mediador de la angiogénesis. Este hecho explica la asociación descrita entre la enfermedad de vWD (vWD) y el desarrollo de angiodisplasias gastrointestinales (GI). Hasta un 20% de los pacientes con vWD pueden desarrollar angiodisplasias GI, especialmente en los tipos 2 y 3, con mayor frecuencia en ciego y colon ascendente. Presentamos un paciente con vWD diagnosticado de angiodisplasias yeyunales a raíz de anemia ferropénica refractaria.

Caso clínico. Adolescente varón de 17 años, diagnosticado de anemia ferropénica grave (Hb 5 g/L) a los 15 años a raíz de palidez, cansancio y mareo de 4 meses de evolución. Estudiado por hematología se diagnostica de vWD tipo1 (Ag 27-34%, activ 25-34%). Marcadores serológicos de celiacía y estudio de *Helicobacter pylori* negativos. Calprotectina fecal normal. Ante refractariedad al tratamiento con hierro oral e intravenoso y presencia de sangre oculta en heces positiva nos lo remiten para completar estudio. Se realiza gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos macroscópicos ni histológicos. Se completa estudio mediante cápsula endoscópica detectando varias lesiones en yeyuno sugestivas de angiodisplasia (Fig. 1). Se decide realizar enteroscopia anterógrada, observándose en yeyuno 8-10 lesiones eritematosas puntiformes de origen vascular que se electrocoagulan con gas argón. Aproximadamente un año más tarde precisa nueva valoración endoscópica por reagudización de la anemia. La cápsula endoscópica muestra de nuevo angiodisplasias aisladas en yeyuno. En la actualidad está pendiente de repetirse enteroscopia para nueva terapia con argón y valorar iniciar tratamiento farmacológico con ocreótide o inhibidores de la angiogénesis.



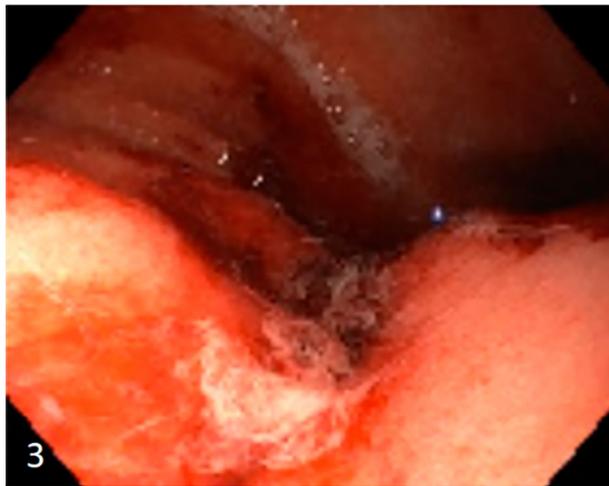
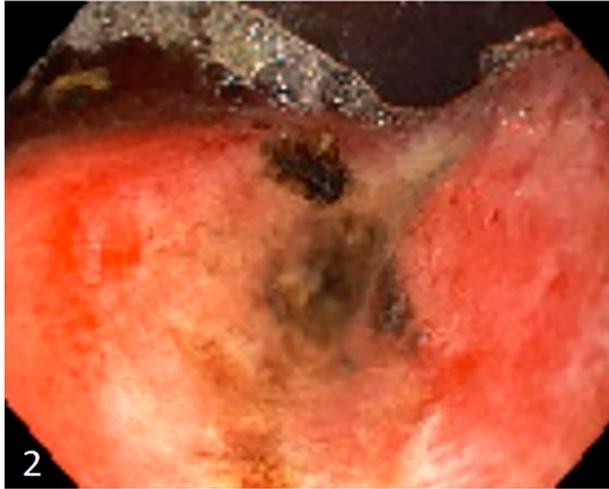
Conclusiones. La angiodisplasia gastrointestinal como causa de sangrado digestivo en pediatría es muy infrecuente. Se considera importante su búsqueda en aquellos pacientes con anemia ferropénica refractaria en los que no se ha llegado al diagnóstico. La capsuloendoscopia es la prueba indicada si se sospecha. Una vez detectada, la electrocoagulación con gas argón es la primera línea de tratamiento precisando una enteroscopia. A pesar de la asociación descrita entre vWD y angiodisplasias nuestro caso es excepcional por la edad tan precoz de debut, la localización de las mismas y al ser menos frecuente en vW tipo 1. Por este motivo desde hematología se ha decidido ampliar el estudio.

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE FÍSTULA GASTRO-CÓLICA. Pérez Hernández PL¹, Gómez Anca S¹, Artero López J¹, López García CM¹, Peña Sainz-Pardo E¹, De María Pallares P², Hernández Oliveros F³, Alcolea Sánchez A¹. ¹Unidad de Rehabilitación Intestinal, Servicio de Gastroenterología Pediátrica; ²Unidad de Endoscopia Digestiva; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. Los avances tecnológicos ponen a nuestra disposición una innovadora variedad de equipamientos e instrumentos diseñados para solucionar los problemas de nuestros pacientes. El uso de estos dispositivos está cada vez más extendido en adultos, pero no hay que olvidar que podrían ser una opción terapéutica también en el paciente pediátrico.

Caso clínico. Presentamos a un paciente varón de 12 años de edad en situación de fallo intestinal por síndrome trico-hepato-entérico a dieta absoluta durante años por fracaso de tolerancia enteral con aparición de vómitos fecaloideos con mínima ingesta, sin causa obstructiva mecánica demostrada y portador de gastrostomía de descarga desde los 4 años de vida. Durante la realización de una fibrobroncoscopia diagnóstica por un proceso neumónico, sufre una broncoaspiración masiva con un síndrome de distrés respiratorio agudo grave. En la entero-resonancia magnética se objetiva la presencia de una fístula gastro-cólica de alto débito, que podría estar en relación con la colocación de una sonda de gastrostomía previa y que explicaría la etiología del evento agudo descrito, así como el fracaso de tolerancia enteral. Se solicita valoración por la Unidad de Endoscopia Digestiva y se realiza endoscopia terapéutica donde se visualiza, en cara posterior de cuerpo alto del estómago, un orificio fistuloso de un calibre de 3 mm (Fig. 1). Se procede a fulgurar orificio con argón (30W E2 a 0.8L/min) para refrescar márgenes (Fig. 2). Posteriormente se coloca sobretubo para introducción de sistema de sutura endoscópica (OverStitch) y se realiza cierre completo del orificio fistuloso con un total de dos suturas con cuatro pases de aguja por sutura con buen resultado final (Fig. 3). El procedimiento transcurre sin incidencias. A los 15 días del procedimiento se realiza enema opaco de control sin visualizarse fístula gastro-cólica. El paciente permanece asintomático y con adecuada tolerancia enteral un año y medio más tarde.





HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A ISQUEMIA INTESTINAL POST-TRASPLANTE HEPÁTICO. Sánchez Gallego P, Astudillo Lira DV, Ruiz Arévalo I, González de Caldas Marchal R, Rodríguez Salas M, Gilbert Pérez JJ, Jiménez Gómez J. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción. La hemorragia digestiva alta (HDA) es una entidad infrecuente en el paciente pediátrico que exige un manejo eficaz en el ámbito de urgencias en tanto en cuanto puede constituir una entidad potencialmente grave y con riesgo vital. La prioridad en el manejo de estos pacientes es la valoración precoz de la gravedad de la pérdida sanguínea y la estabilización hemodinámica. La identificación precoz de una HDA significativa y el abordaje multidisciplinar pueden disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta entidad. La endoscopia digestiva alta (EDA) continúa siendo el *gold standard* en el diagnóstico y la primera línea de tratamiento en la HDA. La EDA precoz (en las primeras 24-48 horas tras el sangrado) asocia una reducción en los requerimientos transfusionales, las tasas de resangrado y la necesidad de cirugía comparada con la endoscopia más tardía.

Caso clínico. Presentamos el caso de una paciente de 3 años con antecedentes de colestasis intrahepática familiar tipo BSEP en tratamiento por prurito incoercible, trasplantada hepática en diciembre de 2023 con hígado reducido por segmento IV de donante cadáver con anastomosis biliar colédoco-colédoco. Durante la cirugía, destaca un síndrome de reperfusión con importante inestabilidad hemodinámica, precisando drogas vasoactivas. A los pocos días post-trasplante, presentó hemorragia digestiva baja en forma de melenas, de forma mantenida. En el 18º día postrasplante, precisó colocación de *stent* en arteria hepática por estenosis arterial. Tras implante de *stent*, comenzó con abundantes restos por SNG en posos de café y hematemesis, objetivándose en primera EDA úlceras profundas en 2ª y 3ª porción duodenal, con fondo necrótico, manteniéndose actitud expectante ante la extensión de las lesiones. En segunda EDA realizada por persistencia de sangrado, se visualizaron úlceras estadio Forrest Ib y IIc (Figs. 1 y 2) y se aplica spray hemostático de forma difusa en zona (Fig. 3). Tras 48 horas, se realizó una tercera EDA, donde se volvió a aplicar spray hemostático por persistencia de sangrado y se evidenciaron de nuevas lesiones ulcerosas Forrest Ib (1ª porción duodenal) (Fig. 4). La paciente presentó mala evolución, con persistencia del sangrado y perforación duodenal. Se decidió traslado a hospital de referencia para valoración de trasplante multivisceral.

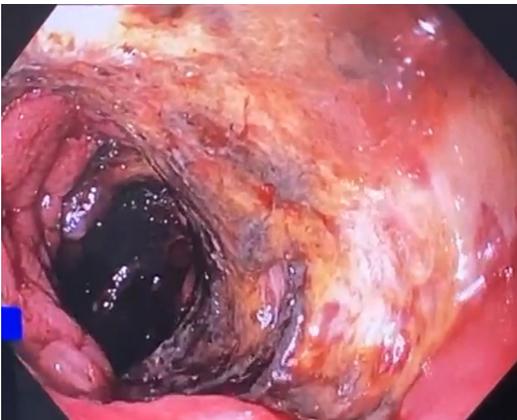


Figura 1

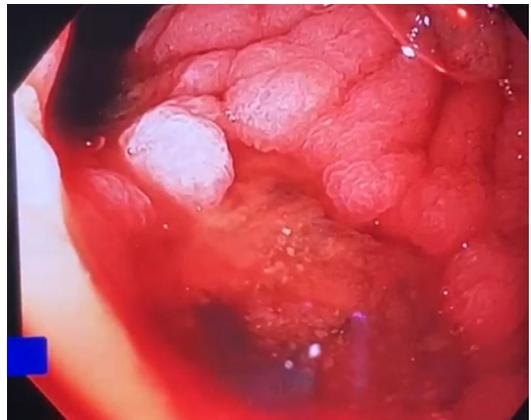


Figura 2



Figura 3



Figura 4

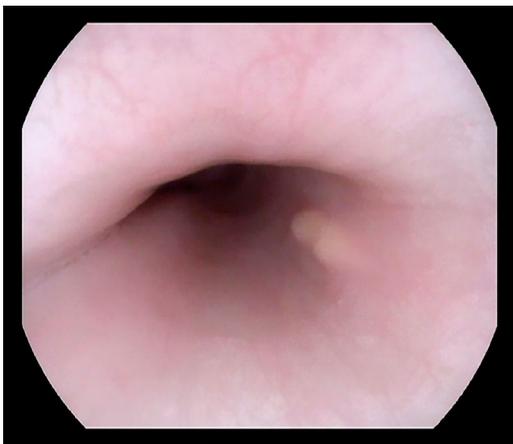
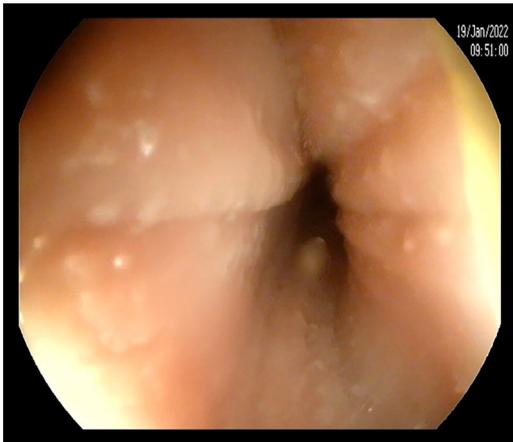
Comentarios. Podemos resaltar con este caso la importancia de la EDA precoz en casos de HDA, ya que es una técnica tanto diagnóstica como terapéutica, permitiendo el tratamiento con agentes como el hemospray (entre otros) para disminuir el riesgo de re-sangrado y facilitar una hemostasia rápida.

TUMOR DE CÉLULAS GRANULARES EN UN PACIENTE CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. Amar Devico YS¹, Changllo Calle G², Martínez Pereira A², Martínez Osorio J², Marroquín Cordón MJ², Montells Fuster S², Vila Miravet V², Martín de Carpi J². ¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.

Introducción. El tumor de células granulares es un tumor raro originado a partir de células de Schwann que suele afectar al tejido subcutáneo en la región de la cabeza y el cuello. Con menor frecuencia, aparece en el tracto gastrointestinal, principalmente en el esófago. Se ha postulado que su aparición pueda ser secundaria a lesiones o a inflamación crónica. Estudios recientes han informado de la coexistencia de tumor de células granulares y esofagitis eosinofílica (EoE).

Resumen del caso. Niño de 12 años diagnosticado a los 11 años de EoE por clínica de disfagia a sólidos. En la primera endoscopia realizada se objetiva edema, exudado, surcos longitudinales en toda su extensión (E1R0F1E1S0), y en unión esófago medio-distal se observa un nódulo blanquecino de 5 mm de tamaño. En anatomía patológica se confirma EoE (Eosinófilos/campo gran aumento: distal 120-proximal 130). La biopsia del nódulo muestra una lesión subepitelial constituida por agregado de células epitelioideas con núcleo redondeado y citoplasma granular. Las células muestran positividad para CD68, leve para proteína-S100 e inhibina, con diagnóstico de tumor de células granulares. Se inicia tratamiento con lansoprazol, que se mantiene durante 4 meses, con endoscopia de control con ausencia de curación endoscópica (E1R0F1E1S0; esófago de aspecto endoscópico normal en toda su extensión salvo discreto edema, surcos longitudinales y exudado a nivel distal), histológica (Eosinófilos/campo de gran aumento: distal 123-proximal 24, nódulo de 5 mm), y clínica, con un episodio de disfagia con un trozo de pizza. Se inicia tratamiento con dieta de exclusión de 2 alimentos (proteínas leche de vaca y gluten), que se mantiene durante 6 meses. En endoscopia de control se observa esófago de aspecto endoscópico normal en toda su extensión salvo discreto edema, surcos longitudinales y microexudado focalizado a nivel distal (E1R0F1E1S0), y nódulo de 7 mm. En anatomía patológica mantiene 140 eosinófilos/campo gran aumento en esófago distal, en esófago proximal cambios mínimos e inespecíficos. Clínicamente presentaba tos. Se inicia budesónida oral viscosa, con endoscopia normal a los 6 meses (Eosinófilos/campo gran aumento: distal 0-proximal 0). En anatomía patológica, mucosa esofágica hiperplásica con ectasia vascular, sin evidencia de eosinófilos, y clínicamente asintomático.



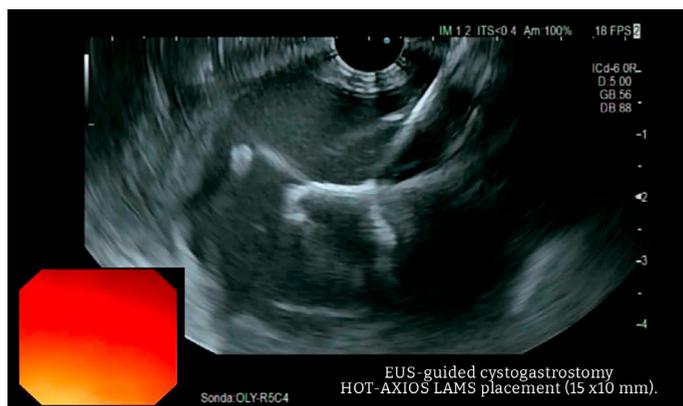
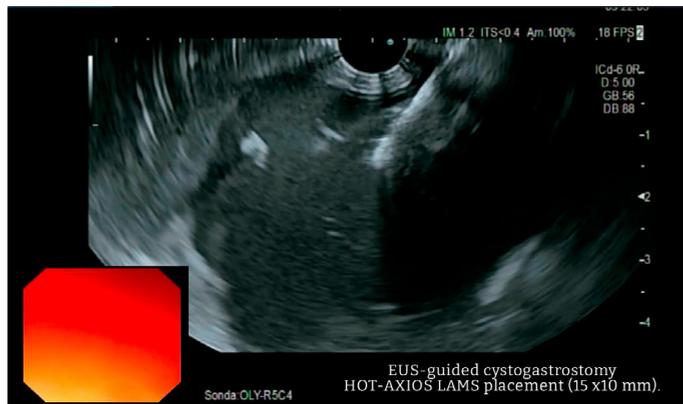


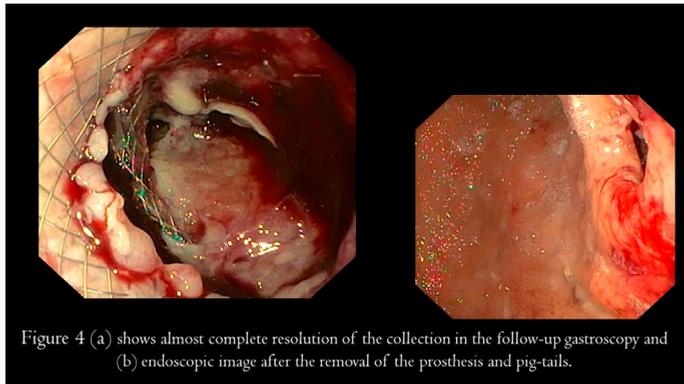
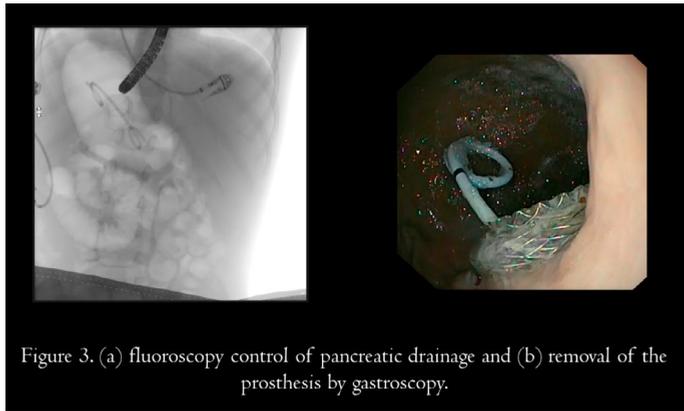
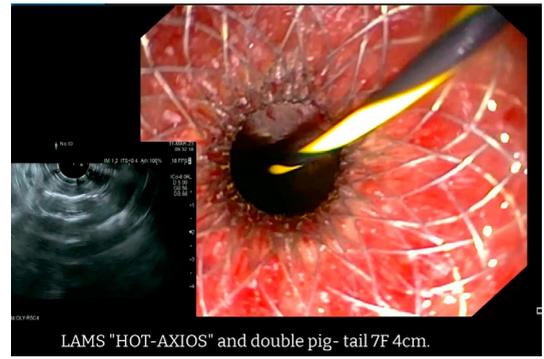
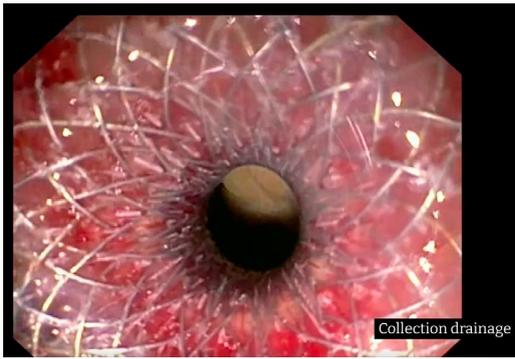
Comentarios. Los tumores de células granulares esofágicas son excepcionales y suelen ser un hallazgo casual. Existen muy pocos casos pediátricos reportados, de los cuales alrededor del 30% se asocian a EoE. Se necesitan más estudios para discernir si se trata de un hallazgo incidental o si existe una asociación fisiopatológica entre ambas entidades.

**EFICACIA Y SEGURIDAD DEL DRENAJE ENDOSCÓPICO EN NIÑOS CON PANCREATITIS: A PRO-
PÓSITO DE UN CASO.** Tutau Gómez C, Carhuas Canchan M, Legarda Tamará M, Irastorza Terradillos
I, Casado Morentín I, Roa Esparza I, Durá Gil M. *Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Introducción. El drenaje endoscópico guiado por ultrasonido es el tratamiento de elección para el drenaje de colecciones pancreáticas sintomáticas evolucionadas en adultos. No obstante, existen datos limitados sobre su seguridad y eficacia en pacientes pediátricos.

Caso clínico. Niño de 6 años, sin antecedentes de interés, tras 5 semanas de un episodio de pancreatitis aguda moderada de origen incierto presenta una gran colección pancreática con trombosis esplénica 2ª a la compresión. Tras 4 semanas de manejo conservador sin mejoría consultan para valorar drenaje endoscópico. Con control anestésico, intubación oro-traqueal y fluoroscopia, se realizó una cisto-gastrostomía transgástrica ecoguiada mediante el uso de una prótesis de aposición luminal (PAL) "Hot Axios" de 15x10 mm, mediante la técnica de "free hand". Con el fin de prevenir la migración se insertó coaxial a la PAL un doble pig-tail (DPT) de 7F-4 cm. Tras el alta sin incidencias, el paciente reingresó a las 2 semanas debido a un cuadro de bacteriemia. Durante el ingreso se realizó una TAC que mostró una resolución casi completa de la colección, evidenciándose una tromboflebitis esplenoportal en coincidencia con el extremo distal del DPT. Se retiró ambas prótesis (PAL y DPT), y administró antibioterapia con una significativa mejoría clínico-analítica. Tras el alta con tratamiento anticoagulante presentó a los 3 meses una resolución completa del trombo.





Conclusión. El drenaje ecoendoscópico de colecciones pancreáticas en pacientes pediátricos es una opción terapéutica factible. La tromboflebitis esplenoportal y la bacteriemia son complicaciones raras, que pueden responder de manera favorable al manejo endoscópico y médico.

PÓLIPO COLÓNICO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA COMO ÚNICO HALLAZGO DE ANEMIA GRAVE.

Gutiérrez García M¹, Torcuato Rubio E², Ortiz Pérez P², García Ramírez M², Martín Masot R², Navas López V². ¹Hospital General de Elda. Elda, Alicante. ²Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción. La anemia es el principal motivo de consulta hematológica en pediatría. Su causa más frecuente es la ferropenia y, aunque generalmente es de origen carencial, debemos tener en cuenta la existencia de patologías orgánicas subyacentes que incrementan las necesidades de hierro del organismo.

Caso clínico. Varón de 11 años derivado a la consulta de gastroenterología infantil por hallazgo de anemia grave de 6,9 g/dl (valores normales para la edad entre 12,6-16 g/dl), en contexto de clínica de astenia sin otra sintomatología acompañante. Se inicia tratamiento con hierro oral con escasa respuesta y se realiza estudio de primer nivel con único hallazgo de sangre oculta en heces positivo. Dados los hallazgos se realiza panendoscopia en la que se identifica, adyacente a borde de válvula ileocecal, una lesión de base ancha, excrecente, de 2 centímetros de diámetro, polilobulada, con punteado hemorrágico y zonas de sangrado activo en babeo, compatible con lesión polipoidea 0-Ip de la clasificación de Paris y tipo I de la clasificación NICE, con resto de exploración endoscópica sin hallazgos. Dado el tamaño de la lesión, la localización de la misma y la imposibilidad de resección endoscópica en el momento de la exploración, se toman biopsias perilesionales con estudio histopatológico y microbiológico anodino. Se mantiene seguimiento estrecho del paciente con ferrotterapia oral mejorando cifras de hemoglobina (último control en 12,2 g/dl) y está pendiente de resección endoscópica mucosa (REM) o disección submucosa endoscópica (DSE) de la lesión por parte de unidad endoscópica de adultos.

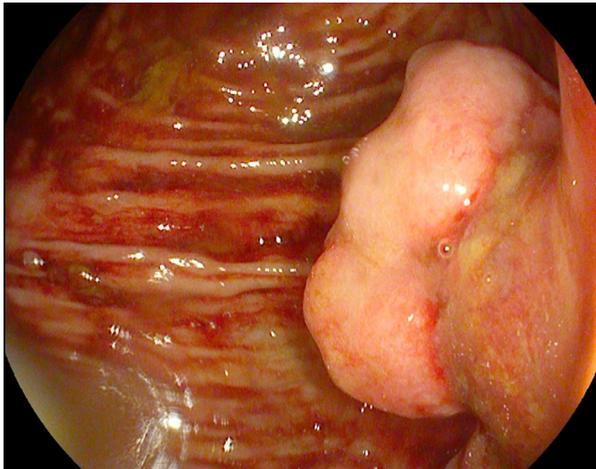


Figura 1. Pólipo adyacente a válvula ileocecal.

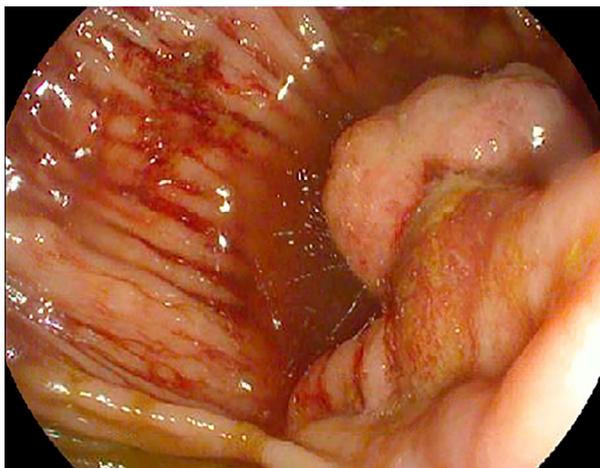


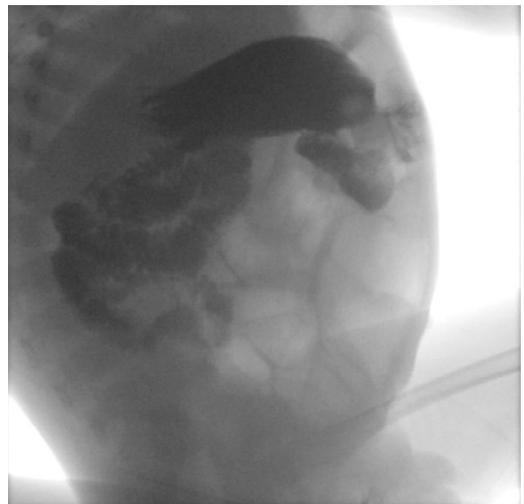
Figura 2. Pólipo adyacente a válvula ileocecal.

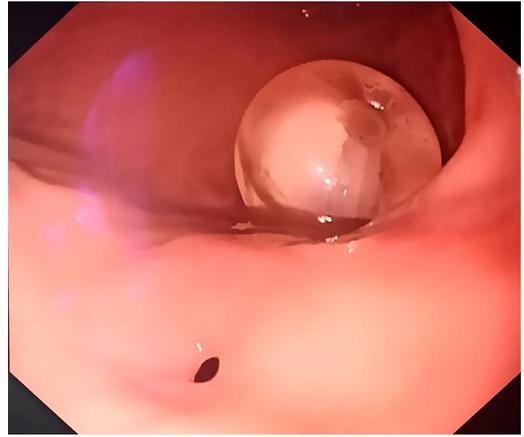
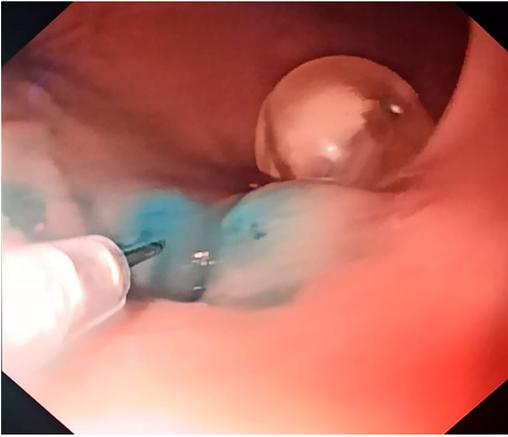
Conclusión. Los pólipos gastrointestinales presentan una incidencia aproximada del 1% en la edad preescolar y escolar, con localización más frecuente en colon. Aunque la manifestación típica de los pólipos colónicos es el sangrado rectal que causa anemia ferropénica no carencial, en ocasiones se presenta como melenas o como anemia sin otros hallazgos. La polipectomía endoscópica se considera la técnica de elección para su tratamiento, siendo indicación en la mayoría de los pólipos pediculados y sésiles menores de 2 cm. No obstante, algunos pólipos sésiles, por tamaño o localización, como en nuestro caso, no son susceptibles de polipectomía endoscópica, precisando de REM o incluso DSE, técnicas endoscópicas complejas que requieren un alto entrenamiento y, en última instancia, abordaje quirúrgico para su extirpación. El caso presentado resulta un reto terapéutico debido a su base ancha y su localización perivalvular, lo que dificulta la resección mediante técnica simple, precisando de técnicas endoscópicas más avanzadas para su abordaje terapéutico.

DESNUTRICIÓN SECUNDARIA A DIARREA CRÓNICA EN UN PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO PORTADOR DE GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA. ¿QUÉ ESPERAMOS ENCONTRAR EN LA GASTROSCOPIA? Violadé Guerrero FM, Martínez Fernández M, Morcillo Azcarate J, Rubio Murillo M, Valverde Fernández J, Rodríguez Martínez A. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción. Existen diferentes indicaciones potenciales para requerir nutrición enteral en pediatría, siendo una de ellas el paciente con desnutrición crónica secundaria a enfermedad renal crónica. La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda en el estómago a través de la pared abdominal. Esta técnica ha sustituido a la gastrostomía quirúrgica por ser un procedimiento rápido, poco invasivo, de bajo coste y con escasas complicaciones graves. Una de las técnicas utilizadas es la "push" (técnica Saks-Vine).

Resumen del caso. Varón de 6 años, trasplantado renal por enfermedad renal crónica secundaria a válvulas de uretra posterior, portador de PEG desde el primer año de vida. Desde entonces presenta diarrea crónica, alteraciones hidroelectrolíticas recurrentes y fallo de medro, que tras la realización de pruebas complementarias pertinentes no se identifica justificación al cuadro clínico que presenta. Se realiza una primera endoscopia a los 2 años de vida con hallazgo de un orificio antral prepilórico que sugiere trayecto fistuloso al endoscopista; pero que no se confirma tras la realización de varios estudios de tránsito baritado. Ante la persistencia de la clínica y sin respuesta a diversas medidas dietéticas y tratamiento médico, se lleva a cabo nueva endoscopia a los 4 años de vida objetivándose persistencia de orificio milimétrico en misma localización, confirmándose en esta ocasión mediante tránsito baritado la existencia de un trayecto fistuloso de aproximadamente 7 x 5,5 mm que comunica la pared gástrica con el extremo distal del colon transverso. Tras el diagnóstico se realiza gastroscopia terapéutica llevando a cabo el cierre de la fístula mediante clip quirúrgico gastroenterológico (mini OTSC® System), con resultado satisfactorio ya que se observa mejoría clínica y desaparición de la diarrea. Sin embargo, al mes de realizar el procedimiento reaparece la diarrea condicionando ingreso hospitalario por deshidratación moderada. Ante la sospecha de reapertura de la fístula gastrocólica se realiza TAC de abdomen confirmándose la existencia de nuevo de fístula gastrocólica optando en esta ocasión por cierre quirúrgico mediante laparotomía. Desde entonces el paciente presenta una evolución satisfactoria con desaparición de la diarrea y una mejoría progresiva de los índices nutricionales.





Comentarios. A pesar de que la PEG es una técnica segura, pueden producirse complicaciones, algunas de ellas potencialmente graves. La fístula gástrica se produce por la inadvertida interposición del colon entre el estómago y la pared abdominal. Clínicamente se presenta como diarrea intratable o aspiración de contenido fecaloideo por la sonda. Al tratarse de una complicación infrecuente, se exige mantener un elevado índice de sospecha ya que ello nos permitirá establecer las pruebas complementarias necesarias para llevar a cabo un diagnóstico precoz y posterior tratamiento que evite cuadros de desnutrición crónica como el acontecido en nuestro caso.

CAMBIOS EN LOS PARÁMETROS DE INFLAMACIÓN INTESTINAL TRAS TRATAMIENTO CON MODULADORES DE CFTR. García Romero R¹, González Jiménez D², Vicente Santamaría S³, Álvarez Beltrán M⁴, Murray Hurtado M⁵, Tutau Gómez C⁶, Loverdos Eserverri I⁷, Torcuato Rubio E⁸, López Cárdenes CM³, Tabares González A³, Gutiérrez Martínez JR², Sierra San Nicolás S⁵, Ortiz Pérez P⁸, García Volpe C⁹, Salcedo Lobato E¹⁰, Crehuá Gaudiza E¹¹, Medina Martínez M¹², Martín Fernández C¹³, Moreno Álvarez A¹⁴, Reyes Domínguez A¹⁵ y Grupo de trabajo de FQ y páncreas de la SEGHP. ¹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Unidad Fibrosis Quística. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁴Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario de Canarias. ⁶Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. ⁷Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ⁸Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital San Joan de Déu. Barcelona. ¹⁰Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Clínico de Valencia. ¹²Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹³Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ¹⁴Gastroenterología y Nutrición Pediátrica Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ¹⁵Unidad de Fibrosis Quística. Servicio Pediatría. Complejo Hospitalario Insular Materno-Infantil de Las Palmas.

Objetivos. Analizar los posibles cambios en la inflamación intestinal, mediante estudio de calprotectina fecal (CF) en pacientes con fibrosis quística (FQ) tras tratamiento con moduladores CFTR.

Material y métodos. Estudio prospectivo y multicéntrico del grupo de trabajo de FQ de la SEGHP en de una cohorte de pacientes con FQ en tratamiento con moduladores CFTR con doble terapia: con lumacaftor/tezacaftor + ivacaftor (LUMA/TEZ + IVA) o triple terapia: elexacaftor /tezacaftor/ivacaftor (ELE/TEZ/IVA). Se recogen datos demográficos, clínicos y analíticos antes del tratamiento, tras seis y doce meses. Se estratifican resultados en subgrupos según modulador utilizado con doble terapia o triple terapia. Datos recogidos mediante aplicación REDcap. Análisis estadístico: Test de McMemar y regresión lineal con análisis multivariante mediante Stata V13.0

Resultados. Se reclutaron 117 pacientes, de edades entre 3 y 47 años con una mediana(Md) de 13,4 años, sin diferencias según sexo, siendo todos portadores de la mutación DF508 (69% homocigotos). Los valores basales de CF estuvieron entre 1 y 1.450 µg/g; Md 49 (RI 23-108). No se encontraron diferencias entre los dos grupos en la CF al inicio: grupo LUMA/TEZ + IVA: Md 48 µg/g (RI 26-91) vs grupo triple terapia 52 µg/g (RI 22-127) p=0,5677. Al inicio del estudio, 57 pacientes (48,7%) tenían valores anormales de CF (> 50 µg/g), y el 11% de ellos, todos del grupo ELE/TEZ/IVA, tenían valores superiores a 250 µg/g. Se observó una disminución progresiva de los valores anormales de CF (> 50 µg/g) a los 6 meses 48,7% vs 33,1% (p=0,0067) y a los 12 meses 54% vs 33,5% (p=0,0218). No se encontraron diferencias entre los 6 y los 12 meses. En el grupo ELE/TEZ/IVA solo 2 y 1 de los participantes tenían calprotectina fecal > 250 µg/g después de 6 y 12 meses, respectivamente. El cambio estimado (IC del 95%) desde el inicio a los 12 meses en el grupo ELE/TEZ/IVA en comparación con el grupo LUMA/TEZ + IVA fue de -133 µg/g (-254 -13) p=0,030; ajustado por sexo, uso de probióticos y aislamiento de *Pseudomonas Aeruginosa* fue de -130 µg/g (-259 -1) p=0,049. Entre 0 y 6 meses las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones. Además de las grandes mejoras en la función pulmonar, el tratamiento con moduladores CFTR tiene un impacto positivo en la reducción de la inflamación intestinal en los pacientes con FQ. Tras un año de tratamiento se observa una mayor eficacia de la triple terapia (ELE/TEZ/IVA) en comparación con los que recibieron doble terapia en la reducción de la inflamación intestinal. Los moduladores CFTR son la esperanza de un futuro más saludable y pleno para los pacientes con fibrosis quística.

ESTUDIO DE RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS DE *HELICOBACTER PYLORI*. DATOS DEL REGISTRO RENIH. Cilleruelo Pascual ML¹, Martínez Escribano B², Cuadrado Caballero C³, Soria López M⁴, Urruzuno Tellería P⁵, Botija Arcos G⁶, Fernández Fernández S⁷, Vecino López R⁸, Martínez Osorio J⁹, La Orden Izquierdo E¹⁰, Galicia Poblet G¹¹, Montraveta Querol M¹², González-Lamuño Sanchís C¹³, Moreno Álvarez A¹⁴, Fernández Ventureira V¹⁵, Balmaseda Serrano EM¹⁶, Puente Ubierna N¹⁷, Alonso Pérez N¹⁸, Rendo Vázquez A¹⁹, Cid París E²⁰, Alonso Vicente C²¹, García Romero R²², Orotola Castells X²³, Vegas Álvarez AM²⁴, Lorenzo Garrido H²⁵, Grande Herrero L²⁶, Díaz Martín JJ²⁷, Jovaní Casano C²⁸, Torres Peral R²⁹, Arcos Machancoses JV³⁰, Oliver Goicolea P³¹. ¹H. Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ²H. Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ³H. Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴H. Universitario HM Montepríncipe. Madrid. ⁵H. Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶H. Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. ⁷H. Universitario Severo Ochoa. Madrid. ⁸H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ⁹H. Sant Joan de Déu. Barcelona. ¹⁰H. Universitario Infanta Elena. Madrid. ¹¹H. Universitario de Guadalajara, ¹²H. Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹³H. Universitario de León. ¹⁴Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ¹⁵H. Universitario Joan XXIII. Tarragona. ¹⁶Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, ¹⁷H. Universitario Niño Jesús. Madrid. ¹⁸H. Universitario Infanta Cristina. Madrid. ¹⁹Complejo Hospitalario Universitario de Orense, ²⁰H. Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²¹H. Clínico Universitario. Valladolid. ²²H. Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²³H. HM Nens. Barcelona. ²⁴H. Universitario Pío del Río Ortega. Valladolid. ²⁵H. Universitario de Basurto. Bilbao. ²⁶H. Universitario de Getafe. Madrid. ²⁷H. Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²⁸H. General Universitario de Castellón. ²⁹H. Universitario de Salamanca. ³⁰H. Clínico Universitario. Valencia. ³¹H. de Mendaro. Guipúzcoa.

Objetivos. Uno de los objetivos principales propuestos a la hora de desarrollar el registro español de niños con infección por *Helicobacter pylori* (RENIHp) fue valorar el patrón de resistencias antibióticas en el territorio español. El objetivo de este estudio es presentar la situación actual y los factores de riesgo asociados al desarrollo de las mismas.

Material y métodos. Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, incluyendo pacientes con diagnóstico de infección por *H. pylori* durante el periodo 2020-2023, con edad entre 5-17 años, a los que se realizó gastroscopia con cultivo de biopsia gástrica positivo para *H. pylori* y estudio de sensibilidad a antibióticos.

Resultados. Se incluyeron en el Registro 682 pacientes (57,1% mujeres) pertenecientes a 31 hospitales de 10 Comunidades Autónomas. La media de edad fue 11,64 años (\pm 2,89DS). El 83,9% presentaba síntomas al momento de realizar el diagnóstico, siendo los más frecuentes epigastalgia (58,8%), dolor abdominal (56,0%), RGE (33,3%), náuseas (29,5%) y plenitud gástrica (23,2%). El 45,0% tenían realizado un test no invasivo previo. El hallazgo endoscópico más frecuente fue la nodularidad antral (92,4%), presentando enfermedad ulceropéptica el 19,2%. Un 17,1% había recibido tratamiento previo sin éxito. El 85,5% de los pacientes (n=583) tenía realizado cultivo con antibiograma. La tasa global de resistencia por antibióticos fue: claritromicina 38,36% (IC95%: 34,30-42,42), metronidazol 20,16% (IC95%: 16,80-23,52), amoxicilina 2,25% (IC95%: 1,01-3,49), tetraciclina 0,91% (IC95%: 0,02-1,80), levofloxacino 5,46% (IC95%: 3,51-7,29), siendo para doble resistencia claritromicina+metronidazol del 7,05% (IC95%: 4,76-9,34). Las resistencias primarias a claritromicina y metronidazol fueron del 36,41% (IC95%: 31,63-41,19) y el 14,95% (IC95%: 11,40-18,50) respectivamente, aumentando las secundarias hasta el 50,0% (p 0,04) y 40,0% (p < 0,001). Los principales factores de riesgo para el desarrollo de resistencia a claritromicina y metronidazol fueron el origen español (OR 1,72; IC95%: 1,10-2,71) y haber recibido tratamiento previo (OR 2,48; IC95%: 2,48-4,13). A lo largo de los 4 años de estudio, se aprecia un descenso de las resistencias primarias, tanto individuales, como de doble resistencia (p 0,03) que a nivel global fueron del 16,7%. En el caso de la claritromicina, este descenso fue del 9,3%, siendo del 2,6% para el metronidazol y 1,7% para la doble resistencia.

Conclusiones. Las altas tasas de resistencias en nuestro medio continúan suponiendo un problema muy importante de cara a la erradicación. Se observa un descenso de las mismas a lo largo de los 4 años de estudio, con un porcentaje de dobles resistencias similar a la media europea. La resistencia

a claritromicina sigue siendo elevada, por lo que no debe utilizarse en tratamientos empíricos, sobre todo en niños de familias españolas. El fracaso en los tratamientos previos es la principal causa de desarrollo de resistencias.

RESULTADOS DEL REGISTRO RENIHP: FACTORES DE RIESGO DE FRACASO DE LA ERRADICACIÓN Y DE INFECCIÓN POR *H. PYLORI* COMPLICADA. Cilleruelo Pascual ML¹, Martínez Escribano B², Cuadrado Caballero C³, Soria López M⁴, Urruzuno Tellería P⁵, Botija Arcos G⁶, Fernández Fernández S⁷, Vecino López R⁸, Martínez Osorio J⁹, Gallardo Padilla M¹⁰, Galicia Poblet G¹¹, Montravela Querol M¹², González-Lamuño Sanchís C¹³, Fernández González SM¹⁴, Fernández Ventureira V¹⁵, Balmaseda Serrano EM¹⁶, Puente Ubierna N¹⁷, Alonso Pérez N¹⁸, Rendo Vázquez A¹⁹, Cid París E²⁰, Alonso Vicente C²¹, García Romero R²², Ortolà Castells X²³, Vegas Álvarez AM²⁴, Lorenzo Garrido H²⁵, Grande Herrero L²⁶, Díaz Martín JJ²⁷, Jovaní Casano C²⁸, Torres Peral R²⁹, Arcos Machancoses JV³⁰, Oliver Goicolea P³¹.
¹H. Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ²H. Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ³H. Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴H. Universitario HM Montepríncipe. Madrid. ⁵H. Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁶H. Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid. ⁷H. Universitario Severo Ochoa. Madrid. ⁸H. Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ⁹H. Sant Joan de Déu. Barcelona. ¹⁰H. Universitario Infanta Elena. Madrid. ¹¹H. Universitario de Guadalajara. ¹²H. Germans Trias i Pujol. Badalona. ¹³H. Universitario de León. ¹⁴Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. ¹⁵H. Universitario Joan XXIII. Tarragona. ¹⁶Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ¹⁷H. Universitario Niño Jesús. Madrid. ¹⁸H. Universitario Infanta Cristina. Madrid. ¹⁹Complejo Hospitalario Universitario de Orense. ²⁰H. Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ²¹H. Clínico Universitario. Valladolid. ²²H. Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²³H. HM Nens. Barcelona. ²⁴H. Universitario Pío del Río Ortega. Valladolid. ²⁵H. Universitario de Basurto. Bilbao. ²⁶H. Universitario de Getafe. Madrid. ²⁷H. Universitario Central de Asturias. Oviedo. ²⁸H. General Universitario de Castellón. ²⁹H. Universitario de Salamanca. ³⁰H. Clínico Universitario. Valencia. ³¹H. de Mendaro. Guipúzcoa.

Objetivo. El registro español de niños con infección por *H. pylori* (RENIHP) tiene el propósito de evaluar si el manejo de los niños con esta infección se realiza conforme a las guías, observar la evolución de la resistencias y estudiar la tasa de erradicación. Los objetivos de este estudio son valorar los factores de riesgo del fracaso de la erradicación y del desarrollo de enfermedad gástrica complicada asociada a *H. pylori*.

Métodos. Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico, iniciado en Enero 2020. Se han incluido los niños con cultivo, antibiograma y control de erradicación y los que no tenían cultivo o no era válido, pero que fueron tratados y tenían control de erradicación. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, endoscópicas e histológicas. Se valoraron los factores de riesgo mediante análisis univariable y regresión logística multivariable.

Resultados. Se incluyeron 682 pacientes, con seguimiento completo 672, de 31 centros de 10 comunidades autónomas (57% mujeres, media de edad 11,6 ± 2,9 años). Los síntomas más frecuentes fueron: epigastralgia (58,8%), dolor abdominal (56%) y pirosis (33%). Presentaban erosiones y/o úlceras gástricas o duodenales el 19,2% y atrofia y/o metaplasia el 2,5%. Tenían antecedente de tratamiento erradicador previo el 17,1%. Recibieron tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP)+ amoxicilina+metronidazol (68,7%), IBP+amoxicilina+claritromicina (20,5%) y otras terapias (10,7%). Cumplieron completamente el tratamiento el 97,5%. Los factores de riesgo (odds ratio) de enfermedad úlcero-péptica fueron: epigastralgia 1,97 (IC 95% 1,28-3,03); p=0,002 y vómitos 1,82 (IC 95% 1,13-2,93); p=0,013, mientras que la anemia ferropénica mostró una tendencia no significativa 2,23 (IC 95% 0,89-5,55). El origen español fue un factor de protección 0,56 (IC 95% 0,36-0,88). El riesgo de metaplasia y atrofia (Riesgo relativo) fue superior en niños ≥ 12 años, en no nacidos en España y en casos de anemia ferropénica, 5,26 (IC 95% 1,2-22,97); p=0,027, 3,12 (IC 95% 1,19-8,23); p=0,021 y 7,7 (IC 95% 2,66-22,34); p<0,001, respectivamente. La tasa de erradicación global fue 87,1% (IC 95% 84,1%-89,8%), siendo el dirigido por cultivo 88,7% (IC 95% 84,9%-91%) frente al empírico 79,8% (70,4%-87,5%); p=0,011. Con tratamiento completo erradicaron 88,3% (IC 95% 85,1-90,8) y, si incompleto, 63,6% (IC 95% 34,4-91,5); p=0,013. Los casos con doble sensibilidad claritromicina/metronidazol erradicaron el 92,4% (IC 95% 87,9%-96%) frente al 73% (IC 95% 55,9%-90%) de los con doble resistencia; p=0,007. El factor de riesgo (odds ratio) independiente de no erradicación fue la doble resistencia a la claritromicina/metronidazol

3,31 (IC 95% 1,04-10,5); $p=0,043$. Se observó una tendencia no significativa a la no erradicación en los tratamientos incompletos 3,9 (IC 95% 0,91-16,5).

Conclusiones. En nuestra serie, la realización de tratamientos empíricos impide alcanzar el objetivo de un nivel de erradicación óptimo ($\geq 90\%$). En niños mayores y no nacidos en España debe considerarse la posibilidad de enfermedad complicada asociada a la infección por *H. pylori*.

VARIABILIDAD DE FORMULACIÓN Y USO DE LOS CORTICOIDES TÓPICOS DEGLUTIDOS EN LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA PEDIÁTRICA. Tena García PG¹, García Díaz A², Fernández Fernández S¹, Domínguez Ortega G³, Vila Miravet V⁴, García Puig R⁵, Gutiérrez-Junquera C²; Grupo de Trabajo de EoE de SEGHN. ¹Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ²Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁴Hospital Universitario Materno Infantil San Joan de Déu. Espluges de Llobregat, Barcelona. ⁵Hospital Universitario Mutua Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Objetivos. La ausencia de corticoides tópicos deglutidos específicos para el tratamiento de la Esofagitis Eosinofílica (EoE) en Pediatría, conduce al uso en la práctica clínica de diversos fármacos y formulaciones. Nuestro objetivo es describir los patrones de prescripción de corticoides tópicos en la EoE pediátrica en nuestro país.

Material y métodos. Se desarrolló una encuesta on-line de 18 preguntas mediante la plataforma RedCap, que se distribuyó vía e-mail a todos los miembros de la SEGHN, solicitando una respuesta por Hospital. Las encuestas se analizaron dos meses después mediante estadística descriptiva.

Resultados. La encuesta ha sido contestada de manera completa por 82 profesionales de 14 comunidades Autónomas. La más representada fue Madrid (36,6%), seguida de Cataluña (13,4%), Andalucía, Castilla y León y Valencia con aproximadamente un 7% cada una. La mayoría de los encuestados (62,2%) atienden entre 10 y 50 pacientes con EoE y en el 25-50% de ellos prescriben tratamiento con corticoides deglutidos, en el 65,9% como segunda línea terapéutica. En cuanto a los corticoides más utilizados, el 90% prescribe budesonida oral viscosa (BOV), el 24,3% propionato de fluticasona nasal, el 4,9% fluticasona inhalada y el 5% budesonida en ampollas para nebulización sin excipiente. El criterio para elegir el tipo de corticoide en el 85% de los casos es la experiencia previa. La formulación de BOV más utilizada es la fórmula magistral preparada en farmacias extrahospitalarias (62%), seguida de preparación en domicilio antes de cada administración (24%) y de fórmula magistral preparada en la farmacia hospitalaria (13%). Las concentraciones de budesonida utilizadas en la fórmula magistral son 0,5 mg/ml (54,7%), 0,25 mg/ml (46,7%), 0,2 mg/ml (18,4%) y 0,1 mg/ml (5,3%). El 2,7% de los profesionales utilizan una única concentración, aunque en el 41,9% esta depende de la edad. En cuanto a composición, se han registrado cinco formulaciones, siendo los dos excipientes principales metilcelulosa o goma xantana. En la preparación en casa, los excipientes utilizados son dextrinomal-tosa (78,9%) y sucralosa (21,1%) y prácticamente la totalidad facilitan un documento escrito para su preparación. Once de los encuestados (13,3%) han prescrito budesonida bucodispersable, en una media de 2 pacientes por profesional, en mayores de 10 años en el 81,8%. El fenotipo de paciente en el que se prescribe es en un 72,7% refractarios a otras formulaciones de corticoide, y en un 27,3% fibrostenosantes.

Conclusiones. La BOV es la presentación más utilizada, aunque hasta un tercio de los profesionales utilizan también otros corticoides tópicos. Aunque la fórmula magistral de BOV preparada en farmacia es la presentación más empleada, se observan diferencias en cuanto a concentración y composición de la misma. Los resultados muestran la amplia variabilidad en el uso de los corticoides deglutidos, poniendo de manifiesto la necesidad de estandarización de dicho tratamiento.

EVALUACIÓN DE LA SALUD ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA AL DIAGNÓSTICO. Puente Ubierna N¹, Domínguez-Ortega G¹, Rodríguez Manchón S², Ramos López MP³, Recio Linares A⁴, Del Brío Castillo R⁵, Sierra San Nicolás S⁵, Muñoz Codoceo RA¹, Gutiérrez Junquera C⁶, Vila Miravet V⁷, Roger García Puig R⁸, Fernández Fernández S⁹; Grupo de Trabajo de Trastornos Gastrointestinales Eosinofílicos. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias. ³Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid. ⁴Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ⁷Hospital San Joan de Déu. Espluges de Llobregat, Barcelona. ⁸Hospital Universitario Mutua Terrassa. Terrassa, Barcelona. ⁹Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

Objetivos. Los pacientes en seguimiento por esofagitis eosinofílica (EoE) tienen una densidad mineral ósea (DMO) menor que la población general. Estos hallazgos fueron comprobados en un estudio transversal previo, y confirman los resultados publicados por otros grupos. Nuestro objetivo en este estudio ha sido evaluar la salud ósea de estos pacientes al diagnóstico de la enfermedad.

Material y métodos. Estudio multicéntrico y prospectivo del grupo de trabajo de trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. El diagnóstico de EoE se realizó siguiendo las guías clínicas actuales. Se midió la DMO de los pacientes menores de 18 años al diagnóstico de la EoE mediante densitometría ósea de columna lumbar (L1-4). Se definió baja densidad mineral ósea para la edad cronológica (BDMOEC) cuando el Z-score de la DMO fue $< -2DE$. Se recogieron datos epidemiológicos y se realizó una valoración del metabolismo fosfo-cálcico mediante análisis de sangre. El estudio estadístico se realizó con SPSSv26.

Resultados. Se incluyeron 17 pacientes, 10 (58,8%) varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 10 años (RIQ 6,5-14,5). Once (64,7%) tenían asma, 9 (52,9%) dermatitis atópica, 9 (52,9%) rinoconjuntivitis alérgica, 8 (47,1%) alergias alimentarias IgE mediadas y 2 (11,8%) antecedente de alergia a la proteína de leche de vaca no IgE mediada. La alergia alimentaria más frecuente fue a los frutos secos ($n=6$, 35,3%). Ningún paciente había recibido suplementos previos con calcio ni vitamina D, y solo uno (5,9%) había recibido una fórmula hipoalergénica. Cuatro (23,5%) pacientes habían sido tratados con inhibidores de la bomba de protones por otro motivo, 10 (58,5%) con corticoides inhalados y 4 (23,5%) con corticoides cutáneos. Dos (11,8%) pacientes presentaron déficit de vitamina D. La media del Z-score de la DMO fue similar a la población general ($-0,071$, IC 95%: $-0,518$, $0,660$, $p=0,8016$). La prevalencia de BDMOEC fue del 5,9% ($n=1$). No hubo diferencias significativas en el resto de variables entre los pacientes con una DMO normal y una BDMOEC ($p>0,05$).

Conclusiones. La DMO al diagnóstico de la EoE pediátrica podría ser similar a la de la población general. Este hallazgo sugiere que la menor DMO de los pacientes en seguimiento por EoE publicada en estudios previos podría estar relacionada con la evolución natural de la enfermedad o con los tratamientos recibidos. Nuestra principal limitación es el pequeño tamaño muestral. Este estudio continúa abierto y el reclutamiento de nuevos pacientes permitirá obtener más evidencia de la afectación de su salud ósea.

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA EN CUIDADORES DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DISFAGIA. Ortiz Pérez P, Valero Arredondo I, Torcuato Rubio E, Martín Masot R, Blasco Alonso J, Navas López VM. *Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

Objetivos. Evaluar la percepción de calidad de vida considerando la sobrecarga en cuidadores de pacientes pediátricos con disfagia presente en enfermedades crónicas.

Material y métodos. Estudio descriptivo correlacional en cuidadores de pacientes pediátricos con trastornos deglutorios en seguimiento en una Unidad de disfagia pediátrica. Se utilizó el Cuestionario de calidad de vida pediátrica módulo de impacto familiar (PedsQL-FIM®). Herramienta con 36 ítems agrupadas en 8 dominios: funcionamiento físico, emocional, social y cognitivo; comunicación, preocupaciones, actividades diarias y relaciones familiares. Además de la evaluación del impacto familiar total con subdimensiones, el instrumento incorpora dos escalas resumen: Calidad de vida del cuidador (CVC) y Funcionamiento familiar.

Resultados. Se recogieron 112 encuestas; 51,6% de cuidadores de pacientes pediátricos crónicos complejos; 77,4% con enfermedad neurológica de base. En cuanto al tiempo de evolución de enfermedad el 27% llevaba menos de un año, 54% entre 1 y 5 años y un 19% más de 5 años. La puntuación global media del impacto familiar de los cuidadores fue de 56,3% (DE 19,85), el promedio de CVC 58,28 (DE 23,8) y del funcionamiento familiar 59,29 (DE 22,95). Analizando por subdominios, los puntajes más bajos los obtuvieron preocupación (ME 39,06; RIQ 20-55) y actividades diarias (ME 47,32; RIQ 25-66,7); en cambio, las relaciones familiares resultaron lo menos afectado (ME 71,25; RIQ 50-90). Los promedios globales, de CVC y funcionamiento familiar se contrastaron en función a la edad, grado de afectación motora gruesa, niveles de complejidad, severidad de disfagia y estratificando aquellos con dispositivo externo de alimentación (DEA). Se observó que a mayor afectación motora, los cuidadores de los pacientes presentaron puntuaciones más altas tanto en el global PedsQL-FIM como en funcionamiento familiar y CVC ($p=,027$, $p=,015$ y $p=,023$, respectivamente). De igual manera, mejores resultados en calidad de vida presentaban los cuidadores de aquellos niños con DEA tanto de forma global ($p=,009$), como en funcionamiento familia ($p=,025$) y en CVC ($p=,019$). En el análisis de regresión logística binaria, la variable dependiente fue definida como obtener puntuaciones globales de PedsQL-FIM $> p70$. Las variables independientes significativas fueron la afectación motora gruesa (GMFCS 4 y 5) y la presencia de DEA. En el análisis multivariante, estas variables se combinaron para confirmar los hallazgos. Los estadísticos de bondad de ajuste indicaron que el modelo era significativo, explicando entre el 9,5% y el 14,8% de la variabilidad en la variable dependiente, según la R^2 ajustada.

Conclusiones. Los resultados destacan la significativa afectación que la disfagia y las condiciones crónicas tienen en la vida diaria de los cuidadores, justificada por puntuaciones moderadas de impacto familiar. Es importante considerar la complejidad del cuidado en la planificación de intervenciones y el apoyo a cuidadores para aliviar la carga y mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LA VACUNACIÓN FRENTE A ROTAVIRUS Y EL DESARROLLO DE ENFERMEDAD CELÍACA? Torres-Peral R¹, Ochoa-Sangrador C², Coronel Rodríguez C³, Pérez Solís D⁴, Barrio Torres J⁵, Cilleruelo Pascual ML⁶, Román Riechmann E⁶, en representación del Grupo de Trabajo de Enfermedad Celíaca de la SEGHN. ¹Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ²Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. ³C.S. Amante Laffón. Sevilla. ⁴Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias. ⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

Objetivo. La infección por rotavirus es la causa más frecuente de gastroenteritis aguda en menores de cinco años. Se ha valorado esta infección como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades autoinmunes como la enfermedad celíaca. Existen datos contradictorios en la bibliografía de la relación entre la vacunación frente a rotavirus y el riesgo de enfermedad celíaca. El objetivo de nuestro trabajo es comparar la tasa de vacunación frente a rotavirus en pacientes celíacos del Registro Español de Pacientes Celíacos menores de 15 años (REPAC 2) frente a la tasa de vacunación de su cohorte correspondiente por año y lugar de nacimiento.

Métodos. Se comparó la frecuencia de vacunación frente a rotavirus en los pacientes celíacos menores de 15 años diagnosticados entre 2011 y 2017 e incluidos en el Registro Nacional multicéntrico REPAC 2 (n= 3556). Se categorizaron según año de nacimiento y Comunidad Autónoma (CCAA) y se comparó la frecuencia de vacunación según estos grupos con la tasa de vacunación en la población general nacida en esos años por CCAA, obtenida según los datos de nacimientos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y los datos de dosis vendidas en las distintas CCAA (datos proporcionados por laboratorios GSK).

Resultados. El porcentaje de vacunados en los pacientes con enfermedad celíaca fue del 28,7% (IC 95% 27,2 a 30,2%), mientras que el porcentaje esperado (asumiendo la cobertura poblacional) sería del 27,7% (p=0,177, one-proportion z-test).

Conclusiones. No se han observado diferencias en el porcentaje de vacunación de los enfermos celíacos y la población general de la misma edad y Comunidad Autónoma.

EFICACIA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA: UN ESTUDIO COMPARATIVO. Gómez Anca S, Hernández Pérez PL, Martínez-Ojínaga Nodal E, García Jiménez A, Magallares García L, Sarría Osés JM, Molina Arias M. *Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Los trastornos funcionales gastrointestinales en pediatría presentan complejidades diagnósticas y terapéuticas. Dentro de estos trastornos se encuentran patologías como los vómitos cíclicos (VC), la dispepsia funcional (DF), o el síndrome de intestino irritable (SII). La inteligencia artificial (IA) está presente en nuestra vida diaria cada vez más. Dentro de la IA destaca una aplicación de chatbot conocida como Chat-GPT, desarrollada por OpenAI, y compuesta por los modelos Chat-GPT3.5 y ChatGPT4, emergiendo como herramientas prometedoras para asistir en el manejo clínico de muchas patologías médicas. En este contexto, parece interesante poder comparar la coherencia y calidad del contenido generado por estas IAs, para evaluar la coherencia y calidad informativa de estas plataformas con los estándares establecidos por la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP). De esta manera, el objetivo del estudio ha sido evaluar y comparar la eficacia de las plataformas de IA ChatGPT3.5 (versión gratuita) y ChatGPT4 (versión de pago) en la generación de respuestas sobre el tratamiento de trastornos funcionales gastrointestinales frecuentes (VC, DF, SII), y determinar su concordancia con las recomendaciones de la SEGHNP. Además, se busca identificar diferencias en la extensión del contenido generado por ambas plataformas.

Material y métodos. El análisis se basó en la recopilación de datos a través de respuestas generadas por las versiones 3.5 y 4 de ChatGPT para cada una de las tres patologías seleccionadas. Se utilizó un enfoque cuantitativo para comparar la distribución de tokens generados por IA con los textos de referencia de la SEGHNP. La comparación se llevó a cabo mediante pruebas de ji-cuadrado, proporcionando un método estadístico para evaluar la coherencia y relevancia del contenido generado.

Resultados. En la comparación de tokens, ChatGPT4 mostró una similitud más cercana a las publicaciones de SEGHNP con un p-valor de 0,07 en VC, mientras que ChatGPT3.5 difirió significativamente ($p=0,02$). Para la DF, ambos sistemas presentaron p-valores $>0,05$, 0,22 y 0,07 respectivamente, indicando similitudes moderadas en la distribución de tokens con la literatura de SEGHNP. En el análisis del SII, ChatGPT4 tuvo un p-valor 0,11, sugiriendo una coherencia aceptable, pero hubo diferencias significativas con ChatGPT3.5 ($p=0,005$). Las diferencias en el número de palabras entre las plataformas y SEGHNP fueron estadísticamente significativas en todos los casos, destacando la variabilidad en la extensión del contenido generado.

Conclusiones. ChatGPT4 se alinea más estrechamente con la literatura de SEGHNP que ChatGPT3.5, lo que podría reflejar una mayor precisión informativa del modelo más complejo. Estos hallazgos destacan el potencial de la IA, en concreto de ChatGPT4, como recurso auxiliar en la práctica pediátrica, aunque la variabilidad en la extensión del contenido genera consideraciones adicionales sobre la eficiencia informativa de las respuestas de IA, que deben ser siempre contrastadas con fuentes fiables.

REALIDAD VIRTUAL: REDUCIENDO EL MIEDO Y LA ANSIEDAD EN EL HOSPITAL DE DÍA.

Pérez-Moneo Agapito B¹, Gayo Bellido M², Pérez Butragueño M¹, González Vives L¹, Correyero García L², Baños Fuerte R². ¹Servicio de Pediatría; ²Área de Enfermería Pediatría. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Objetivo. Analizar si el uso de las gafas de realidad virtual frente a las medidas habituales durante el proceso de venopunción en el hospital de día puede modificar la percepción del dolor, la ansiedad y el miedo en niños entre 5 y 12 años de edad.

Material y métodos. Ensayo clínico aleatorizado (1:1), abierto en niños que acuden al hospital de día para analítica de sangre o canalización de vía para administración de medicación, como antiTNE, o sedación para endoscopias y dan su consentimiento. Cálculo del tamaño muestral para detectar una diferencia de medias de al menos dos puntos en la escala de dolor de caras. La presencia de discapacidad intelectual, visual o auditiva fue criterio de exclusión. Se pasaron escalas de ansiedad (termómetro) y miedo (caras) antes y después del procedimiento a los niños y padres, y la escala de dolor de Wong-Parker al finalizar. Se registraron el número de intentos de venopunción, la duración del procedimiento y los efectos secundarios.

Resultados. Se incluyen 78 pacientes, 38 varones, con edad media de 9,63 años, rango intercuartílico de 4,14. En el grupo intervención el valor medio de dolor es de 2,87, con una diferencia de medias (DM) de -0,85 respecto al control (intervalo de confianza [IC] 95%: -2,02 a 0,33). Se evidenció una reducción significativa del nivel de ansiedad y del miedo, con DM de -2,59 (IC 95: -3,92 a -1,26) y de -0,85 puntos (IC 95: -1,45 a -0,24) respectivamente en los niños y de -1,28 (IC 95: -1,90 a -0,66) en la percepción del miedo por parte de los padres. En el análisis de correlación Rho de Spearman realizado entre los resultados en las escalas de ansiedad y miedo con dolor, se observan un coeficiente de correlación de 0,622 (p 0,000) para "miedo" y de 0,457 (p 0,000) entre ansiedad postpunción y dolor. La canalización de la vía venosa fue exitosa en el primer intento en 71 casos (91%), siendo del 92,3% en el grupo control y del 89,7% en el grupo intervención (p 0,697). La duración media de la punción venosa fue de 97,63 segundos, sin diferencias entre ambos grupos (control: 93,5 seg, intervención: 101,66 seg, p 0,775). No hubo efectos secundarios.

Conclusiones. El uso de gafas de realidad virtual, en la punción venosa en hospital de día, disminuye el nivel de ansiedad y miedo de los niños y parece que puede producir una disminución del dolor, sin que se produzcan efectos adversos. El procedimiento de venopunción tiene la misma tasa de éxito y no aumenta su duración. Se podría ofrecer a pacientes que por su patología precisan de endoscopia o canalización venosa de forma repetida para disminuir la ansiedad asociada a dichos procedimientos.

TRATAMIENTOS DISPONIBLES PARA LA ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIONES METABÓLICAS (MFLD) EN EDAD PEDIÁTRICA: METAANÁLISIS EN RED.

Bolaños Alemán MM¹, Reyes Domínguez A², Saavedra Santana P¹, Peña Ferrera L³, Bordón Sardiña E², González Santana D², Ramos Varela JC², Peña Quintana L^{1,3}. ¹Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ²Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ³Servicio Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La enfermedad del hígado graso asociado a disfunciones metabólicas (MAFLD) ha adquirido gran relevancia por su alta y creciente prevalencia, tanto en niños como en adultos. Esto es especialmente alarmante en la población pediátrica, por el mayor tiempo de exposición a la enfermedad y a sus factores de riesgo, y por la mayor agresividad de la hepatopatía en estos pacientes. Existen diversos estudios sobre posibles dianas terapéuticas, pero la mayoría han sido llevados a cabo en adultos.

Objetivo. Nuestro objetivo ha sido evaluar todos los tratamientos estudiados hasta el momento para la MAFLD en edad pediátrica mediante una revisión sistemática con metaanálisis en red.

Métodos. Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scopus y Cochrane Library con el fin de obtener ensayos clínicos aleatorizados que evaluaran el efecto de los diferentes tratamientos en investigación para la MAFLD en población pediátrica. Se realizó un metaanálisis en red para hacer una valoración en conjunto de todas las opciones terapéuticas disponibles. Los estimadores de los parámetros $\xi_{A,B}$ se basaron en la regresión por mínimos cuadrados ponderados con el método pseudoinverso de Moore-Penrose. La heterogeneidad estadística se evaluó con la Q de Cochran generalizada e I^2 . Los efectos se estimaron mediante intervalos de confianza del 95%. Los datos se analizaron usando el paquete de R "netmeta". Se obtuvo un net-graph, forest-plot y tabla de estimaciones de los efectos de los tratamientos. Se usó un Funnel-plot y la prueba de Egger para valorar sesgo de publicación.

Resultados. Se analizaron 24 ensayos clínicos con 1724 pacientes. Se obtuvieron cuatro subredes en el metaanálisis en red dada la amplia variedad de tratamientos y el escaso número de estudios para cada uno de ellos. En la primera subred se comparan 8 tratamientos frente a P-C; en la segunda se enfrentaron 9 tratamientos frente a P-C + Dieta + P.A.; en la tercera solo hubo un diseño donde se compararon 2 tipos de dieta entre sí; y la cuarta subred engloba 4 tratamientos frente a Dieta. Los resultados del metaanálisis en red mostraron que las terapias más prometedoras por el momento son el uso de CBDR (Bitartrato de cisteamina de liberación retardada) y AGPI (ácidos grasos poliinsaturados) omega-3 en la combinación de DHA (Ácido docosahexaenoico) + EPA (Ácido eicosapentaenoico), todos ellos asociados a cambios en el estilo de vida. Solo se pudo estudiar el sesgo de publicación en la segunda subred donde no se obtuvieron evidencias de que lo hubiere.

Conclusión. El manejo de la MAFLD debe basarse en una dieta hipocalórica y actividad física. Sin embargo, la CBDR y los AGPI omega-3 parecen ser los mejores candidatos para asociar como tratamiento farmacológico. No obstante, aún se requieren más estudios al respecto.

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS AFECTOS DE HÍGADO GRASO ASOCIADO A DISFUNCIONES METABÓLICAS (MAFLD) EN LA ETAPA ADULTA. Rodríguez Gutiérrez S¹, Reyes Domínguez A², Bautista Castaño I¹, Peña Ferrera L³, Cruz Bonilla A³, Bordón Sardiña E², González Santana D², Peña Quintana L^{1,2}. ¹Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. ²Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ³Servicio Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La Enfermedad del Hígado Graso Asociado a Disfunciones Metabólicas (MAFLD) es la hepatopatía crónica más frecuente en preadolescentes y adolescentes, con un aumento significativo en poblaciones de riesgo. Se asocia a un aumento de la morbimortalidad hepática, cardiovascular, neoplásica y de complicaciones diabéticas. Este estudio destaca la necesidad de intervenciones tempranas que puedan atenuar el riesgo de complicaciones metabólicas en la vida adulta, guiando así estrategias diagnósticas, terapéuticas y preventivas para abordar eficazmente esta creciente carga de enfermedad en una población vulnerable.

Objetivos:

- 1) Analizar la evolución de los pacientes diagnosticados de MAFLD en la edad pediátrica, valorando su estado actual de adultos.
- 2) Evaluar factores de riesgo relevantes asociados al MAFLD.
- 3) Identificar biomarcadores de riesgo cardiovascular en pacientes con MAFLD.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo de los pacientes pediátricos controlados en la Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de un hospital de tercer nivel entre los años 1999-2013, valorando su estado actual. Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas y analíticas.

Resultados. Tras un periodo de tiempo medio de $16,8 \pm 4,6$ años se reevaluaron a 31 pacientes entre los 19-36 años. El 70,97% mantenía la obesidad y el 19,35% cumplieron diagnóstico para el Síndrome Metabólico. El cuestionario de adherencia a la Dieta Mediterránea evidenció que el 45,2% se encontraron en un perfil de baja adherencia. Los IMC se emplearon para clasificar el estado ponderal según los criterios de la OMS, hallándose la mayoría en obesidad grado I y III. La elevación de las transaminasas se vio en el 25,81% de los pacientes obesos. Dos pacientes presentaron alteración en el perfil lipídico y un 6,5% en la determinación plasmática de glucosa en ayunas. La insulinoresistencia se observó en 19,35% y cifras de déficit e insuficiencia de vitamina D en el 32,3% y 35,5% respectivamente. En nuestra muestra, la mayoría de los pacientes presentaron estabilidad histológica, sin progresión a fibrosis, cuantificada mediante elastografía e índices APRI y FIB-4.

Conclusiones. Casi tres cuartos de los pacientes mantienen su estado de obesidad en la actualidad, con especial importancia a aquellos con criterios de síndrome metabólico. La hepatopatía se mantiene estable en esta etapa en la mayoría de los pacientes tras $16,8 \pm 4,6$ años de seguimiento, sin estadio de fibrosis detectable. A pesar de la no evolución histológica, es importante fomentar la adherencia a la dieta mediterránea, actualmente con cifras mejorables, así como promocionar la actividad física, ya que se trata de pilares esenciales en el control de la obesidad y las comorbilidades asociadas.

EL USO DE SIROLIMUS PARA TRATAR EL RECHAZO CRÓNICO Y EL RECHAZO CORTICO-RESISTENTE EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. Quintero Bernabeu J, Juampérez Goñi J, Mercadal-Hally MM, Padrós Fornieles C, Larrarte King CM, Salcedo Allende MT, Hidalgo Llompert E, Charco Torra R. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo. Reportar nuestra experiencia con el uso de sirolimus (SRL) en pacientes pediátricos trasplantados de hígado con rechazo crónico o rechazo cortico-resistente con fibrosis hepática, centrándose en su evolución histológica.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo observacional unicéntrico donde se recogieron datos de todos los pacientes pediátricos trasplantados de hígado que recibieron SRL debido a rechazo crónico o rechazo cortico-resistente con fibrosis hepática entre enero de 2002 y diciembre de 2021. Se consideró rechazo resistente a esteroides (SRR) si las características histológicas de rechazo agudo según los criterios de Banff aún estaban presentes después de dos tandas de 3 bolus de 10 mg/kg de metilprednisolona endovenosa. Se definió como rechazo crónico cuando en la biopsia se observaba hiperplasia fibrointimal de las arterias, fibrosis intersticial o destrucción de los conductos biliares interlobulillares. El estadio de fibrosis se evaluó mediante la puntuación de ISHAK en cada biopsia hepática. Antes de iniciar sirolimus, se realizó un examen físico completo, análisis de sangre con pruebas de función hepática y renal, así como perfil lipídico y cuantificación de la proteinuria durante 24 horas. Una vez iniciado el tratamiento con SRL se realizó una biopsia hepática de seguimiento al año y en aquellos pacientes en los que persistía alguna alteración histológica se realizó una segunda biopsia hepática de seguimiento a los tres años.

Resultados. Durante el período del estudio, cinco pacientes recibieron SRL debido a rechazo crónico con fibrosis y ductopenia y cuatro debido a rechazo resistente a esteroides. Las dosis medianas al inicio y en el último seguimiento fueron de 1,5 mg/día (rango: 0,8-3,0) y 2,0 mg/día (rango: 1,2-3,0), respectivamente. El tiempo mediano de seguimiento después de la introducción de SRL fue de 8,6 años (1,1-16,5). Los nueve pacientes mostraron mejoría en las enzimas hepáticas y parámetros de colestasis al mes después de la introducción de SRL. La mejora en las pruebas de función hepática se mantuvo significativa hasta el final del estudio. Se observó una disminución en el estadio de fibrosis, en 7/9 (77,7%) pacientes a los 12 meses. Un paciente adicional presentó mejora en la fibrosis en la biopsia de 36 meses. Ningún paciente presentó empeoramiento de la fibrosis ni a los 12 ni a los 36 meses después de la introducción de SRL. Todos los pacientes experimentaron mejora de la ductopenia a los 12 meses. Aunque siete pacientes experimentaron efectos secundarios relacionados con SRL, fueron principalmente leves y autolimitados. Un solo paciente tuvo que suspender el tratamiento con SRL debido a proteinuria nefrótica.

Conclusiones. SRL puede ser un tratamiento seguro y efectivo para el rechazo crónico y resistente a esteroides, y puede mejorar la fibrosis relacionada con el rechazo del aloinjerto y el daño ductal.

AFECTACIÓN HEPÁTICA EN CILIOPATÍAS. Fernández Tomé L, Quiles Blanco MJ, Muñoz Bartolo G, Lledín Barbancho MD, García Vega M, Alós Díez M, Frauca Remacha E, Hierro Llanillo L. *Servicio Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ERN TransplantChild. ERN Rare Liver.*

Objetivos. Las ciliopatías son un grupo heterogéneo de enfermedades que pueden afectar a varios órganos, principalmente hígado y riñón. Los fenotipos más frecuentes en pediatría son riñones poliquisticos, fibrosis hepática y dilatación biliar debido a mutaciones en el gen PKHD1. Otras ciliopatías con diferentes mutaciones muestran nefronoptosis con afectación hepática variada. El objetivo es describir los pacientes con enfermedad en el hígado.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de 53 casos observados en el periodo 2000-2023. El diagnóstico fue establecido en base a datos clínicos y se obtuvo confirmación mediante análisis molecular en 33 pacientes.

Resultados. Los distintos fenotipos clínicos fueron:

- 1) Riñones poliquisticos asociados a: a) fibrosis hepática congénita (FHC) n = 15, b) FHC y dilatación biliar n = 14, c) dilatación biliar n = 4
- 2) No afectación renal: FHC n = 5, FHC asociado a dilatación biliar n = 3
- 3) Nefronoptosis u otros signos de afectación renal asociado a enfermedad hepática variada n = 6
- 4) Quistes hepáticos y renales, sin FHC n = 2
- 5) Colangitis esclerosante neonatal n = 1
- 6) Afectación multisistémica: retinitis pigmentaria, obesidad, retraso cognitivo, alteraciones esqueléticas... n = 3

El análisis molecular detectó mutaciones en: PKHD1 (n = 24), PKD1 (n = 3), TTC21B (n = 2), NEK-8 (n = 1), WDR19 (n = 1), DCDC2 (n = 1), BBS12 (n = 1). La enfermedad hepática se manifiesta como hipertensión portal. Presentaron trombopenia grave (<75.000) 19 (35,8%). Se observó imagen de cavernoma portal en 4 (7,5%). Se realizó endoscopia en 16 pacientes (11 por hemorragia digestiva) revelando varices grado I/II (7) y III/IV (6). Recibían tratamiento con betabloqueantes como profilaxis primaria 19 (35,8%). La principal complicación es la hemorragia digestiva, que ocurrió en 13 pacientes (24,5%) La edad mediana fue 6.6 años y la cifra mediana de plaquetas 90.000. El sangrado estuvo asociado con varices grado III/IV, plaquetas <75.000 y profilaxis con betabloqueantes (p<0.05). Siete pacientes presentaron colangitis (13,2%), más frecuente en niños con dilatación biliar. La enfermedad hepática en pacientes con mutaciones distintas a PKHD1/PKD1 se caracterizó por FHC, dilatación biliar, esteatosis y colestasis neonatal. Como manifestaciones renales, 32 (60,3%) presentó hipertensión arterial y 13 (24,5%) requirió diálisis. Recibieron trasplante hepático 8 pacientes (15%), edad mediana de 15 años. El trasplante hepato-renal combinado fue realizado en 8 (15%), todos con debut neonatal, con una edad mediana de 10,6 años. El trasplante renal aislado fue realizado en 10 pacientes (18,8%), con una edad mediana de 6,2 años.

Conclusiones. Desde el punto de vista del hepatólogo, las ciliopatías fueron FHC/dilatación biliar en 80% de los pacientes. El estudio genético fue crucial para identificar distintas formas de presentación hepática en otras ciliopatías. Las complicaciones de hipertensión portal condujeron al trasplante hepático en 30%

COLANGITIS ESCLEROSANTE AUTOINMUNE EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. EXPERIENCIA HOSPITALARIA. Guerrero Rojas CC, Gómez Roda F, González Salvador MR, Loverdos Eserverri I, Molera C, Martín de Carpi J. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.*

Introducción. Las hepatopatías autoinmunes pediátricas engloban la hepatitis autoinmune y la colangitis esclerosante autoinmune (CEA). Recientemente se postula que representan diferentes fases dentro de un continuo que pasa por una fase inflamatoria (hepatitis inmunomediada) hasta la forma fibrosante (colangitis esclerosante primaria). El objetivo del estudio es revisar los pacientes con CEA seguidos en nuestro centro y valorar la evolución de la enfermedad en el tiempo.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de revisión de los pacientes con colangitis esclerosante autoinmune seguidos en nuestro centro. Se analizaron datos demográficos, características inmunológicas, asociación con otras enfermedades autoinmunes, evolución de la enfermedad y respuesta al tratamiento.

Resultados. Entre un total de 86 pacientes con hepatopatía autoinmune 8 fueron diagnosticados de CEA y 78 de hepatitis autoinmune. Los pacientes con CEA se diagnosticaron a una edad media de 14,5 años (rango 12-17 años) y presentaron una igual distribución por sexo. Al diagnóstico todos los pacientes con CEA presentaron hipertransaminasemia, 5 de los pacientes tenían auto-anticuerpos positivos y 6 hipergammaglobulinemia. Siete pacientes fueron diagnosticados de colangitis esclerosante de pequeño conducto por biopsia hepática. Un paciente tenía solo cambios colangiográficos al debut y en 2 pacientes al diagnóstico se encontraron cambios compatibles tanto en biopsia como en colangiografía. Tres de los pacientes se controlaban por una hepatitis autoinmune que había sido diagnosticada 2,5 años en promedio, antes de evidenciar colangitis. Una paciente presentaba hipertensión portal al diagnóstico. Seis pacientes presentaban una enfermedad autoinmune previa: 4 colitis ulcerosa, 1 enfermedad de Crohn y un paciente con una vasculitis. Uno de los pacientes desarrolló la enfermedad hepática 8 meses tras trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) alogénico. Todos los pacientes excepto el que recibió TPH recibieron inducción con corticoides y mantenimiento con corticoides, Azatioprina y ácido ursodesoxicólico. Dos de ellos precisaron mantenimiento con Micofenolato por mala respuesta a Azatioprina. Con un seguimiento medio de 37 meses (8-66 meses) hubo progresión colangiográfica en 2 pacientes. Durante el seguimiento ninguno de los pacientes desarrolló hipertensión portal.

Conclusiones. En nuestra serie el porcentaje de asociación con enfermedad inflamatoria intestinal es similar al descrito en la literatura. En todos ellos la enfermedad hepática apareció después de la enfermedad inflamatoria intestinal. A diferencia de otras series pediátricas no hallamos un predominio en el sexo femenino y llama la atención un tercio de pacientes con autoanticuerpos negativos. Durante el seguimiento hubo progresión de la afectación biliar por colangiografía en el 25% de los pacientes.

REVISIÓN DE CASOS DE PANCREATITIS AUTOINMUNE EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO. Sierra Capitán P¹, Ortiz Cantero E¹, Gil Arenas JA¹, Rubio Murillo M¹, Girón Fernández-Crehuet F², Balboa Vega MJ³, Rodríguez Martínez A¹. ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivo. La pancreatitis autoinmune (PAI) es una entidad muy infrecuente cada vez más reconocida, pero los datos en pediatría son limitados. La presentación y el resultado de la PAI en niños podrían diferir de la experiencia en adultos. En este estudio llevado a cabo en varios centros de nuestra comunidad autónoma, nuestro objetivo es determinar las características distintivas de la PAI en pacientes pediátricos.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias de pacientes pediátricos con diagnóstico de PAI pediátrica (PAI-P) en todos los centros de nuestra comunidad autónoma en los últimos 15 años (2008-2023). Se extrajeron y resumieron los datos relativos a epidemiología (género y edad presentación), clínica, estudio de imagen, valores analíticos, histología, genética y respuesta al tratamiento.

Resultados. Se evaluaron un total de 6 pacientes, sin diferencia de sexos (3/3), con una mediana de edad en 11 años y 6 meses. La clínica principal fue similar en todos los pacientes: dolor abdominal intenso, sobre todo postprandial, junto con astenia; la mitad presentaron vómitos, 4/6 presentaron patrón de colestasis con ictericia, coluria y acolia. Como pruebas de imagen, a todos se les realizó ecografía abdominal y colangioRM. En todos se observó dilatación intra y extrahepática de la vía biliar, aunque solo en 4/6 se vio un engrosamiento evidente de la cabeza del páncreas. La colangioRM fue clave en 4/6 pacientes, apreciándose imagen de masa pancreática en cabeza de páncreas. Analíticamente todos presentaron hemograma normal, con alteración de la bioquímica: amilasa elevada en 4/6 pacientes, 2/6 presentaron enzimas hepáticas normales. La PCR estuvo elevada desde el inicio en 4/6 pacientes. Niveles de IgG4 y resto de inmunoglobulinas normales en todos los pacientes, a excepción de elevación de IgG4 a los dos meses en un paciente. La PAAF de páncreas solo se llevó a cabo en 3 pacientes, visualizándose en una, tejido pancreático con focos de fibrosis e infiltrado plasmocítico de IgG4, con diagnóstico de pancreatitis autoinmune tipo I. Los anticuerpos fueron negativos, excepto en un paciente con antilactoferrina positiva. La genética fue negativa en los 6. Todos presentaron una respuesta excelente a corticoides en la fase aguda, y solo uno precisó añadir tratamiento inmunomodulador con una evolución favorable.

Conclusión. El diagnóstico de PAI-P se fundamenta en un alto grado de sospecha clínica, basado en pruebas de imagen compatibles, por lo que es importante tener conocimiento de esta enfermedad. Un diagnóstico correcto con un abordaje precoz controla con éxito los episodios agudos. Unos niveles normales de IgG4 no descartan el diagnóstico de PAI-P. Por último, nuestra comunicación coincide con lo reportado en la literatura internacional.

EVOLUCIÓN CLÍNICA DE DOS PACIENTES CON DÉFICIT DE ESFINGOMIELINASA ÁCIDA TRATADOS CON ENZIMA HUMANA RECOMBINANTE (OLIPUDASA-ALFA). Lledín Barbancho MD¹, García Vega M¹, Quiles Blanco MJ¹, Alós Díez M¹, Fernández Tomé L¹, Ruiz de Valbuena Maíz M², Frauca Remacha E¹, Hierro Llanillo L¹. ¹Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. Hospital Universitario La Paz. IdiPAZ, ERN Rare-Liver, ERN Trasplant Child. ²Servicio de Neumología. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. El déficit de esfingomielinasa ácida (ASMD), conocida clásicamente como Niemann-Pick A, A/B y B, es una enfermedad de depósito lisosomal con acúmulo de glucoesfingolípidos en macrófagos y hepatocitos y en las formas más graves en las neuronas. El tipo-B se caracteriza por afectación visceral crónica sin participación neurológica. Las manifestaciones clínicas son hepatoesplenomegalia con progresiva fibrosis-cirrosis hepática, enfermedad pulmonar intersticial, trombopenia, dislipemia aterogénica y retraso del crecimiento, entre otras. Para los pacientes sin afectación neurológica, se dispone desde el año 2022 de una terapia de reemplazo enzimática, Olipudasa-alfa, que reduce la acumulación de esfingomielina, mejorando la afectación hepática, pulmonar y el crecimiento en los niños.

Resumen del caso. Dos hermanos diagnosticados de ASMD tipo-B, confirmado por estudio genético (heterocigotos compuestos en SMPD1), la hermana mayor a la edad de 5 años y el hermano menor a los 4. Inician el tratamiento a la edad de 13 y 11 años respectivamente. La dosis se escaló quincenalmente hasta alcanzar la dosis máxima (3 mg/kg). Presentaron leves efectos adversos en las primeras dosis (cefalea). Se monitorizaron la quitotriosidasa y liso-esfingomielina plasmática como biomarcadores. La niña presentaba hepatomegalia con fibrosis hepática severa (Fibrosan: F4), esplenomegalia 24 cm (+11,7 DE), trombopenia leve ($119.000 \times 10^3/\mu\text{l}$), dislipemia (HDLc 23 mg/dl, LDLc 137 mg/dl) y talla baja (-2,4 DE) al inicio del tratamiento. La capacidad de difusión pulmonar se encontraba disminuida (difusión de monóxido de carbono DLCO: 78%) sin precisar oxigenoterapia. El niño presentaba menor fibrosis hepática (F1) pero mayor hiperesplenismo: plaquetas $74.000 \times 10^3/\mu\text{l}$, bazo 23 cms (+14,6 DE), dislipemia (HDLc 23 mg/dl, LDLc 169 mg/dl) y mayor afectación de la talla (-3,1 DE). Precisaba oxigenoterapia desde los 5 años y ventilación mecánica no invasiva, con pruebas de función pulmonar (DLCO: 47%) y de imagen muy alteradas. Tras 11 meses de tratamiento, la evolución fue favorable. El recuento de plaquetas mejoró, llegando a normalizarse en la niña. La dislipemia mejoró en ambos pero persistieron valores de HLDc bajos. Se observó ligera disminución del bazo de 4 y 3 cms menos respectivamente. El DLCO se incrementó un 13% en la niña y un 21% en el niño respecto al basal y ambos mejoraron la talla (0,9 y 0,5 puntos de DE respectivamente).

Comentarios. La terapia de reemplazo enzimática con Olipudasa-alfa es un tratamiento seguro, bien tolerado y eficaz. El aumento progresivo de dosis y la pre-medicación evitan los efectos adversos graves debido a la liberación brusca de metabolitos intermedios que desencadenan una respuesta inflamatoria aguda. Son necesarios más estudios y mayor tiempo de seguimiento para evaluar la eficacia en variables finales como supervivencia global, evolución a cirrosis, función pulmonar, infecciones respiratoria y mejoría de la calidad de vida de los pacientes.

MUTACIONES EN EL GEN DEL NEUROBLASTOMA (NBAS) COMO CAUSA DE HIPERTRANSAMINASEMIA RECURRENTE Y FALLO HEPÁTICO AGUDO ASOCIADO A FIEBRE. Fornos Sandoval HS, Marset Gomis G, Donat Aliaga E, Masip Simó E, Calzado Agrasot MÁ, Polo Miquel B. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Objetivos. El fallo hepático agudo (FHA) en niños puede ser fulminante. Recientemente, se han logrado identificar nuevas causas gracias a las técnicas de secuenciación de nueva generación, como es el caso de mutaciones bialélicas en el gen *NBAS* que causan episodios recurrentes de hipertransaminasemia o FHA en el contexto de diversos fenotipos extrahepáticos. Describiremos las características fenotípicas que, asociado a hipertransaminasemia, puedan llegar a hacer pensar en mutaciones del gen *NBAS* como causa de FHA.

Material y métodos. Se describen dos pacientes no relacionados, nacidos de padres españoles sanos no consanguíneos que presentan episodios recurrentes de hipertransaminasemia o FHA desencadenados por infecciones febriles. Se comparó su curso clínico y sus características fenotípicas extrahepáticas.

Resultados. Paciente 1: varón que nace a las 30+5 semanas, adecuado para la edad gestacional. Ingresa por 42 días en neonatología sin complicaciones mayores. Primer episodio de hipertransaminasemia a los 8 meses en contexto de catarro con normalización posterior de transaminasas. A los 26 meses primer evento de FHA (GOT 13.790 U/L, GPT 9.745 U/L, índice Quick 22%) que precisa ingreso en cuidados intensivos con tratamiento de soporte, detectando infección por *Moraxella catharralis* en frotis faríngeo. Actualmente tiene una estatura y desarrollo cognitivo normal sin dismorfismo facial. Biopsia hepática con mínimo infiltrado inflamatorio mononuclear portal y fibrosis (1/4). Tras descartar causas conocidas de FHA, se solicita estudio genético dirigido, que detecta dos variantes alélicas nuevas en el gen *NBAS* (p.Glu151Lys y p.His227Pro), confirmando posteriormente la mutación en sus padres. Se ensayó n-acetil-cisteína oral al iniciar fiebre y se constató que, durante los episodios febriles, no cursó más con FHA. Se está estudiando este efecto en otros niños en Hannover. Paciente 2: varón que nace a las 32+5 SG con bajo peso (p8) tras detectar retraso del crecimiento intrauterino. Presenta un total de 10 episodios de hipertransaminasemia asociados a fiebre sin fallo hepático, el primero, a los 17 meses de vida. Actualmente estatura baja (-3,65 DE) y dismorfismo facial (aspecto macrocéfalo con cara triangular, micrognatia, mentón puntiagudo y orejas de implantación baja). No displasias óseas. Desarrollo cognitivo normal. Se solicitó estudio genético dirigido que muestra que es heterocigoto para dos variantes en el gen *NBAS*. Pendiente segregación familiar y biopsia hepática.

Conclusiones. El síndrome de fallo hepático infantil tipo 2 debe ser siempre considerado en el diagnóstico diferencial de FHA, ya que su sospecha, puede prevenir excesos de pruebas complementarias y/o tratamientos invasivos. Pueden cursar con hipertransaminasemia sin FHA o bien, asociándolo. El espectro fenotípico es amplio, pudiendo abarcar desde rasgos típicos a un fenotipo normal. La n-acetil-cisteína oral podría ayudar a prevenir FHA en pacientes con mutaciones en el gen *NBAS*; sin embargo, se necesitan más estudios prospectivos para apoyarlo.

EXPERIENCIA CON USO DE ODEVIXIBAT EN 3 PACIENTES CON COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR. Ruiz Arévalo I, Astudillo Lira DV, Sánchez Gallego P, Rodríguez Salas M, Gilbert Pérez JJ, González de Caldas Marchal R, Jiménez Gómez J. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción. La colestasis intrahepática familiar (CIFP) conforman un grupo de enfermedades hepáticas raras, de carácter hereditario, producidas por defecto en la síntesis o en los transportadores canaliculares de los ácidos biliares. Clínicamente se manifiestan con niveles elevados de ácidos biliares, prurito intratable y enfermedad hepática progresiva, requiriendo de trasplante hepático en algún momento de su evolución. Recientemente se ha aprobado Odevixibat, un inhibidor de los transportadores ileales de ácidos biliares, con eficacia y seguridad comprobadas en ensayos clínicos comparados con placebo. El objetivo de este trabajo es revisar la experiencia con el uso de Odevixibat en 3 pacientes con CIFP.

Metodología. Se realiza estudio descriptivo mediante la revisión retrospectiva de la historia clínica electrónica de 3 pacientes con diagnóstico de CIFP que iniciaron tratamiento con odevixibat. Se recogen variables clínicas y analíticas antes del inicio de tratamiento y a los 3 y 6 meses del mismo.

Resultados. Se incluyen 3 pacientes con diagnóstico de CIFP confirmado por genética. El primero de ellos, varón con diagnóstico de CIFP 1 se inició a los 40 meses de edad tratamiento con Odevixibat por prurito incoercible a pesar de tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDCO), fenobarbital y rifampicina. Al inicio del tratamiento presentaba niveles de ácidos biliares y bilirrubina directa elevados (67,5 y 6,2 mg/dl, respectivamente), transaminasas normales y un Z Score de peso y talla de -1,94 y -2,05 respectivamente. A los 6 meses del tratamiento se objetivó una mejoría en peso y talla (Z score -1,02 y -1,9 respectivamente), mejoría parcial del prurito permitiendo retirar rifampicina; sin cambios en niveles de ácidos biliares ni función hepática. La segunda de ellas, mujer con diagnóstico de CIFP 2 inicia a los 11 meses por prurito incoercible a pesar de tratamiento con AUDCO, rifampicina y fenobarbital. Tras inicio de tratamiento en esta paciente se objetivó una mejora antropométrica significativa (Z-score de peso y talla al inicio de -0,8 y -1,47; a los 6 meses 0,22 y -1,22), sin cambios evidentes en sintomatología ni niveles de ácidos biliares; llegando a precisar trasplante hepático. En el tercero, varón con diagnóstico de CIFP1, trasplante hepático a los 12 meses, se inició Odevixibat a los 40 meses por prurito y diarrea postrasplante, sin objetivarse mejoría durante 2 meses de tratamiento, por lo que finalmente se retira el mismo ante falta de respuesta.

Conclusiones. En base a los resultados de esta revisión, el uso de Odevixibat mostró discreto beneficio en pacientes con CIFP. Más estudios son necesarios para confirmar su eficacia en el manejo de esta entidad.

ÍLEO MECONIAL EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA: TERAPIA PRENATAL CON ELEXACAF-TOR-TEZACAF-TOR-IVACAF-TOR, COMO NUEVA OPCIÓN DE TRATAMIENTO PRECOZ. Gascón Galindo C¹, Tabares González A¹, Luna-Paredes C², Blitz Castro E¹, Morales Tirado A¹, López Cárdenes CM¹, Salcedo Lobato E², Vicente Santamaría S¹. ¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo. Describir las características de pacientes con fibrosis quística (FQ) con íleo meconial (IM) como primera manifestación y las opciones de tratamiento disponibles en la actualidad.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, analítico multicéntrico, de una cohorte de pacientes con FQ que presentaron IM como primera manifestación de la enfermedad, desde 2009 hasta 2023. Se recogen datos demográficos, clínicos y de tratamiento de las bases de datos de cribado neonatal de una Comunidad Autónoma española. Análisis estadístico realizado con SPSSv24.0.

Resultados. Obtenemos datos de 21 pacientes con diagnóstico de FQ e IM. El 52,4% (11/21) son mujeres. El 43% (9/21) son homocigotos F508del, el 43% (9/21) heterocigotos y un 14% (3/21) tiene otras mutaciones diferentes a F508del. El diagnóstico de IM, fue realizado de forma prenatal en un 38% (8/21) de los casos, de los cuales el 37,5% (3/8) recibieron tratamiento con elexacaf-tor-tezacaf-tor-ivacaftor (ETI), durante la gestación en la semana 31+1, 34 y 37. En los 2 primeros casos con resolución del IM. Los casos diagnosticados de manera postnatal (62%; 13/21), presentan una mediana de edad al diagnóstico de 1 día, (rango intercuartílico [IQR] 0,00-1,00). El 76,2% (16/21) requiere cirugía abdominal como tratamiento del IM, de los cuales un 25% (4/16) precisa reintervención. El 14,3% (3/21) se trata de forma conservadora y 9,5% (2/21) no precisa tratamiento tras administración de ETI de forma prenatal. Un 85,7% (18/21) precisa soporte nutricional de los cuales un 88,8% (16/18) fue nutrición parenteral (NPT), con una mediana de duración de tratamiento de 22,5 días ([IQR] 13,3-36). Se compara el tratamiento con ETI con el tipo de tratamiento realizado y con la necesidad de NPT, encontrando diferencias estadísticamente significativas (Chi-cuadrado de Pearson; $p < 0,05$).

Conclusión. El IM es una manifestación poco frecuente de la FQ, pero con elevada morbimortalidad. De acuerdo a los datos obtenidos, un 38% de los pacientes se diagnosticaron de manera prenatal y se podrían beneficiar del tratamiento precoz con ETI, evitando la posible necesidad de cirugía y NPT. En nuestro estudio se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar los pacientes que reciben ETI en el periodo prenatal con la necesidad de tratamiento quirúrgico y NPT. Serán necesarios más estudios con mayor tamaño muestral, para caracterizar a los pacientes subsidiarios de tratamiento prenatal con ETI, así como establecer las indicaciones y pautas de este tratamiento.

MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES POSTERIORES A LA TERAPIA CON CÉLULAS T CON RECEPTORES DE ANTÍGENO QUIMÉRICOS (CAR-T 19). Raya Muñoz J¹, Panesso Romero M², Freixas Bermejo M¹, Cuevas Moreno A¹, Cabello Ruiz V¹, Redecillas Ferreiro S¹, Díaz de Heredia Rubio MC², Segarra Cantón Ó¹. ¹Unidad Gastroenterología y Nutrición Clínica Pediátrica; ²Servicio de Oncología y Hematología Pediátricas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo. La terapia con células T con receptores de antígeno quiméricos (CAR-T) ha emergido como una estrategia novedosa en el tratamiento de neoplasias hematológicas. Aunque los efectos adversos más comúnmente descritos se centran en el síndrome de liberación de citocinas (SLC) y el síndrome neurológico asociado (ICANS), existe una falta de información respecto a los efectos gastrointestinales en la población pediátrica con leucemia aguda linfoblástica (LAL) CD19+. El presente estudio tiene como objetivo describir los efectos adversos a nivel gastrointestinal y evaluar la evolución nutricional de pacientes pediátricos con LAL CD19 + tratados con CAR-T en nuestro centro.

Material y métodos. Se realizó un análisis retrospectivo y descriptivo de datos correspondientes a pacientes menores de 18 años afectados de LAL CD 19+ que recibieron terapia CAR-T en un hospital terciario entre enero de 2020 y enero de 2024. Se analizó el estado nutricional previo y su evolución durante 6 meses y las complicaciones digestivas según los criterios comunes de Terminología para Eventos Adversos (CTCAE versión 5.0).

Resultados. Un total de 13 pacientes, con una mediana de edad de 8 años, recibieron tratamiento con CAR-T. Tres de ellos presentaban complicaciones gastrointestinales previas al tratamiento, incluyendo pancolitis por *C. difficile*, neumatosis intestinal e hipertransaminasemia. De los trece pacientes, hasta un 70% de los mismos experimentaron complicaciones gastrointestinales, con una mediana de inicio de dos días después del tratamiento. La sintomatología más frecuente fue la diarrea (46%, CTCAE 2-3), con resultados microbiológicos negativos, a excepción de un caso con *Clostridium difficile*. Otros efectos adversos gastrointestinales observados incluyeron dolor abdominal (30%, CTCAE 2), náuseas y vómitos (38%, CTCAE 2-3), hipertransaminasemia (15%, CTCAE 1) y distensión abdominal persistente (15%, CTCAE 2). Un paciente desarrolló hipercolesterolemia y colestasis, requiriendo tratamiento con estatinas y omega-3. Las complicaciones más graves fueron observadas en dos pacientes con hemorragia digestiva baja, manifestada como rectorragia y CTCAE 4, que necesitaron estabilización hemodinámica y posterior resolución. Desde el punto de vista nutricional, la tolerancia enteral fue adecuada en el 70% de los pacientes, necesitando un 40% de ellos dispositivo por baja ingesta y aversión oral. El 31% restante requirió de nutrición parenteral (NPT) que pudo ser suspendida antes del mes en todos los pacientes. En cuanto al estado nutricional el 23% presentaban desnutrición crónica previa al tratamiento que aumentó hasta el 30% a los 6 meses.

Conclusiones. Hasta un 70% de los pacientes tratados con terapia CAR-T en nuestro centro presentaron efectos adversos gastrointestinales, siendo la mayoría de naturaleza leve y autolimitada. La diarrea, con resultados microbiológicos negativos, fue el síntoma gastrointestinal más prevalente. Estos hallazgos junto con el alto riesgo nutricional destacan la importancia de un manejo multidisciplinario y la necesidad de un registro exhaustivo de los efectos adversos para futuras investigaciones.

EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL: VALIDACIÓN DE ECUACIONES PARA LA PREDICCIÓN DE LA MASA GRASA Y MASA MAGRA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON OBESIDAD.

Perucho-Gorrita E¹, Luque V¹, Muñoz-Hernando J¹, Escribano J¹, Ferré-Pallàs N², Gispert-Llauradó M¹, Alcázar M¹. ¹Unitat de Recerca en Pediatria, Nutrició i Desenvolupament Humà. Universitat Rovira i Virgili-IISPV. Reus. ²Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Salut-Baix Camp. Reus.

Objetivo. Confirmar la validez y precisión de la valoración de la masa grasa (MG) y masa libre de grasa (MLG) utilizando el método pletismografía por desplazamiento de aire (ADP) con BodPod®, en población pediátrica con obesidad, mediante ecuaciones específicas para este tipo de población.

Métodos. Estudio transversal secundario al estudio Obemat 2.0. Se analizaron datos de 37 niños y niñas con obesidad, de edades entre 9 y 14 años en que se comparó la MG (kg), MLG (kg), % MG, y sus índices IMG y IMLG (kg/m²) obtenidas directamente a través de los algoritmos resultantes de las mediciones de BodPod® (asumiendo que la MLG tiene una densidad constante) (IMGbodpod, IMLGbodpod) con los datos calculados a partir de los valores "crudos" del pletismógrafo (es decir, volumen (L)) utilizando ecuaciones para predecir la densidad de la MLG en función del grado de obesidad (método ADP) (IMGadp, IMLGadp). La composición extraída por ambos métodos fue comparada con el método gold standard, el método de los 4 componentes (4CM) (IMG4CM, IMLG4CM) de análisis de la composición corporal in vivo.

Resultados. Se observaron diferencias significativas entre los resultados obtenidos mediante BodPod® y ADP ($p < 0,001$), y entre BodPod® y 4CM ($p < 0,001$), pero no entre ADP y 4CM. Las correlaciones y coeficientes de fiabilidad mostraron que ajustar las mediciones de composición corporal según la densidad de la MLG (con el método ADP) resultó en una mayor concordancia y fiabilidad en comparación con las medidas obtenidas directamente de BodPod®, en relación con el 4CM ($p < 0,001$). Mediante gráficos de Bland & Altman observamos que las medidas de MG y MLG obtenidas por ADP tenían un mayor grado de acuerdo que las obtenidas mediante los algoritmos del BodPod®, ambas comparadas con el 4CM (0,51 kg (95% IC -1,45, 2,48) para MLGADP vs 1,51 kg (95% IC -0,72, 3,74) para MLGbodpod y -0,51 kg (95% IC -2,48, 1,46) para MGADP vs -1,47 kg (95% IC -3,69, 0,75) para MGbodpod).

Conclusión. Dado que se ha demostrado que la densidad de la MLG varía en función del grado de obesidad, asumir una densidad constante de la misma incrementa el sesgo en la valoración de la composición corporal en pacientes con obesidad. Por ello, el ajuste de la densidad de la MLG mediante ecuaciones específicas, al utilizar las mediciones de BodPod®, reduce el sesgo y mejora precisión y concordancia de las medidas de composición corporal en niños y niñas con obesidad.

IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INTEGRAL DEL SOPREPESO INFANTIL MEDIANTE LA COOPERACIÓN DE LOS PEDIATRAS DE UN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y EL AYUNTAMIENTO DE SU CIUDAD. Larrea Tamayo E¹, Sevilla García O², Ozcoidi Erro I³, Perales Antón A⁴, Aizpurua Amunarriz G⁵, Mateo Abad M⁶, Alustiza Martínez E². ¹Centro de Salud Iztietia. Rentería. OSI Donostialdea, Osakidetza. ²Centro de Salud Egia. OSI Donostialdea, Osakidetza. ³Centro de Salud Amara Berri. OSI Donostialdea, Osakidetza. ⁴Dietista-Nutricionista. Consulta Beasain. ⁵Dietista-Nutricionista. Consulta Donostia. ⁶Instituto de Investigación Biosanitaria Biogipuzkoa.

Objetivos. La necesidad de un enfoque multidisciplinar en el abordaje del exceso de peso es uno de los grandes retos del futuro. Nuestro objetivo es la implantación de un programa de intervención integral, intensivo, grupal y familiar basado en la evidencia y llevado a cabo mediante el trabajo conjunto de Nutricionistas y equipos de Pediatría, así como con la cooperación de un Ayuntamiento y un Servicio Público de Salud.

Material y métodos. Puesta en marcha del programa mediante la financiación por parte del Ayuntamiento, la captación y seguimiento de los pacientes por los equipos de Pediatría de Atención Primaria del municipio y la intervención llevada a cabo por dos dietistas-nutricionistas. Criterios de inclusión: pacientes de entre 9 y 13 años con un percentil de índice de masa corporal (IMC) superior a 85 y con compromiso de participación. Se realiza una valoración inicial, recogiendo antecedentes familiares, personales, perinatales, y antropométricos. La intervención (18 horas en total), tiene lugar en salas del consistorio y consta de dos fases: la primera, intensiva, con 9 sesiones semanales consecutivas de 1.5 horas en 2 grupos (12 menores en un aula y sus 12 madres/padres o tutores en otra); la segunda, de refuerzo, con sesiones a los 4, 8 y 12 meses. Se realizan encuestas pre-post de alimentación (KidMed), actividad física, y estado emocional (Test de Reidl).

Resultados. El programa se inició en abril de 2022 y desde entonces han completado la fase intensiva 45 pacientes. Previo a la intervención, el IMC medio era de 26,66 (\pm 3,55): 28 obesidad y 17 sobrepeso. Tras la misma, se constata una disminución del IMC de 0,86 puntos con una media 25,79 (\pm 3,69). Los resultados preliminares muestran también una mejoría en la calidad de la dieta en el 95,45% de los casos: la puntuación pre-intervención del Kidmed revela una dieta de muy baja calidad en el 16% y una necesidad de mejora en el 52%, mientras que tras la fase intensiva, 86% puntúan valores de dieta de calidad óptima y buena calidad. En cuanto a la actividad física, el 41% de los participantes aumenta el número de días por semana que realiza más de 1 hora de actividad moderada-vigorosa, y un 51% disminuyen el tiempo de sedentarismo. A nivel de autoestima, el 53% aumentan su puntuación en la escala de Reidl.

Conclusiones. Nuestro programa, sigue las recomendaciones actuales basadas en la evidencia en el tratamiento del exceso de peso infantil, demostrándose efectivo en la disminución del IMC, mejoría de la actividad física y de los hábitos dietéticos. Esta intervención es además un ejemplo de cooperación entre dos instituciones públicas, implicando a diferentes profesionales (pediatras, nutricionistas...) y consiguiendo que sea gratuito y accesible a toda la población.

RESULTADOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DESPUÉS DE 12 MESES DE SEGUIMIENTO CON EL PROGRAMA NUTRIPLATO®. Termes Escalé M, Martínez Chicano D, Egea Castillo N, Gutiérrez Sánchez A, García Arenas D, Martín de Carpi J. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.*

Objetivos. El objetivo principal es conocer la evolución en los hábitos alimentarios de niños de 3-2 años, tras 12 meses de seguimiento con el Programa Nutriplato®, una vez finalizado el mismo.

Material y métodos. El programa iba dirigido a mejorar hábitos alimentarios, promocionar la Dieta Mediterránea (DM) y revertir la presencia de sobrepeso y/u obesidad (sp/ob) en la infancia e incluía 1 año de seguimiento con 3-5 visitas presenciales con dietistas-nutricionistas, 1 control telefónico y 1 taller práctico. En las visitas se recogieron datos antropométricos, de composición corporal y de hábitos alimentarios.

Resultados. El Programa Nutriplato® incluyó un total de 1018 participantes (edad media de $8,5 \pm 2,7$ años; el 51,5% eran niños y el 51,2% eran participantes sanos). Los participantes que completaron los 12 meses de seguimiento fueron 696 (edad media de $8,3 \pm 2,7$ años; el 51,9% eran niños y el 50,3% eran participantes sanos). De estos, el 27,7% presentaba sp/ob al inicio del programa y el 38,1% seguían una DM óptima. La puntuación media del Cuestionario Kidmed en la visita inicial fue de $6,6 \pm 2,4$. A los 12 meses de seguimiento esta puntuación media fue de $7,5 \pm 2,3$ ($p < 0,00001$) y el 53,4% de los participantes presentaban una DM óptima ($p < 0,001$; en comparación con la visita inicial). La puntuación media del Cuestionario Kidmed mostró diferencias estadísticamente significativas en función de la clasificación del índice de masa corporal y de la edad, mostrando valores inferiores en aquellos participantes que presentaban sp/ob y en los que tenían 9 años o más. En cuanto a los hábitos alimentarios, también se observaron diferencias estadísticamente significativas, respecto al inicio, en el porcentaje de participantes que consumían regularmente 2 raciones/día de verdura (52,7% vs. 32,0%; $p < 0,00001$), 2 raciones/día de fruta (35,3% vs. 27,2%; $p < 0,001$), pero no en los que cumplían las 3 raciones/día de fruta (6,5% vs. 5,9%; $p > 0,05$). También se observaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de participantes que consumían legumbres más de 1 vez/semana (71,7% vs. 63,4%; $p < 0,001$), frutos secos al menos 2-3 veces/semana (41,2% vs. 29,3%; $p < 0,00001$), pescado al menos 2-3 veces/semana (76,9% vs. 70,3%; $p < 0,001$), pescado azul al menos 1 vez/semana (65,4% vs. 50,4%; $p < 0,00001$), cereales y derivados integrales mínimo 3 veces/semana (32,2% vs. 19,5%; $p < 0,00001$), bollería, galletas o pastelitos para el desayuno (20,0% vs. 34,5%; $p < 0,00001$), embutidos mínimo 3 veces/semana (22,7% vs. 37,8%; $p < 0,00001$), y bebidas azucaradas mínimo 4 veces/semana (8,3% vs. 15,8%; $p < 0,00001$).

Conclusiones. Los resultados obtenidos muestran la necesidad de desarrollar estrategias de educación nutricional para mejorar los hábitos alimentarios de los niños y la efectividad del Programa Nutriplato® en la mejora de estos, promoviendo también la DM.

CALIDAD DE LA ALIMENTACIÓN Y EVOLUCIÓN CLÍNICO-ANTROPOMÉTRICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS PORTADORES DE GASTROSTOMÍA SEGÚN EL TIPO DE DIETA. Salinas Uhalte A¹, García Romero R¹, Ros Arnal I¹, Castejón Ponce E¹, Romea Montañés MJ¹, Gracia Campo A¹, Fernández Atuán RL², Corona Bellostas MC². ¹Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ²Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Objetivos. Demostrar los posibles beneficios clínicos, analíticos y nutricionales en pacientes alimentados con alimentos triturados a través de gastrostomía vs fórmulas artificiales comerciales.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo con recogida de datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y terapéuticos de pacientes portadores de gastrostomía con alimentación enteral (artificial, triturados o mixta) en seguimiento en una Unidad de Gastroenterología-Nutrición Pediátrica de un hospital de tercer nivel. El estudio cuenta con el dictamen favorable del comité de ética (C.I. P123/576).

Resultados. Se han incluido 59 pacientes (64,4% varones) con una edad media de $9,2 \pm 3,94$ años. Previo a ostomía, 49 pacientes recibieron nutrición enteral (edad inicio $1,83 \pm 2,65$ años –moda 1–), el 79,6% a través de sonda nasogástrica (86% fórmula hipercalórica normoproteica, 14% fórmula elemental). Hasta el 45,2% de los casos precisó espesante previamente. El 74,6% presentó disfagia (44,1% grave), el 32,2% y 25,4% asociaron fallo de medro y reflujo gastroesofágico. El 62% presentaban enfermedad neurológica/muscular de base y tres pacientes patología digestiva exclusiva. La edad media de gastrostomía fue a los $3,30 \pm 3,61$ años (moda 1), en el 91,5% de los casos por ingesta oral inadecuada. La alimentación a través de gastrostomía es en el 64,3% de tipo mixto (triturados y fórmula enteral), mientras que el 23,2% lo hace con fórmula artificial y el 12,5% con triturados exclusivamente. A nivel global, al año de intervención quirúrgica se observa mejoría significativa del peso de $+0,89 \pm 1,58$ DE, IMC $+1,33 \pm 2,44$ DE, índice de Waterlow peso $+8,76 \pm 22,40\%$, índice de Shukla $+8,55 \pm 18,95\%$, albúmina $+0,36 \pm 0,65$ g/dl y HDL $+4,14 \pm 7,13$ mg/dl. La dieta triturada presentó al año de intervención mejores resultados en comparación con el grupo artificial; con una diferencia media de peso de $+0,31 \pm 0,69$ DE, IMC $+0,46 \pm 0,9$ DE, Waterlow peso $+4,88 \pm 8\%$, Shukla $+3,66 \pm 7,82\%$, así como mayores niveles de ferritina, hierro, triglicéridos y colesterol. En comparación con el grupo artificial, tras la gastrostomía, el grupo triturado presentó menor sintomatología de reflujo (12,5% vs 27,3%), náuseas (0% vs 18,2%), dolor abdominal (12,5% vs 21,4%), distensión abdominal (14,3% vs 18,2%), estreñimiento (28,6% vs 45,5%), molestias en relación con el paso de alimentación (16,7% vs 18,2%) y obstrucción de la gastrostomía (16,7% vs 18,2%). El aporte energético (Kcal/kg/día), proteínas (gramos/día), grasas (% kcal/día), fibra, vitamina A, ácido fólico, vitamina B12, vitamina C y vitamina K fueron mayores en el grupo triturado.

Conclusiones. La alimentación enteral a base de triturados es una alternativa y/o complemento a las clásicas fórmulas comerciales. En nuestra población de estudio, la dieta triturada ha sido mejor tolerada y se ha asociado con una mejoría del estado nutricional y de la sintomatología digestiva.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD INTERDISCIPLINAR DE TRASTORNO DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA PRIMERA INFANCIA SEGÚN EL TIPO DE TRASTORNO. Martín Fernández C, Di Campli Zaghul M, De la Mano Hernández A, Cañedo Villarroya E, García Hernández P, Leal Fernández A, Martín Adrados A, Muñoz Codoceo RA. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. En los últimos años se ha producido un incremento del número de pacientes con trastornos de alimentación, siendo necesario en algunos casos el uso de dispositivos externos de alimentación (DEA) para poder mantener un adecuado estado de nutrición. El objetivo de este estudio es describir los tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de los pacientes que llegan a una Unidad especializada en dicha entidad de un hospital terciario (integrada por pediatras especializados en Gastroenterología y Nutrición, Logopedas y Psicólogos Clínicos).

Material y métodos. Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo de 601 pacientes atendidos en la Unidad entre los años 2019 a 2023 (ambos incluidos). Se recogen los siguientes datos: tipos de TCA, la necesidad de DEA, estilo de crianza, alteraciones analíticas y respuesta a ciproheptadina. El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS versión 29.0.

Resultados. Del total de pacientes analizados, 92 presentaban anorexia (15,3%), 250 trastorno restrictivo (41,6%), 42 fóbico-evitativo (7%) y 178 trastornos mixtos siendo 155 de ellos anorexia-restrictivo (25,8%), 17 anorexia-fóbico (2,8%) y 6 restrictivo-fóbico (1%). Además, hubo 39 que no podrían catalogarse en un grupo definido (6,5%). En total se indicaron 158 DEA, siendo el trastorno anorexia-restrictivo el grupo que más lo precisó (32,3% del total de DEA) seguido de anorexia (22,2%). Así mismo, estas entidades fueron las que más precisaron cambio a un 2º DEA (35,4% y 16,7%, respectivamente, del total de cambios de DEA). Respecto al uso de ciproheptadina, se objetivó una respuesta positiva en el 76% de los pacientes en los que se indicó, siendo el grupo de anorexia-restrictivo en el que más se indicó (36,66% del total) y mejor respuesta tuvo (80% de respuesta favorable). Referente a las alteraciones analíticas, el subtipo restrictivo fue la entidad con mayor número de pacientes afectados (34,80%) y mayor número de alteraciones (111), siendo la ferropenia la más frecuente. Finalmente, el perfil de padres más frecuente fue el asertivo a nivel general y por tipos de TCA (61,95% en anorexia, 48,4% en restrictivos, 45,23% en fóbico-evitativos, 44,51% en anorexia-restrictivos, 47,05% en anorexia-fóbicos y 50% en fóbico-restrictivo).

Conclusión: Según los resultados, el trastorno restrictivo es el TCA más prevalente en nuestra consulta y con mayor afectación analítica. Sin embargo, es el trastorno mixto anorexia-restrictivo el que presentó más probabilidad de precisar la instauración de DEA. La mayoría de los pacientes tienen respuesta positiva a la Ciproheptadina, sobre todo aquellos con anorexia. No encontramos diferencias en el estilo de crianza entre los diferentes TCA.

UTILIDAD DE LA DIETA BAJA EN HIDRATOS DE CARBONO COMO PUENTE A LA DIETA CETOGÉNICA PARA PREVENIR EFECTOS SECUNDARIOS. Vázquez Gómez JA, Fernández Marín A, Roncero Sánchez-Cano I, García Muga I, Salvá Arteaga M, Kortabarría Elguero M, Senosiain Ibero N, Ruiz del Prado MY. *Hospital San Pedro. Logroño.*

Objetivos. La dieta cetogénica (DC) consiste en modificar las proporciones de macronutrientes en la dieta con el objetivo de alcanzar la cetosis con fines terapéuticos. Su principal indicación en Pediatría es la epilepsia refractaria, con la posibilidad de que se produzcan efectos secundarios digestivos (vómitos, diarrea o estreñimiento) o metabólicos (hipoglucemia y/o hipercetonemia sintomáticas, pérdida de peso o acidosis metabólica) en las primeras fases tras su inicio. En 2006 y 2007 se publicaron los primeros estudios que mostraban las ventajas de una introducción escalonada de la DC, reduciendo los efectos secundarios sin perder eficacia. El objetivo de esta serie de casos es determinar si el uso de una dieta baja en hidratos de carbono antes de la DC progresiva podría prevenir los efectos secundarios y mejorar la adherencia.

Material y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en el que participaron pacientes con epilepsia refractaria. Tras la evaluación clínica y analítica inicial, todos fueron considerados candidatos a una dieta cetogénica. Hasta la instauración definitiva de la DC, se utilizó una dieta baja en hidratos de carbono (50-60 gramos al día) que incluía alimentos con un índice glucémico inferior a 55. Los datos epidemiológicos, clínicos y antropométricos se obtuvieron de forma anónima de las historias clínicas electrónicas. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS®, considerando como significativo el hallazgo de $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron un total de 6 pacientes con epilepsia refractaria, con una proporción mujer:hombre de 1:1 y una edad media de inicio de la DC de 7 años (rango 2-13 años). Tras la introducción de la dieta baja en hidratos de carbono no se observaron complicaciones digestivas ni metabólicas en ninguno de los pacientes, con mediciones diarias de cuerpos cetónicos capilares ≥ 1 mmol/L y glucemia ≥ 60 mg/dl a partir de la semana de instauración. En cuanto al control de las crisis, se obtuvo una reducción estadísticamente significativa en la evaluación al mes de iniciar las modificaciones dietéticas ($p=0,017$) con una tasa de reducción de al menos el 50% en el número de convulsiones del 67%, con un paciente de 3 años en el que el control de las crisis fue total. La transición a la DC no tuvo incidencias, con una buena tolerancia a la restricción dietética progresiva y una excelente adherencia al tratamiento en el 100% de los casos.

Conclusiones. El presente estudio sugiere que el uso de una dieta baja en carbohidratos antes del inicio de una DC es una práctica segura, con una eficacia adecuada y una excelente adherencia al tratamiento. El aumento del tamaño muestral permitirá estudiar estos hallazgos observacionales.

MANIFESTACIONES DIGESTIVAS, DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DÉFICIT DE DGAT1 EN DOS HOSPITALES TERCARIOS. Pérez García de Blanes E¹, Alcolea Sánchez A², Violadé Guerrero F¹, González Sacristán R², Martínez Fernández M¹, Serrano Fernández P², Ramos Boluda E², Rodríguez Martínez A¹. ¹Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos. El déficit de la enzima diacilglicerol-aciltransferasa1 (DGAT1) es una de las causas de diarrea congénita grave conocidas hasta el momento, debiéndose a una mutación genética en el gen que codifica dicha enzima; su déficit impide catalizar el paso final en la síntesis de triglicéridos, lo cual provoca cuadros de diarrea grave con enteropatía-pierde-proteínas. No existe un genotipo-fenotipo claro ya que la evolución varía desde una resolución espontánea del cuadro hasta un curso letal. El objetivo del trabajo es describir las características clínicas de cinco pacientes con diagnóstico de déficit de DGAT1 pertenecientes a dos hospitales terciarios.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo y multicéntrico de cinco pacientes, todos ellos presentan en común alguna alteración genética que condiciona un déficit de DGAT1. Se describe: edad de inicio de sintomatología, sexo, genética, manifestaciones clínicas y analíticas, y evolución final.

Resultados. Se analizan los casos de cinco pacientes, 3 mujeres y 2 varones, tres de ellos pertenecientes a la misma familia y con la misma mutación en el gen DGAT1: variante de splicing (c.980+1G>T) en homocigosis. Los otros dos pacientes presentaron cada uno dos variantes genéticas en heterocigosis (F338del + S210del) uno, y (c.1286G>A + c.1246G>A) otro. De los cinco pacientes, tres son mujeres, y en todos ellos el inicio de la sintomatología comenzó en el periodo neonatal. Los cinco debutaron con clínica diarreica malabsortiva grave y, consecuentemente un importante fallo de medro. Dos de ellos además asociaban clínica de vómitos. Todos ellos mejoraron inicialmente con dieta absoluta y los cinco llegaron a precisar nutrición parenteral. Analíticamente todos presentaron hipoalbuminemia y niveles en rango de triglicéridos y colesterol en sangre; uno de ellos presentó hipovitaminosis D llamativa y otro hipouricemia con hipouricosuria. La alfa-1-antitripsina en heces se elevó en 3 de ellos. Se realizó en todos un estudio etiológico exhaustivo siendo negativo; aunque en uno de ellos se objetivaron de forma inespecífica vacuolas grasas en los enterocitos de la biopsia duodenal, lo cual sugirió un trastorno de la digestión de las grasas. Cuatro pacientes presentaron una resolución espontánea de la sintomatología al reducir de manera intuitiva el consumo de grasas en su alimentación, confirmándose esa intolerancia años más tarde con el diagnóstico genético; otro mejoró tras conocerse el resultado genético y retirar entonces la grasa de la dieta.

Conclusión. La diarrea debida a un déficit de DGAT1 es una entidad extremadamente rara aunque, a diferencia de otras patologías poco frecuentes, el tratamiento es sencillo y poco costoso económicamente; por lo que está indicado solicitar en el estudio genético de los casos de diarrea grave congénita, habiendo realizado previamente un diagnóstico etiológico exhaustivo. Se recomienda, al reducir las grasas de la dieta, suplementar con ácidos grasos esenciales.

UTILIDAD DE LA CARACTERIZACIÓN METABOLÓMICA PARA DIFERENCIAR LAS HIPOBETALIPOPROTEINEMIAS PRIMARIAS MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR. Valls Arévalo Á¹, González Marrachelli V², Morales Tatay JM², Arcos Machancoses JV³, Crehuá Gaudiza E⁴, Carratalá Calvo A⁵, Quiñones Torrelo C⁵, Martínez Costa C⁴. ¹Centro de Salud Nazaret. Departamento Clínico-Malvarrosa. Instituto de investigación INCLIVA Valencia. ²Laboratorio de Metabolómica e Imagen Molecula. Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA.Valencia. Departamento de Fisiología. Universitat de Valencia. ³Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Instituto de Investigación INCLIVA. Valencia. ⁴Departamento de Pediatría. Universidad de Valencia. Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Instituto de Investigación INCLIVA. Valencia. ⁵Servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica Clínica. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos. Las hipobetalipoproteinemias incluyen un grupo de trastornos hereditarios de las lipoproteínas de baja densidad y apolipoproteínas. Los afectos están predispuestos a la malabsorción de vitaminas liposolubles y riesgo de enfermedad hepática. Su estudio genético supone un coste no viable para el sistema sanitario. Nuestro objetivo ha sido analizar la capacidad de la metabolómica por resonancia magnética nuclear (RMN 1H) para caracterizar el perfil metabolómico en plasma y orina en sujetos con estos trastornos.

Material y métodos. Seguimiento prospectivo de escolares y adolescentes entre 5 y 15 años con colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) por debajo del percentil 5, procedentes de 16 centros de atención primaria durante un periodo de 3 años. Excluimos los casos con enfermedades subyacentes o problemas de malabsorción. Comparamos valoraciones dietéticas, antropométricas, bioquímicas y vitamínicas de los pacientes con controles sanos pareados por sexo y edad. Se adquirieron los espectros por RMN 1H de muestras de plasma y orina. Se cuantificaron y normalizaron dichos metabolitos. Utilizamos el análisis discriminante de mínimos cuadrados parciales supervisados (PLS-DA) para clasificar y separar los metabolitos de las distintas muestras, y lo validamos de forma cruzada utilizando los parámetros R2 y Q2. Representamos los datos en una curva ROC para valorar de la capacidad predictiva del modelo.

Resultados. Basándose en las características bioquímicas, se examinaron 18.002 sujetos, 29 fueron clasificados como hipobetalipoproteinemia familiar tipo 1 (HBLF1) –prevalencia de 16,1/10.000– y 12 con hipolipidemia familiar combinada (HBLF2) –6,7/10.000–. No se clasificó ningún paciente con abetalipoproteinemia, enfermedad por retención de quilomicrones o síndrome de Smith-Lemli-Opitz. En plasma, en el PLS-DA observamos una buena separación entre casos y controles, con una clara semejanza en el comportamiento metabólico entre el grupo control y los HBLF2, diferente a los HBLF1. El área bajo la curva (ABC) obtenida fue de 0,97, con una sensibilidad del 93%, especificidad del 95% y valores predictivos positivo y negativo del 93 y 96%, respectivamente. En la validación obtuvimos un ABC de 0,79, indicando que el modelo discriminativo funciona de manera efectiva en plasma. En orina el modelo resultó poco discriminativo, con un ABC de 0,49.

Conclusiones. El modelo metabolómico permite diferenciar controles y pacientes con HBLF1 y HBLF2 y a su vez, entre ambos. Este modelo resulta de utilidad debido a su bajo coste, facilidad metodológica, robustez y reproducibilidad, además de aportar datos de otros metabolitos asociados, haciendo de este método una ayuda complementaria en el diagnóstico.

EVALUACIÓN DEL USO DE UNA FRAGANCIA NEUTRALIZANTE DEL OLOR DE LA TRIMETILAMINA. Mínguez Rodríguez B¹, Rey Velasco M², Van Den Heuvel H², De los Santos Mercedes MM¹, Meavilla Olivas S¹, García Volpe C¹, Villaronga Flaqué M¹, Martín de Carpi J¹. ¹Hospital Sant Joan de Déu. *Esplugues de Llobregat, Barcelona.* ²Eurofragance.

Introducción y objetivos. La trimetilamina (TMA) eliminada por sudor, orina, heces y otros fluidos en pacientes en tratamiento con altas dosis de carnitina (déficit primario de carnitina CUD, trastornos de la beta oxidación) y trimetilaminuria (TMAU), entre otros, provoca un olor desagradable. Son enfermedades genéticas y/o metabólicas sin tratamiento curativo ni remedio para el olor provocando un importante impacto psicosocial. Por este motivo, conjuntamente con una empresa de fragancias, se diseñan dos fragancias específicas para neutralizar el olor de la TMA. El objetivo de este estudio es evaluar su efecto.

Material y métodos. Estudio descriptivo prospectivo, multicéntrico y nacional del uso de estas fragancias en pacientes con TMAU o en tratamiento con carnitina y olor desagradable. Se facilitaron los productos (loción, serum y agua de colonia) a los pacientes (Green tea para adultos y citrus para niños) con unos cuestionarios (escala LIKERT) sobre la neutralización, la duración del efecto y el grado de satisfacción al mes, los 3 y 6 meses de su uso.

Resultados. Cuarenta personas solicitaron los productos, 4 no continuaron (1 no los precisó, 2 halitosis sin efecto y uno por incapacidad para responder los cuestionarios). Veinte participantes (65% mujeres) los completaron, 12 adultos ($41 \pm 10,5$ años) y 8 niños ($5 \pm 2,5$ años). Un 80% con TMAU. La loción tuvo efecto neutralizante en el 70% de los participantes según mes encuestado, neutralizando por completo o casi por completo en el 30% de los encuestados. En niños, su efecto fue mayor en hasta el 49,7%. La duración del efecto fue de 2 a 4 horas. El sérum neutralizó en el 80% consiguiendo mayor efecto en el 50% de los usuarios, 71,4% en el caso de los niños, y durando de 2-4 horas en el 55% y más de 4 horas en el 40%. El agua de colonia presentó efecto en el 95%, siendo la neutralización completa o casi completa en el 50%, pero con una duración más corta. El uso de los tres productos simultáneamente consiguió una neutralización en el 93% de los participantes, llegando a un efecto casi completo/completo en 80%. Potenciación de su duración: más de 4 horas en la mitad. En los niños la neutralización casi completa o completa llega al 85-100%, según el mes encuestado. El 90% de los usuarios se mostraron satisfechos, 45% muy satisfechos, sin efectos adversos. Limitaciones: cuestionarios subjetivos, sin escalas validadas, distintos evaluadores, factores no controlados que modifican el olor corporal.

Conclusiones. El uso de las fragancias diseñadas neutraliza en la mayoría de los participantes el olor a TMA en distintos grados. Usarlos simultáneamente mejora el efecto y prolonga su duración. Los usuarios se mostraron satisfechos.

COMPARACIÓN DE LOS PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y DE FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIBROSIS QUÍSTICA EN FUNCIÓN DEL DIAGNÓSTICO: ERA DEL CRIBADO NEONATAL EN ESPAÑA.

López Cárdenas CM¹, Vicente Santamaría S¹, Tabares González A¹, Gascón Galindo C¹, Merino Sanz N¹, Merino Sánchez-Cañete A¹, Blitz Castro E¹, Morales Tirado A¹, Garriga García M¹, Álvarez Beltrán M², García Romero R³, Martín Fernández C⁴, Tutau Gómez C⁵, Torcuato Rubio E⁶, Ortiz Pérez P⁶, Loverdos Eserverri I⁷, García Volpe C⁸, Salcedo Lobato E⁹, Martín Rivada A¹⁰, Murray Hurtado M¹⁰, Crehuá Gaudiza E¹¹, Medina Martínez M¹², González Jiménez D¹³; Grupo de trabajo de FQ y páncreas de la SEGHNP. ¹Unidad Fibrosis Quística. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ³Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo. ⁶Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁷Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ⁸Unidad de Fibrosis Quística. Hospital San Joan de Déu. Barcelona. ⁹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹⁰Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ¹¹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ¹²Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ¹³Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo. Comparar parámetros antropométricos y de función pulmonar en pacientes pediátricos con fibrosis quística (FQ) en función de su diagnóstico.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, transversal y multicéntrico del grupo de trabajo de FQ de la SEGHNP de una cohorte de pacientes pediátricos entre cinco y doce años con FQ que no han iniciado tratamiento modulador CFTR. Se recogen datos demográficos, clínicos antropométricos y de función pulmonar mediante espirometría. Cálculo de parámetros antropométricos, mediante aplicación nutricional de SEGHNP y valores de referencia OMS 2006 y Carrascosa 2010 para menores y mayores de 6 años, respectivamente. Se estratificaron los resultados en dos subgrupos, según hayan sido diagnosticados mediante cribado neonatal o no. Datos recogidos mediante aplicación REDcap. Análisis estadístico, U de Mann-Whitney, Chi cuadrado. Mediante programa SPSS v27.0.

Resultados. Obtuvimos 105 pacientes (59% varones), mediana de edad 9 años [RIC 7-11]. Se realizó el diagnóstico por cribado neonatal en un 81,9%. De los pacientes no diagnosticados por cribado neonatal la mediana de edad al diagnóstico fue de 7 meses [RIC 1-22]. 95% de los pacientes tenían al menos una mutación F508del (35% homocigotos). En cuanto a los datos clínicos un 80% tenían insuficiencia pancreática, un 25,7% enfermedad hepática y un 19% alguna alteración hidrocarbonada relacionada con FQ. Los datos demográficos y clínicos se expresaron también en subgrupos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes diagnosticados mediante cribado y los que no. Los valores antropométricos y de función pulmonar aparecen descritos en la tabla 1. No encontramos diferencias estadísticamente significativas ni para los valores antropométricos ni para los valores de función pulmonar al comparar los subgrupos en función del diagnóstico.

Mediana	Global (N= 105)	Cribado (N=86)	No cribado (N= 19)	p
Z peso	-0,71 [RIC -1,12; -0,08]	-0,70 [RIC -1,10; -0,01]	-0,85 [RIC -1,60; -0,26]	0,25
Z talla	-0,50 [RIC -1,13; 0,49]	-0,48 [RIC -1,10; 0,49]	-0,70 [RIC -1,70; 0,61]	0,51
ZIMC	-0,61 [RIC -1,10; -0,10]	-0,60 [RIC -1,10; -0,10]	-0,74 [RIC -1,16; -0,03]	0,53
FEV1	93% [RIC 86-101]	94% [RIC 87-100]	93% [RIC 83-105]	0,55

Valores antropométricos representados mediante Z score. Prueba estadística U Mann-Whitney para muestras independientes. P valor para significación estadística <0,05.

Conclusión. Los pacientes diagnosticados mediante cribado muestran unos mejores parámetros nutricionales sin alcanzar significación estadística. Se necesitan más estudios, con un mayor tamaño muestral para confirmar esta hipótesis.

COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIBROSIS QUÍSTICA QUE RECIBEN TRATAMIENTO CON IVACAFTOR-TEZACAFTOR-ELEXACAFTOR. Muñoz Alonso A, Violadé Guerrero FM, Martínez Fernández M, Valverde Fernández J, Pérez Navarro EM, Castro Gutiérrez de Agüera C, Delgado Pecellín I, Rodríguez Martínez A. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Determinar si existen cambios en la composición corporal en los pacientes con fibrosis quística (FQ) que inician tratamiento con ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor.

Material y métodos. Estudio experimental longitudinal prospectivo de 23 pacientes (15 niñas y 8 niños) de entre 7 y 18 años que comenzaron tratamiento con ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor desde diciembre de 2021 y han sido atendidos en la unidad de FQ de un hospital de tercer nivel. En todos los pacientes incluidos se registraron medidas antropométricas (peso, talla, IMC, pliegue tricípital y perímetro braquial) y se les realizó bioimpedancia con BIA 101 BIVA PRO de Akern tanto en la visita de inicio como en las de revisión a los 6 y 12 meses. Calculamos z-score de desviación estándar (ZS) de todos los parámetros antropométricos utilizando la aplicación nutricional de la SEGHNH. Se realizó el análisis estadístico con el software IBM® SPSS® Statistics, considerando significativo un resultado $<0,05$ en el contraste de hipótesis.

Resultados. Finalmente se incluyeron 21 de los 23 pacientes previstos (2 pacientes abandonaron el tratamiento debido a efectos secundarios). En relación a la antropometría, hemos encontrado cambios antropométricos en el zscore de pliegue tricípital comparando la visita de inicio con la visita a los 12 meses (+0,47 DE) y la visita de los 6 meses con la visita de los 12 meses (+0,29DE). Además, encontramos cambios en el ZS de peso (+0,15DE; $p=0,072$) entre la visita de inicio y la visita a los 12 meses, aunque no llega a ser estadísticamente significativo. Sin embargo, con la bioimpedancia se han observado diferencias significativas en varios parámetros. Se han puesto de manifiesto cambios significativos en el porcentaje de masa celular total (+3,45%), en el porcentaje de masa magra (+6,78%), en el porcentaje de masa grasa (-6,78%) y en el ángulo de fase (+0,55°) comparando la visita de inicio de tratamiento con la visita a los 12 meses.

Conclusiones. En los pacientes tratados con ivacaftor-tezacaftor-elexacaftor y seguidos durante 12 meses, encontramos cambios significativos en su composición corporal medida por bioimpedanciometría, evidenciando una mejoría en la composición nutricional basal de los pacientes. Además, se pone de manifiesto que la bioimpedanciometría es una herramienta que añade información en el análisis nutricional de los pacientes con FQ, ya que permite observar cambios que solo con la antropometría no se habrían encontrado

APLICACIÓN DEL SOFTWARE OBMETRICS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO METABÓLICO EN NIÑOS CON OBESIDAD DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO. Torres-Martos Á¹, Requena F², Bustos-Aibar M¹, Alcalá-Fernández J³, Bueno G⁴, Aguilera C⁵, Anguita-Ruiz A⁶, Leis R⁷. ¹Departamento de Bioquímica y Biología Molecular II. UGR. ²Instituto de Enfermedades Genéticas Imagine. INSERM. ³Departamento de Ciencias de la Computación e Inteligencia Artificial. UGR. ⁴Instituto Agroalimentario de Aragón (IA2) e Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón). ⁵Departamento de Bioquímica y Biología Molecular II. UGR. ⁶Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal). ⁷Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Facultad de Medicina-USC.

Introducción. La obesidad infantil es un problema de salud global caracterizado por un progresivo deterioro metabólico, ya presente en edades prepuberales. Por ello, se hace necesaria una evaluación precisa del Síndrome Metabólico y sus biomarcadores de riesgo en niños y adolescentes con sobrepeso y/u obesidad. Tradicionalmente, se han empleado puntos de corte estáticos, pero su limitación y la diversidad en las definiciones del Síndrome Metabólico generan un dilema clínico. En este contexto, proponemos el uso de z-scores dependientes de edad y sexo como una alternativa mejorada.

Objetivos. El objetivo principal de este estudio es mejorar la evaluación del Síndrome Metabólico en edad pediátrica, empleando z-scores en lugar de puntos de corte. Para lograr esto, se desarrolló ObMetrics, un software amigable que automatiza el cálculo de z-scores.

Materiales y métodos. Se utilizaron datos de dos cohortes hospitalarias transversales (GENOBOX e IBEROMICS) de 2237 niños de 3 a 18 años, reclutados en 3 centros de tercer nivel, clasificados por grado de obesidad según la International Obesity Task Force (2012). ObMetrics, disponible en <https://coblabugr.shinyapps.io/obmetrics/>, fue empleado para calcular automáticamente los z-scores de los componentes metabólicos del Síndrome Metabólico, incluyendo obesidad abdominal, presión arterial, perfil lipídico, glucosa e índices de resistencia a la insulina. Estos z-scores se basan en valores de referencia obtenidos de un estudio con cohortes multi-étnicas (CosCIS, EYHS, PANCS y NHANES).

Resultados. Los resultados revelan que la presión arterial y la resistencia a la insulina son las principales complicaciones metabólicas asociadas a la obesidad infantil. Asimismo, los z-scores evidencian un deterioro progresivo del perfil lipídico a medida que la obesidad aumenta en gravedad (Tabla 1).

TABLA 1. Z-scores de los niños de las cohortes GENOBOX e IBEROMICS estratificados por grado de obesidad.				
Variable	Normopeso, N= 813 ¹	Sobrepeso, N= 1.033 ¹	Obesidad, N= 391 ¹	p-valor ²
Perimetro de cintura_zscore	0,53 (-0,17; 1,23)	2,35 (1,85; 2,76)	3,20 (2,73; 3,61)	< 0,001
Tensión arterial sistólica_zscore	0,02 (-0,78; 0,92)	1,06 (0,21; 1,85)	1,56 (0,66; 2,47)	< 0,001
Tensión arterial diastólica_zscore	0,04 (-0,54; 0,77)	0,68 (-0,06; 1,36)	1,33 (0,56; 2,13)	< 0,001
Triglicéridos_zscore	-0,29 (-0,82; 0,38)	0,32 (-0,41; 1,12)	0,47 (-0,28; 1,29)	< 0,001
HDLcoI_zscore	-0,08 (-0,81; 0,70)	-0,96 (-1,52; -0,35)	-1,13 (-1,67; -0,52)	< 0,001
Glucosa_zscore	-0,60 (-1,32; 0,03)	-0,64 (-1,34; 0,07)	-0,49 (-1,18; 0,34)	0,009
HOMA_IR_zscore	0,05 (-0,61; 0,72)	1,06 (0,45; 1,70)	1,58 (0,95; 2,22)	< 0,001

¹Mediana (rango intercuartílico). ²Test estadístico no paramétrico: Kruskal-Wallis

Conclusiones. El empleo de z-scores emerge como una herramienta prometedora para una evaluación más precisa del Síndrome Metabólico en edad pediátrica. Además, ObMetrics se posiciona como un recurso práctico para la implementación de esta metodología en entornos clínicos y de investigación. Los z-scores pueden contribuir a mejorar la comprensión de las complicaciones metabólicas asociadas a la obesidad infantil y a establecer las estrategias de prevención e intervención en la clínica diaria.

Fuente de financiación. Esta investigación ha contado con el apoyo del Instituto de Salud Carlos III cofinanciado por la Unión Europea NextGenerationEU/PRTR y FEDER Una manera de hacer Europa por varias convocatorias del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS): PI20 y PI23.

VIAJE HACIA LO DESCONOCIDO: CÓMO TRAGAN NUESTROS PACIENTES CON ATROFIA MUSCULAR ESPINAL TRATADOS CON NUSINERSEN. Valverde Fernández J¹, Gaboli M², López Lobato M³, Ferrand Ferri P⁴, Dorantes Bellido MA⁴, Violadé Guerrero F¹, Rodríguez Martínez A¹, Madruga Garrido M⁵. ¹Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ²Sección de Neurología Pediátrica; ³Sección de Neurología Pediátrica; ⁴Unidad de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁵Neurología Pediátrica. Hospital Viamed Santa Ángela de la Cruz y NeuroLinkia. Sevilla.

Objetivos. La llegada de los nuevos fármacos para el tratamiento de la atrofia muscular espinal (AME) ha supuesto una revolución en el manejo de estos pacientes, sobre todo en los AME tipo 1 que previamente tenían una esperanza de vida menor de dos años. El objetivo del estudio es conocer el impacto del tratamiento con nusinersen en la función bulbar de estos pacientes, concretamente en la capacidad para alimentarse.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional en pacientes con AME tipo 1 tratados con nusinersen en un hospital terciario, durante al menos 24 meses. Además de los datos demográficos, se analizó la capacidad para comer por boca, la necesidad de nutrición por vía enteral, los resultados de la videofluoroscopia de la deglución y una escala de valoración de la deglución específica para AME, Oral and Swallowing Abilities Tool (OrSAT). El análisis estadístico se realizó con las aplicaciones Rstudio y SPSS.

Resultados. Se incluyeron 11 pacientes con AME tipo 1 (6 tipo 1b y 5 tipo 1c), 8 de los 11 eran varones. El tipo 1c mantuvo total o parcialmente su capacidad de alimentación oral, mientras que el tipo 1b la fue perdiendo progresivamente hasta el 100% a los 24 meses ($p=0,002$). Solo un paciente tipo 1c precisó nutrición enteral al inicio y final del estudio, mientras que todos los pacientes 1b la acabaron necesitando ($p<0,001$). Las videofluoroscopia de la deglución de los AME tipo 1b eran compatibles con una disfagia severa, recomendando una vía alternativa de alimentación. Sin embargo, los AME tipo 1c presentaban una disfagia leve o moderada con necesidad de adaptar la textura. Los pacientes tipos 1b tuvieron peor puntuación en la escala OrSAT, con un empeoramiento progresivo durante los 24 meses ($p<0,001$). Los pacientes 1c no presentaron cambios significativos en estas escalas durante el seguimiento, ni a mejor ni a peor.

Conclusiones. Que nos conste, este es el primer estudio "real-world" que evalúa la función bulbar en pacientes pediátricos tratados con nusinersen, en nuestro país. Nuestros pacientes han aumentado su esperanza de vida y presentado mejoría evidente en otras áreas, sobre todo la motora. Sin embargo, a pesar del tratamiento, a nivel bulbar observamos un empeoramiento progresivo en los AME tipo 1b. Los pacientes 1c presentaron una afectación menor, pero sin cambios significativos, a pesar del fármaco. Nuestros resultados concuerdan con las publicaciones realizadas en otros países, que sugieren que nusinersen no parece tener un efecto positivo en las habilidades deglutorias. Actualmente se están realizando estudios sobre la utilidad de una dosis mayor del fármaco para intentar mejorar la función bulbar.

ASOCIACIÓN ENTRE LOS PATRONES DIETÉTICOS Y LA SALUD CARDIO-METABÓLICA EN EDAD PREESCOLAR. ESTUDIO CORALS.

Gheorghita I¹, Gispert-Llauradó M¹, Escribano Subías J¹, Jurado-Castro JM², Babio N³, Leis R⁴, Moreno LA⁵, Navas-Carretero S⁶, Martín-Carbonell V⁷, Moreira A⁸, Castro-Collado C², Vázquez-Cobela R⁴, Alcázar M¹, Miguel-Berges ML⁵, De Cuevillas B⁶, Pastor-Villaescusa B², Picáns-Leis R⁹, Mimbbrero G¹⁰, De Miguel-Etayo P⁵, Flores-Rojas K², Gil-Campos M², Salas-Salvadó J³, Luque V¹. ¹Unitat de Recerca en Pediatria. Nutrició i Desenvolupament Humà (PediNuR). Universitat Rovira i Virgili. IISPV. Reus, Spain. ²Metabolism and Investigation Unit. Reina Sofia University Hospital. Maimónides Institute of Biomedicine Research of Córdoba (IMIBIC). University of Córdoba. Córdoba, Spain. ³Unitat de Nutrició Humana, Grup ANUT-DSM, Departament de Bioquímica i Biotecnologia, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Spain. ⁴Unit of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Pediatric Service. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, Spain. ⁵Growth, Exercise, Nutrition and Development (GENUD) Research Group, University of Zaragoza, Zaragoza, Spain. ⁶Center for Nutrition Research. Fac Pharm & Nutr, Dept Nutr Food Sci & Physiol. University of Navarra. Pamplona, Spain. ⁷Department of Preventive Medicine and Public Health. University of Valencia. Valencia, Spain. ⁸Fundació Hospital Sant Joan de Déu. Martorell, Spain. ⁹Department of Neonatology. University Clinical Hospital of Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, Spain. ¹⁰EAP-CAP Sant Pere. Reus 2. Institut Català de la Salut. Generalitat de Catalunya, Spain.

Antecedentes y objetivo. Los hábitos alimentarios se establecen en los primeros años de vida y tienden a perdurar en la infancia, estando relacionados con la salud en etapas posteriores de la vida. El objetivo de este trabajo fue analizar si los patrones dietéticos se asocian a marcadores de riesgo cardio-metabólico en edades tempranas.

Material y métodos. Se realizó un análisis observacional transversal en el marco del proyecto CORALS (Childhood Obesity Risk Assessment Longitudinal) Study con el objetivo de relacionar ingesta dietética con marcadores de riesgo cardio-metabólicos. Se utilizó el cuestionario COME-Kids, un cuestionario de frecuencia consumo de alimentos y bebidas semicuantitativo validado de 125 ítems. Se extrajeron patrones dietéticos (PD) mediante análisis factorial exploratorio y se asignó a cada sujeto una puntuación z de adherencia a cada patrón dietético extraído. El riesgo de salud cardio-metabólica se analizó a través de las puntuaciones z internas del índice de masa corporal (IMCz), presión arterial sistólica (PASz), colesterol HDL (HDLz), triglicéridos (TGz) y índice HOMA-IR. Se construyeron modelos de regresión lineal ajustados por factores de confusión entre los PD y cada factor cardio-metabólico. La variable IMCz se utilizó como ajuste excepto en los modelos en que IMCz no era la variable resultante.

Resultados. En el presente análisis se incluyeron 1426 participantes del estudio CORALS, con una edad media de $4,97 \pm 1,11$ años. Se identificaron dos PD, etiquetados como "PD de Alimentos Básicos" y "PD de Alimentos Procesados". El primero se asociaba con el consumo de verduras, frutas, frutos secos, legumbres, pan, cereales de desayuno no azucarados, aceite de oliva, pescado, queso, huevos y embutidos magros; y el segundo se relacionaba directamente con la ingesta de lácteos azucarados, postres lácteos, carnes procesadas, patatas, dulces, aperitivos, precocinados, otros aceites y refrescos; y negativamente con el consumo de verduras y frutas. La adherencia al "PD de Alimentos Procesados" se asoció de forma directa con el IMCz ($B=0,07$, $p=0,034$, $R^2=4,6\%$) y los TGz ($B=0,12$, $p=0,001$, $R^2=4,4\%$), e inversamente con el HDLz ($B=-0,09$, $p=0,017$, $R^2=2,1\%$). La adherencia al "PD de Alimentos Básicos" no se asoció con ninguno de los factores de riesgo cardio-metabólico.

Conclusiones. La ingesta de un patrón dietético de alimentos procesados se asocia positivamente con marcadores de riesgo de salud cardio-metabólica desde la edad preescolar. El seguimiento a largo plazo de esta cohorte dilucidará el impacto de los hábitos dietéticos adquiridos tempranamente en la salud posterior.

BIOIMPEDANCIOMETRÍA ELÉCTRICA VECTORIAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIACA. Bueno Suárez C¹, Núñez Ramos R¹, Germán Díaz M¹, Samper Villagrasa P², Oviedo Melgares L¹, Ramos Casado MV¹, Arias Felipe AC¹, Medina Benítez E¹. ¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción y objetivos. La malnutrición en pacientes con cardiopatía congénita es frecuente y se asocia a un peor resultado postquirúrgico. La bioimpedanciometría eléctrica vectorial (BIVA) nos permite obtener parámetros bioeléctricos a los que se atribuye capacidad pronóstica en distintas situaciones clínicas. Nuestro objetivo fue estudiar el valor pronóstico del ángulo de fase (PhA) y los cambios en los datos bioeléctricos a lo largo del postoperatorio en este perfil de pacientes.

Material y métodos. Estudio prospectivo, descriptivo y analítico, que incluyó a pacientes de 0 a 16 años sometidos a cirugía cardíaca en un hospital terciario entre marzo de 2022 y abril de 2023. Se recogieron variables demográficas, nutricionales, cardiológicas y 3 variables pronósticas: tiempo de estancia en UCIP, tiempo de ventilación mecánica y mortalidad. Se empleó BIVA (BIA 101 BIVA PRO AKERN srl, Florence) para realizar un análisis semicuantitativo de la composición corporal. Se realizaron 4 medidas: basal y en tres momentos del postoperatorio (24 horas, 48 horas y 7 días o alta de UCIP). Para el análisis estadístico la muestra fue dividida en dos grupos: neonatos y resto de edades. Se consideró estancia prolongada la superior a 14 días en neonatos y a 4 días en otras edades. En población neonatal se consideró ventilación mecánica prolongada aquella que superaba los 7 días y los 2 días en población no neonatal.

Resultados. Se recogieron mediciones de 42 pacientes, de los cuales 21 eran varones, con una mediana de edad de 4 meses (mínimo 3 días-máximo 14 años). Según su mecanismo fisiopatológico, la cardiopatía más frecuente fue el cortocircuito izquierda-derecha. El 15% presentaron un Z-Score del IMC ≤ -2 y el 16,67% un Z-Score del perímetro braquial ≤ -2 . El 21,43% era portador de sonda nasogástrica domiciliar preoperatoria. Los neonatos presentaron un tiempo de ingreso y de ventilación mecánica superior al resto de edades ($p=0,01$). Ningún paciente falleció durante su estancia en UCIP. Los neonatos con una estancia superior a 14 días mostraron valores significativamente menores del PhA a las 48 horas de la cirugía ($p=0,01$). Las diferencias en el PhA y la estancia en UCIP en otros grupos de edad no alcanzaron significación estadística. Se identificó un descenso significativo en los valores normalizados de resistencia y reactancia a las 24 horas después de la cirugía en todos los grupos de edad ($R/H, p = 0,01$; $Xc/H, p = 0,03$).

Conclusión. El postoperatorio de las cardiopatías congénitas en pediatría presenta gran heterogeneidad en términos de edad, fisiopatología y repercusión nutricional. En neonatos, el descenso del PhA a las 48 horas se asoció a una estancia prolongada en UCIP. La BIVA puede ser útil para identificar las alteraciones en el balance hídrico del postoperatorio precoz.

ESTUDIO LONGITUDINAL DE LA COLONIZACIÓN INTESTINAL Y PATRONES DE CONDUCTA EN EL ESCOLAR. García Fernández M¹, Pérez Suárez R¹, Samarra A², Calderón C³, Crehuá Gaudiza E¹, Arcos Machancoses JV¹, Collado MC², Martínez Costa C⁴. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia. ²Instituto de Agroquímica y Tecnología de los Alimentos. IATA-CSIC. ³Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Barcelona. ⁴Departamento de Pediatría. Universidad de Valencia. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Objetivos. La colonización bacteriana del intestino se ha visto directamente relacionada con la maduración no solo del sistema nervioso entérico, sino también del sistema nervioso central y neurodesarrollo ocurriendo aproximadamente desde el nacimiento hasta los 3-4 años. Este se considera un periodo ventana en el que coincide un amplio potencial de crecimiento y maduración somática y de la microbiota intestinal con una importante plasticidad neuronal que implica gran parte del desarrollo sensorial, cognitivo y conductual. Nuestro objetivo ha sido correlacionar la colonización intestinal precoz con la conducta posterior en una cohorte longitudinal.

Material y métodos. Se analiza una muestra de la cohorte longitudinal prospectiva madre-lactante MAMI seguidas durante los primeros dos años de vida. Se recogieron muestras biológicas a los 7 días, 1 mes y 6 meses, así como las características clínicas, dietéticas y antropométricas y sociodemográficas. Posteriormente, se proyectó un control a los 6 años del inicio del estudio recopilando la misma información además de una evaluación de variables conductuales y función ejecutiva mediante dos cuestionarios específicos: a) Cuestionario BRIEF 2 que evalúa la función ejecutiva; y b) Cuestionario BASC 3, que aporta una evaluación multidimensional de aspectos emocionales, cognitivos y ejecutivos, además de analizar conductas adaptativas y desadaptativas.

Resultados. 109 participantes (52.3% niños) de edad media 5,8 años (SD 0,6). El 65% de las familias tenían 4-5 miembros. La mayoría referían patrón de sueño normal (88,1%). El promedio de horas de actividad física extraescolar fue 1-2 horas/semana, el de horas de pantalla de 9,9 (SD 0,8); y 45% tenían mascotas. El nivel educativo parental fue en un 60% estudios universitarios trabajando ambos. La mayoría residía en zonas urbanas. El 80,7% de los participantes comían en el comedor escolar y bebían agua embotellada (70%). La mayoría carecía de antecedentes relevantes (un 11% presentaron alergias). Considerando las puntuaciones del BRIEF y del BASC detectamos en algunos participantes 4 perfiles de conducta alterados: 1) Niños/as con dificultades de la función ejecutiva (17%); 2) Con problemas TDAH (16%); 3) Con problemas de internalización (15,5%) y 4) Con problemas en habilidades adaptativas (16,5%). En el grupo 3 encontramos mayor índice de masa corporal. En el segundo y cuarto constatamos menor número de mascotas. Al analizar los datos de la microbiota, encontramos relaciones entre los perfiles de conducta alterados y algunos géneros bacterianos como mayor abundancia de miembros de la familia Enterobacteriaceae y menor abundancia de Bacteroides y Clostridium XVIII.

Conclusión. Estos hallazgos subrayan la importancia de investigar las conexiones entre la colonización intestinal temprana, el comportamiento, la salud intestinal y los factores ambientales durante la infancia.

CITRULINA PLASMÁTICA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN PEDIATRÍA. Pascual Pérez AI¹, Larrea Tamayo E², Jiménez Treviño S³, González Jiménez D³, Díaz Martín JJ³. ¹Centro Salud Pumarín. Oviedo. ²Centro Salud Iztieta. Rentería. ³Servicio Pediatría, Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. La citrulina es un aminoácido sintetizado en los enterocitos del intestino delgado, que ha sido propuesto como un potencial marcador de superficie absorptiva intestinal. A pesar de la creciente importancia de los marcadores serológicos en el diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC), la biopsia intestinal sigue siendo el patrón de oro para establecer el diagnóstico definitivo de la misma. El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad de la citrulina plasmática en niños con sospecha de EC al diagnóstico y como marcador de recuperación mucosa y adherencia al tratamiento tras el inicio de una dieta exenta en gluten (DEG).

Material y métodos. Se trata de un estudio con 2 fases: transversal y longitudinal. Se determinaron los niveles plasmáticos de citrulina en 91 pacientes pediátricos clasificados en 3 grupos. Grupo A: 29 pacientes con reciente diagnóstico de EC. En este grupo los niveles de citrulina se miden en 2 ocasiones: antes de la retirada del gluten y a los 6 meses después del inicio de una DEG. Grupo B: 35 pacientes con diagnóstico de EC tras, al menos, 6 meses de DEG. Grupo C: 27 controles sanos. Se compararon los niveles de citrulina entre los diferentes grupos (estudio transversal). En los del grupo A, además, se compararon los niveles de citrulina antes y después del inicio de la DEG (estudio longitudinal). Así mismo, se correlacionaron dichos niveles con variables clínicas y analíticas. Análisis estadístico: pruebas t para datos pareados y para grupos independientes, pruebas de correlación de Pearson y Spearman.

Resultados. La edad media de los participantes fue de 8,72 años, siendo el 63,74% mujeres. La clínica más común al diagnóstico fue fallo de medro y el 93,34% presentaba una genética DQ2+. Los celíacos de reciente diagnóstico presentaban niveles más bajos de citrulina que aquellos que llevaban más de 6 meses con DEG (27,5 vs 32,4 $\mu\text{mol/L}$; $p > 0,05$). Los niveles de citrulina fueron prácticamente idénticos en los controles sanos y en los pacientes celíacos que llevan más de 6 meses con DEG (32,3 vs 32,4 $\mu\text{mol/L}$; $p > 0,05$). La instauración de la DEG supuso un aumento significativo de los niveles de citrulina (de 27,5 a 37,6 $\mu\text{mol/L}$, $p < 0,01$). No se encontró correlación entre citrulina y los datos somatométricos. Se encontró una correlación negativa entre la citrulina basal y los anticuerpos antigliadina deamidada (coeficiente de correlación $-0,334$; $p = 0,01$), antitransglutaminasa (coeficiente de correlación $-0,285$; $p = 0,014$) y con los niveles de Inmunoglobulina A (coeficiente de correlación $-0,388$; $p = 0,034$).

Conclusiones. La determinación de citrulina plasmática podría ser de utilidad como marcador de recuperación mucosa en el seguimiento de los pacientes celíacos ya diagnosticados y con DEG.

DISTRIBUCIÓN DEL HLA DE RIESGO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD CELÍACA EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA. GRADIENTE NORTE/ SUR DE LA HOMOCIGOSIS DQB1*0201/DQB1*0202. Díez Bayona V¹, Ruiz Castellano N², Peñiel Freire DM², Saloni Gómez N², Sánhez-Malo MJ¹, Aznal Sainz E², Etayo Etayo V³, Sánchez-Valverde Visus F². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. Grupo Estudio Nutrición y Digestivo Infantil de Navarra, GENDINA. Navarra Biomed. Pamplona. ²Sección de Gastroenterología, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. Grupo Estudio Nutrición y Digestivo Infantil de Navarra, GENDINA. Navarra Biomed, Pamplona. ³Pediatría. Centro de Salud San Juan. Pamplona. Grupo Estudio Nutrición y Digestivo Infantil de Navarra, GENDINA. Navarra Biomed, Pamplona.

Objetivos. La presencia de los HLA de riesgo de Enfermedad Celíaca (EC) en las series pediátricas tiene una importante variación en Europa y básicamente se ha comentado la presencia de dos modelos: uno, predominante en Centroeuropa y países nórdicos, con mayor presencia del haplotipo DQA1*0501/DQB1*0201 (DQ2.5), y el otro, el llamado modelo del sur de Europa, con mayor presencia de DQA1*0201/DQB1*0202 (DQ2.2). En España se ha descrito la presencia de los dos modelos, el primero en la costa Cantábrica y ambas mesetas y el modelo del sur en País Vasco y Navarra, Valle del Ebro, Baleares, Costa Mediterránea, Sur de la península (Andalucía y Extremadura) e Islas Canarias. El objetivo de este estudio es investigar la distribución geográfica del HLA de riesgo de niñas-niños diagnosticados de EC en nuestra comunidad autónoma y realizar un estudio comparativo del tipo de homocigosis: DQ2.5/DQ2.5 vs DQ2.5/DQ2.2, edad al diagnóstico y clínica en las diversas zonas geográficas.

Material y métodos. Se estudia el HLA de 416 niños y niñas diagnosticados en nuestro medio desde 2010 a 2020, con información de los genotipos de riesgo de ambos alelos. Se divide nuestra Comunidad en tres zonas: norte (predominio rural), media (urbana) y sur (rural y urbana). Se explotan estadísticamente los datos con SPSS-22 y Epi-Info. Se realizan estudios comparativos de Chi cuadrado de Porcentajes.

Resultados:

Zonas	DQ2 Homocigosis (DQ2.5/DQ2.5 o DQ2.5/DQ2.2)	DQ2 Heterocigosis DQ2.5/X	DQ2/DQ8	DQ2 trans	Total DQ2	DQ8	Medio DQ2	Total	Homocigosis DQB1*0201/0201	Homocigosis DQB1*0201/0202
Norte (rura)	51 (49%)	31 (29,8%)	6 (5,8%)	8 (7,7%)	96 (94,1%)	6 (5,8%)	2 (1,9%)	104	10 (19,6%)	41 (80,4%)
Zona media (urbana)	110 (45,5%)	67 (27,7%)	19 (7,9%)	29 (12%)	225 (93%)	14 (5,8%)	3 (1,2%)	242	31 (28,2%)	79 (71,8%)
Sur (rural y urbana)	34 (48,6%)	22 (31,4%)	4 (5,7%)	6 (8,6%)	66 (94,2%)	3 (4,3%)	1 (1,4%)	70	12 (35,3%)	22 (64,7%)
Total	195 (46,9%)	120 (28,8%)	29 (7%)	43 (10,3%)	387 (93%)	23 (5,5%)	6 (1,4%)	416	53 (27,2%)	142 (72,8)

Conclusiones:

- Se confirma en nuestra comunidad autónoma el modelo descrito para el sur de Europa, con una distribución del HLA en las diversas zonas estudiadas sin variaciones significativas.
- Existe un gradiente norte/sur del porcentaje de homocigosis DQB1*0201/DQB1*0202. En las zonas del norte es del 80,4% del total de las homocigosis, 72,2% en la zona media y 64,7% en el

- sur, siendo significativa la diferencia entre la zona norte y la zona sur ($p < 0.05$), lo que nos indica una mayor presencia del haplotipo *DRB1*07-DQA1*02:01/DQB1*02:02* (DQ2.2) en el norte.
- No existen diferencias significativas en las tres zonas geográficas analizadas de la edad media al diagnóstico ni de la clínica de presentación de la EC.

PAPEL DE LA CITOMETRÍA DE FLUJO EN LA ENFERMEDAD CELÍACA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL GRUPO DE GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA DE LA S.C.P.

Mesonero Cavia S¹, Moya Ortega A², Pérez Porcuna T², Martínez Osorio JM³, Comalrena de Sobregau Martínez C⁴, Alcaraz Hurtado A⁵, Pociello Almiñana N⁶, Huguet Feixa A⁶, Freixas Bermejo M⁷, Pérez Requena N⁸, Fernández Ventureira V⁹, Domenech Marce E¹⁰, Roca Comas A¹¹, Landaeta Rodríguez NA¹², García Tirado D⁴, Delgado De la Poza JF¹³, Poyatos Cantón E¹⁴, Pujol Muncunill G³, Loverdos Eserverri I³, García Puig R¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa, Barcelona. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa, Barcelona. ³Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ⁵Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Germans i Trias i Pujol. Can Ruti. Badalona, Barcelona. ⁶Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Arnau de Vilanova. Lleida. ⁷Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital de Sant Boi. Sant Boi de Llobregat, Barcelona. ⁹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona. ¹⁰Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Althaia Xarxa Assistencial Universitaria de Manresa. ¹¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospitals de Comarcals de Calella i Blanes. ¹²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitari General de Catalunya. Sant Cugat del Vallès, Barcelona. ¹³Servicio de Inmunología. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁴Servicio de Laboratorio. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción. Existen casos dudosos donde los anticuerpos antitransglutaminasa y la histología no son concluyentes, causando incertidumbre en el diagnóstico de celiaquía. La citometría de flujo puede ser un factor decisivo para nuestra orientación diagnóstico-terapéutica.

Objetivo del estudio. Evaluar la utilidad de la citometría de flujo en biopsias duodenales para diagnosticar celiaquía, y su valor predictivo en casos dudosos, Marsh 0-1 o valores límite de anticuerpos. Analizar diferencias del linfograma duodenal según edad, sexo, serología, histología y clínica.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de cohortes (109 pacientes) del área de Cataluña (0-17 años) a los que se ha realizado citometría de flujo de biopsias duodenales durante 2022, por sospecha de celiaquía. Evolución hasta diciembre 2023, recopilando variables clínico-analíticas, histológicas, epidemiológicas y terapéuticas. Se analizaron factores asociados a celiaquía a nivel univariante y multivariante con SPSS v25.

Resultados. Dado que el tiempo de seguimiento ha sido 1 año, la variable final analizada ha sido retirada de gluten o no y respuesta a la misma, clasificándose como equivalente a enfermedad celíaca. El 40% de los pacientes realizaron dieta sin gluten (DSG). El 21,5% de pacientes con patrón citométrico celíaco eran asintomáticos, mientras que 88,5% de los no celíacos presentaba síntomas. Predominio femenino en el patrón citométrico celíaco (74,3%). No se identificó correlación significativa entre número de linfocitos intraepiteliales (LIEs) y patrón citométrico. El índice Kappa (-146) entre histología y patrón citométrico fue inverso (p 0,13). Edad, serología positiva y sexo femenino mostraron asociación positiva con el patrón citométrico. La presencia de títulos elevados de antitransglutaminasa IgA se asoció a mayor riesgo de patrón citométrico celíaco. (OR 13). En el subgrupo Marsh 0-1 que respondió DSG, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre patrón celíaco completo o incompleto (p 0,11). Del total que respondió, 18,8% eran asintomáticos. El 40,5% de los pacientes con patrón celíaco presentaban histología Marsh 0-1, igual que el 88,6% de los de patrón no celíaco. Marsh 3 se observó en 59,5% de los patrones celíacos y en 11% de no celíacos. Analizando el patrón citométrico en Marsh 0-1, el riesgo de tener patrón celíaco aumentaba 2% por cada año de edad. Pacientes con serología menor de x10VN, tenían un riesgo 53 veces mayor de presentar patrón celíaco. Aquellos con serología más x10VN, presentaban un riesgo 93 veces mayor.

Conclusiones. No hay correlación estadísticamente significativa entre clínica, número de LIEs y patrón citométrico, destacando la importancia de la citometría de flujo en casos dudosos. En celíacos potenciales (Marsh 0-1) el patrón citométrico demostró ser un predictor más fiable que la clínica para iniciar DSG. La histología y el patrón citométrico no tienen una relación concordante, reforzando la idea de que son pruebas diferentes que proporcionan información complementaria en cuanto diagnóstico y decisión terapéutica.

CARACTERÍSTICAS EN DOS CLUSTER DEL MODELO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA EN NUESTRO MEDIO. Díez Bayona V¹, Peñafiel Freire DM², Saloni Gómez N², Miñones Suárez L¹, Sánchez Malo MJ¹, Ruiz Castellano N², Etayo Etayo V³, Sánchez-Valverde Visus F². ¹Hospital Reina Sofía. Tudela, Navarra. ²Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ³Atención Primaria. Pamplona.

Objetivos. Determinar la existencia de perfiles de pacientes con características clínicas, analíticas, genéticas e histológicas compartidas al debut de la enfermedad celíaca.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo de la población pediátrica (menores de 16 años) diagnosticada de enfermedad celíaca según los criterios vigentes de la ESPGHAN en la consulta de Gastroenterología Pediátrica del servicio de Pediatría de nuestro hospital, desde el 1 de enero de 2009 al 30 de junio de 2014. Se incluyen 258 niños. Análisis al diagnóstico de las siguientes variables: sexo, edad, antropometría (peso, talla, índice de masa corporal, índice nutricional), presentación clínica (clásica o no clásica), HLA clase II (fenotipo DQ2 homocigoto o DQ2 no homocigoto), serología de enfermedad celíaca, parámetros bioquímicos nutricionales y lesión histopatológica según la clasificación de Marsh-Oberhuber. Realizamos un análisis de conglomerados o cluster de k-medias considerando dos grupos de pacientes. En el agrupamiento se incluyeron las variables cuantitativas más significativas (edad, peso, índice de masa corporal, IgA antitransglutaminasa tisular, hierro, zinc, folato e interleukina-6). Posteriormente, teniendo en cuenta las variables cualitativas más significativas según un análisis asociativo realizado anteriormente, se realizó un estudio de la distribución de las mismas en los dos grupos definidos, realizando para ello test Chi-cuadrado. Los análisis se realizaron con los programas SPSS 20.0 y R software v.3.4.3.

Resultados. Definimos un primer grupo de pacientes con menor edad al debut, mayor presencia de clínica clásica, mayor afectación ponderal, menores niveles de hierro y zinc y valores más altos de interleukina 6. En este grupo, un mayor porcentaje de pacientes presenta una IgA antitransglutaminasa tisular mayor de 10 veces el valor de corte, si bien, en cuanto a este dato sobre la serología, no podemos hablar de significación estadística. Por otro lado, el segundo grupo se caracteriza por una edad de debut más elevada, una mayor prevalencia de clínica no clásica, menor afectación ponderal, mayores niveles de hierro y zinc y valores más bajos de interleukina 6. Entre ambos grupos, la distribución del sexo, del HLA, del porcentaje de pacientes con niveles de IgA antitransglutaminasa tisular mayor de 10 veces el valor de corte y de la severidad de la afectación histológica no muestra diferencias significativas.

Conclusiones. El análisis en conglomerados parece discriminar dos modelos de enfermedad celíaca si tenemos en cuenta la clínica y la repercusión nutricional. En el modelo uno predominaría una clínica clásica y una importante afectación nutricional (antropométrica y bioquímica) y en el modelo dos, una clínica no clásica y menos repercusión nutricional. Esto parece indicar que, aunque los dos modelos tienen la misma etiopatogenia y el mismo diagnóstico final, hay algunos factores moduladores asociados que influyen de forma importante en el modelo clínico de la enfermedad y que por el momento desconocemos.

ENTERITIS LINFOCÍTICA MARSH 1 EN PEDIATRÍA. ¿EXISTEN PISTAS PARA PODER PREDECIR QUIÉNES VAN A DESARROLLAR LA ENFERMEDAD CELÍACA? Mesonero Cavia S¹, Robert Gil E², Moya Ortega A², Martín Cardona A¹, Esteve Comas M¹, Pérez Porcuna T², García Puig R¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Mutua Terrassa. Terrassa-Barcelona.

Introducción. Las lesiones histológicas intermedias Marsh 1 suponen un reto en el diagnóstico de celiaquía debido a la baja sensibilidad de la serología y la baja especificidad de la enteritis linfocítica.

Objetivo del estudio. Analizar en una cohorte de pacientes con sospecha clínico-analítica de celiaquía y histología Marsh 1, los factores predictivos del desarrollo de celiaquía.

Material y métodos. Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes (0-18 años) biopsiados (2011-2018) con sospecha de enfermedad celíaca e histología Marsh 1. Posteriormente se ha revisado la evolución hasta diciembre de 2023 y se han recogido variables clínico-analíticas, indicación de retirada del gluten y respuesta. Se han analizado los factores asociados a celiaquía a nivel univariante y multivariante con SPSS v25.

Resultados. Tras el seguimiento de pacientes, un 32% se catalogó como celíaco y un 67% como no celíaco. El 35% de los sintomáticos, desarrolló celiaquía, comparado con el 14% de asintomáticos. El 84% de los seronegativos no desarrolló celiaquía, mientras que el 60% de los seropositivos sí ($p < 0,05$). La citometría muestra que el 67% del grupo con patrón celíaco completo desarrolló celiaquía, en comparación con el 46% de los que tenían aumento de TCR $\gamma\delta$ + y el 6,7% con patrón no celíaco ($p < 0,05$). La diferencia de media de recuento de Linfocitos intraepiteliales (LIEs) entre los dos grupos es marginalmente significativa ($p = 0,084$). Existe también correlación entre LIEs y aumento de TCR $\gamma\delta$ + marginalmente significativo ($p = 0,052$). En los pacientes rebiopsiados, el patrón celíaco se mantiene en el 50%, pasando el 33% a patrón celíaco incompleto (aumento de TCR $\gamma\delta$ +) y el 16% a patrón normal. De los que tenían patrón incompleto el 80% lo mantiene y 20% desarrollan patrón celíaco completo. Los de patrón normal un 17% progresa a patrón celíaco incompleto. Se observa que el 100% de los pacientes con serología positiva tienen patrón citométrico alterado, 71% patrón celíaco y 29% aumento de TCR $\gamma\delta$ +. En los seronegativos 50%. Los individuos con serología negativa, pero patrón celíaco tienen un mayor riesgo de celiaquía ($p = 0,009$) con un riesgo 10 veces mayor (OR= 10,4, IC95% 1,36-79,6).

Conclusiones. El análisis de los LIEs por citometría de flujo puede ser de gran ayuda para clasificar y empezar una actitud terapéutica en pacientes con Marsh 1 seropositivos y, en aquellos seronegativos clínicamente sintomáticos con factores de riesgo asociados. Detecta los pacientes que tienen más posibilidades de ser celíacos. El aumento de TCR $\gamma\delta$ + persiste independientemente de la dieta. La serología sigue siendo un buen predictor de desarrollo de enfermedad celíaca siempre que se excluyan otras causas. Es en casos dudosos importante combinar todas las herramientas disponibles a día de hoy y realizar un seguimiento estrecho.

ENFERMEDAD CELÍACA Y PATOLOGÍA ORAL: UNA SCOPING REVIEW. Martín Masot R¹, Torcuato Rubio E², Navas-López V², González-Moles M³, Nestares T⁴, Ramos-García P³. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix Verdú (INYTA). Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. ²Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. ³Departamento de Estomatología. Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria (Ibs.Granada), Universidad de Granada. ⁴Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix Verdú (INYTA). Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada.

Objetivos. La enfermedad celíaca (EC) es un trastorno sistémico que se caracteriza por una enteropatía de expresividad clínica muy variable, en el que los mecanismos subyacentes de algunas de estas manifestaciones aún no se han elucidado completamente, como su relación con la patología oral. Aunque diversos estudios han reportado una mayor prevalencia de defectos en el esmalte en pacientes celíacos, no se conoce si comparte mecanismos fisiopatológicos similares a otras enfermedades sistémicas o si se ven influenciados por alteraciones en la composición de la saliva y el flujo salival, o si dependen de una dieta sin gluten (DSG). Nuestro objetivo principal fue sintetizar los hallazgos existentes en la literatura científica relacionados con la interacción entre la EC y la patología oral, determinar si la EC podría ser considerada como un factor de riesgo potencial de enfermedades orales específicas, identificar gaps de evidencia y señalar líneas de investigación futura.

Material y métodos. La *scoping review* siguió las pautas PRISMA-ScR, por sus siglas en inglés. Se realizó búsqueda en MEDLINE/PubMed, Embase, Web of Science y Scopus hasta diciembre de 2022. Criterios de inclusión: 1) Estudios originales de nivel primario, sin restricciones de idioma o fecha; 2) Diseño de estudio observacional; 3) Estudios que analizan la prevalencia de lesiones o condiciones orales en pacientes con EC. Un autor extrajo sistemáticamente los datos de los estudios primarios incluidos utilizando formularios estandarizados de recopilación, siendo posteriormente sometidos a una verificación cruzada adicional por otros dos autores. Tras tres rondas de capacitación, se obtuvo un óptimo índice proporcional de concordancia interevaluador (frecuencia relativa de concordancia = 99,36%; Kappa de Cohen = 0,96).

Resultados. Se seleccionaron inicialmente 3.703 estudios. Después de eliminar duplicados, se analizaron y examinaron 1.675 registros según títulos y resúmenes. Finalmente, 107 estudios fueron incluidos para análisis crítico y síntesis de evidencia, englobando un total de 15.258 celíacos y 19.316 controles. Nuestros resultados señalan numerosas patologías orales con mayor prevalencia en pacientes con EC que en controles sanos, entre las que singularmente destacan la estomatitis aftosa recidivante (n=69 estudios, 12.606 pacientes celíacos), defectos del desarrollo del esmalte (n=61 estudios, 5.037 pacientes), caries dental (n=33 estudios, 2.730 pacientes), erupción retardada (n=12 estudios, 1.062 pacientes), glositis atrófica (n=10 estudios, 1.062 pacientes), enfermedades gingivo-periodontales (n=7 estudios, 1.122 pacientes), queilitis angular (n=7 estudios, 1.129 pacientes), lengua geográfica (n=6 estudios, 447 pacientes) y síndrome de Sjögren (n=5 estudios, 953 pacientes). Algunos estudios de nivel primario señalan también una relación potencial con otras importantes patologías que afectan a la cavidad oral, como el lupus eritematoso sistémico o el carcinoma oral de células escamosas.

Conclusiones. La EC ha sido vinculada a diversas patologías orales y dentales, con resultados en ocasiones dispares. Nuestra evidencia respalda la necesidad de futuras investigaciones cuantitativas que confirmen estas asociaciones identificadas.

LA DIETA SIN GLUTEN MODULA LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA A NIVEL SISTÉMICO EN NIÑOS CON CELIAQUÍA. Martín Masot R¹, Correa-López N², Torcuato Rubio E³, Herrador López M³, Navas López VM³, Carmona FD⁴, Nestares T⁵, Bossini-Castillo L⁴. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix Verdú (INYTA). Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. ²Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. ³Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁴Departamento de Genética e Instituto de Biotecnología. Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Reproducción Humana y Enfermedades Hereditarias y Complejas (IBS-TEC14). Terapias Avanzadas y Tecnologías Biomédicas. ⁵Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix Verdú (INYTA). Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada.

Objetivos. La enfermedad celíaca (EC) es una patología sistémica compleja, causada por la interacción de factores genéticos y ambientales. A pesar de los claros beneficios de la dieta sin gluten (DSG), no se conocen los mecanismos biológicos por los cuales el sistema inmunológico alcanza un estado fisiológico tras cierto período de seguimiento estricto de la DSG. Las técnicas de análisis del transcriptoma a nivel de célula individual (scRNA-seq) han demostrado ser de utilidad en la caracterización de las enfermedades inmuno-mediadas. Sin embargo, el estudio del perfil inmunológico de los pacientes con EC y el papel de modulador inmunológico que ejerce la DSG aún no han sido abordados a nivel de célula individual. Nuestro estudio pretende esclarecer, mediante técnicas de scRNA-seq, si existe un efecto modulador de la DSG sobre el sistema inmunológico en niños con EC.

Material y métodos. Se aislaron células mononucleares de sangre periférica de 5 pacientes (entre 7 y 14 años) con diagnóstico de EC según criterios ESPGHAN 2020 y de estos mismos 5 pacientes tras seguir una DSG estricta durante 9-10 meses. Los transcriptomas de las células individuales se obtuvieron gracias a la tecnología de droplets (microfluídica) de 10X Genomics, usando los reactivos Chromium NextGEM. Las librerías se secuenciaron en un secuenciador NovaSeq 6000, consiguiendo una profundidad de secuenciación de unas 25.000 lecturas por célula y unos 1.500 genes por célula (con un total de 25.756 genes detectados). El análisis se realizó con los software de referencia Cell Ranger y Seurat. Se aplicaron controles de calidad estrictos para todas las células y genes incluidos en los análisis. La adherencia a DSG se midió mediante la determinación de péptidos inmunogénicos del gluten (GIP) en 2 muestras de heces.

Resultados. Se obtuvieron transcriptomas de alta calidad para 22.381 células, es decir, aproximadamente 2.000 células por individuo y punto temporal (diagnóstico o tras DSG). Se observó que, aunque la representación de los diferentes subtipos inmunológicos no se veía significativamente alterada, el perfil transcriptómico de los pacientes tras seguir la DSG mostraba claras señales de inmunomodulación. Este cambio se observó especialmente en los linfocitos T y en las células Natural Killer. De este modo, se observó que tras la DSG se sobre-expresaban genes anti-inflamatorios (como *NFKBIA*), mientras que genes asociados con inflamación intestinal (i.e. *DDX5*) mostraban una expresión disminuida. Además, cabe destacar que observamos que, aunque tras la DSG los pacientes no presentaban un estado de normalidad inmunológica, sí presentaban marcadores que han sido previamente identificados como marcadores de EC antes de la seroconversión (como *TXNIP*).

Conclusiones. Nuestros resultados muestran que la adherencia estricta a la DSG influye de manera relevante en el perfil inmunológico de los pacientes con EC, aproximándolos a estadios preclínicos de su enfermedad. Creemos que estos hallazgos permitirán avanzar en la identificación de biomarcadores para el diagnóstico y seguimiento de la EC.

LA PERMEABILIDAD INTESTINAL EN PACIENTES CELÍACOS Y SU EVOLUCIÓN TRAS EL INICIO DE LA DIETA SIN GLUTEN. Martínez Velasco S¹, Irastorza Terradillos IX², Tutau Gómez C³, Legarda Tamará M³, Cavallé Pulla R⁴, González García A⁵, Bilbao Catalá JR⁶. ¹C.S. Astrabudua. Instituto de Investigación Biocruces. ²Hospital Universitario Cruces. Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Instituto de Investigación Biocruces. ³Hospital Universitario Cruces. Instituto de Investigación Biocruces. ⁴Hospital Universitario Cruces. ⁵Servicio de Fitotrón e Invernadero. Servicios Generales de Investigación (SGIker). Universidad del País Vasco (UPV-EHU). ⁶Departamento de Genética, Antropología Física y Fisiología Animal. Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Instituto de Investigación de Biocruces.

Objetivo. Una de las hipótesis de la etiopatogenia de la enfermedad celíaca, es que la permeabilidad intestinal aumentada pueda contribuir al paso del gluten a través de la barrera intestinal y desencadenar la respuesta inmune característica. Por ello, nuestro objetivo fue conocer la permeabilidad intestinal de un grupo de pacientes celíacos al diagnóstico, a los 6 meses y a los 2 años de iniciar una dieta sin gluten, comparándola con un grupo control.

Material y métodos Se reclutaron pacientes de una consulta de Gastroenterología de un Hospital terciario durante un periodo de 2,5 años. El grupo de pacientes celíacos de reciente diagnóstico se estableció siguiendo las recomendaciones de diagnóstico de la guía de 2020 de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica y fueron estos mismos pacientes los que se reevaluaron a los 6 meses. Se reclutó otro grupo de pacientes que llevaban al menos 2 años siguiendo la dieta y por último el grupo control que fue formado por pacientes que consultaban por problemas digestivos leves, en los que se descartó la enfermedad celíaca. La permeabilidad intestinal se midió mediante el ratio de excreción fraccional de lactulosa y manitol en orina, tras su administración oral en cantidad de 5 g y 2 g, respectivamente. Se recogieron otros datos epidemiológicos y de adherencia a la dieta. Se excluyeron pacientes con alergias alimentarias y enfermedades autoinmunes.

Resultados. Se analizaron un total de 74 pacientes: 27 celíacos al diagnóstico, que se siguieron durante 6 meses, cumpliendo el seguimiento 23 de ellos; 22 celíacos en dieta sin gluten 2 años y 25 controles. En el 77,7% de los celíacos en dieta sin gluten, el gluten en heces fue negativo y de los recién diagnosticados sintomáticos a los 6 meses de la dieta, el 74% había mejorado los síntomas. En cuanto a la permeabilidad intestinal, se analizaron los datos apareados por un lado, mediante la prueba de Wilcoxon y los datos independientes por otro, mediante la prueba de Kruskal Wallis. La media del ratio de lactulosa/manitol de los celíacos al diagnóstico, comparada con los que llevaban 6 meses de DSG fue diferente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,016$). También se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,011$) entre la media del ratio lactulosa/manitol de los grupos celíacos al diagnóstico, celíacos de al menos 2 años de DSG y los controles.

Conclusiones. La permeabilidad intestinal está aumentada en los pacientes celíacos y esta alteración permanece a pesar de la dieta sin gluten incluso cuando llevan más de dos años de dieta. Al igual que la predisposición genética del complejo mayor de histocompatibilidad, esta alteración puede ser una causa intrínseca de los pacientes, que favorece el desarrollo de la enfermedad.

VALORACIÓN PARENTAL DE BARRERAS PARA EL MUESTREO DE ORINA Y USO DE UN MARCADOR NO INVASIVO DEL CONSUMO DE GLUTEN EN UNA POBLACIÓN CELÍACA. Fiuza A, Carrol P, Rodríguez-Herrera A. *St. Luke's General Hospital. Kilkenny, Irlanda.*

Introducción. La Asociación Americana de Gastroenterología (AGA), en su guía de práctica para el manejo de la celiaquía de 2023, reconoció que la perspectiva del paciente no se tuvo en cuenta y que estos podrían considerar valiosa la medición de la presencia de gluten en muestras biológicas ya que podría darles una mejor sensación de control sobre su enfermedad. Buscamos aportar conocimiento sobre este punto específico.

Objetivos:

1. Identificar las barreras para la recolección de muestras de orina en población pediátrica y los factores que contribuyen a superarlas desde la perspectiva parental.
2. Identificar la forma en que los niños perciben su diagnóstico de enfermedad celíaca y explorar el alcance del uso de los Péptidos Inmunogénicos del Gluten (GIP) como herramienta por parte de la familia.

Materiales y métodos. Análisis descriptivo y temático, con metodología cualitativa, del relato parental sobre la experiencia de uso de orina para seguimiento de la dieta sin gluten. Según la metodología de GREEN (2009) las muestras para estudios cualitativos, basados en narrativa, deben ser pequeñas, ya que medida que avanza el estudio, más datos no necesariamente conducen a más información. Se compiló la narrativa del relato experiencial a través de videoconferencias programadas (focus group), con grupos de 1 a 3 madres utilizando un formato de entrevista semiestructurada. Se entrevistó a una cohorte de parental de 10 sujetos, todas ellas mujeres, relatando las vivencias de 14 niños y adolescentes en total.

Resultados:

1. Barreras para la toma de muestras de orina. En la mayoría de los casos, estas surgieron por la ausencia de instrucciones claras del personal médico, por no interactuar directamente con el niño o por subestimar cuánto entenderá un niño cuando se le explique adecuadamente.
2. Superación de barreras prácticas y abordaje emocional. La respuesta de un niño a un entorno antinatural mejoraba cuando la atención se centraba en disipar el miedo a lo desconocido. La interacción de un niño con algo nuevo también mejoró al cambiar el entorno a uno en el que el niño ya se sintiera cómodo.
3. El interés parental en el uso del biomarcador GIP fue muy alto, principalmente para ayudar a distinguir la aparición de los síntomas de los síntomas que surgen después del consumo de gluten. Sin embargo, su papel se identificó principalmente como un complemento al seguimiento clásico. Los padres, en su conjunto, estaban más preocupados de que sus hijos aprendieran a elegir alimentos correctamente. Su visión de mejora se centró en empoderar a los niños para que se hicieran cargo de su propia salud y lograr una conexión personal con su diagnóstico.

Conclusión. Nuestros resultados confirman la sospecha de la AGA sobre la opinión favorable de los usuarios finales sobre las tecnologías de medición de gluten.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD CELÍACA EN ESPAÑA: VISIÓN DE LOS PACIENTES.

Serrano Vela J¹, Pérez Sixto C², Bermejo Delgado T³, Pérez Solís D⁴, Cilleruelo Pascual ML⁵, Barrio Torres J⁶, Donat Aliaga E⁷, Román Riechmann E⁵, Torres Peral R⁸, Espín Jaime B⁹, Vecino López R¹⁰, Martínez-Ojinaga Nodal E¹¹, Castillejo de Villasante G¹², Blanco Rodríguez M¹³, Miranda Cid MC¹⁴, García Calatayud S¹⁵, Juste Ruiz M¹⁶, Sánchez-Valverde Visus F¹⁷, Eizaguirre Arocena FJ¹⁸. ¹Asociación de Celíacos y Sensibles al Gluten. Madrid. ²Associació Celíacs de Catalunya. Barcelona. ³Federación de Asociaciones de Celíacos de España. Madrid. ⁴Hospital Universitario San Agustín. Avilés, Asturias. ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ⁶Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ⁷Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁸Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁹Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. ¹⁰Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ¹¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹²Hospital Universitari Sant Joan. Reus, Tarragona. ¹³Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ¹⁴Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid. ¹⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ¹⁶Hospital Universitario San Juan. Alicante. ¹⁷Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ¹⁸Hospital Universitario Donostia. San Sebastián.

Objetivo. Valorar el seguimiento y las necesidades de los pacientes diagnosticados de enfermedad celíaca en edad pediátrica, para su consideración en el protocolo de seguimiento en elaboración por las diferentes sociedades de Gastroenterología pediátrica y de adultos y de pediatras y médicos de familia de Atención Primaria, así como por las asociaciones de celíacos de nuestro país.

Material y métodos. Estudio descriptivo sobre el seguimiento médico de pacientes con enfermedad celíaca mediante encuesta anónima consensuada y testada en consulta por los miembros del equipo participante, y remitida después mediante correo electrónico y aplicaciones móviles a 32.723 pacientes registrados en las principales asociaciones de celíacos de nuestro país. Se solicitó edad de diagnóstico y actual, sexo, pruebas realizadas en los controles, frecuencia y lugar, acceso a consultas de nutrición y preferencias sobre frecuencia y lugar de seguimiento. Se compararon resultados entre diagnosticados en edad pediátrica (0-14 años) y adulta (> 14 años) y, en el grupo de diagnóstico pediátrico, entre pacientes con edad actual de 0 a 14 años o mayor de 14 años, y según el tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Resultados. Se obtuvo respuesta del 12% de los pacientes consultados: 3.912 respuestas válidas, 2.127 (54,4%) diagnosticados en edad pediátrica. Se observaron diferencias significativas según el grupo de edad al diagnóstico: 10% de los menores y 23% de los adultos no acuden nunca a revisiones; el 16% de menores y el 31% de adultos llevan más de 2 años sin revisión; un 14% de adultos tuvo biopsia de seguimiento frente al 4% de menores; más del 80% en los dos grupos no acuden nunca a consultas de nutrición y lo hacen ocasionalmente el 5% de menores y el 13% de adultos; 2/3 de los encuestados en ambos grupos prefieren controles anuales y en el hospital. En el grupo diagnosticado en edad pediátrica, según la edad actual: el 95% de los menores de 15 años tiene revisiones programadas frente al 66% de los mayores (en el centro de salud el 7% y el 24%, respectivamente); el 5% de los menores y el 28% de los mayores no ha tenido revisión en los últimos dos años y el 86% y 88% respectivamente nunca acude a consultas de nutrición. Transcurridos 2 años desde el diagnóstico los controles programados pasan del 97% al 79%, tienen lugar en atención primaria en el 16% de los casos (el 4% si aún no han transcurrido 2 años).

Conclusiones. La pérdida de seguimiento a lo largo de la evolución de la enfermedad y la falta de accesibilidad a la consulta de nutrición apoyan el beneficio potencial de la coordinación entre atención hospitalaria y atención primaria y la necesidad de disponibilidad de dietistas/nutricionistas como herramienta de seguimiento del paciente.

ESTUDIO PILOTO: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CELÍACO Y SU FAMILIA DURANTE EL SEGUIMIENTO EN CONSULTAS, ¿POSIBLE O IMPOSIBLE? Sánchez Trujillo L, Iglesias Irigaray A, Sellas Vila I, Marcos Gómez N, San Miguel López L, Cid París E. *Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.*

Objetivos. La enfermedad celíaca es una enfermedad crónica prevalente en la población pediátrica. Acorde a las recomendaciones de la ESPGHAN de 2022, es necesario evaluar el impacto en la calidad de vida de los pacientes durante su seguimiento. El cuestionario Celiac Disease Quality of Life Survey "CD-QOL" ha sido validado en castellano para evaluar la calidad de vida de los pacientes celíacos. El objetivo de este estudio piloto es analizar la posible utilidad de dicho cuestionario para evaluar la calidad de vida de los pacientes celíacos en seguimiento en consultas, analizar si es factible su implantación e identificar posibles áreas de mejora en la asistencia a dichos pacientes.

Material y métodos. Estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como cohorte a los pacientes celíacos pediátricos que recibieron asistencia en las consultas de Gastroenterología Infantil entre septiembre y diciembre de 2023. Se analizaron los datos anónimos del cuestionario KIDSCREEN-52 para pacientes y padres, y el cuestionario Celiac Disease Quality of Life Survey "CD-QOL" en castellano. El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics.

Resultados. El cuestionario es generalmente bien aceptado entre pacientes y sus progenitores. Un total de 27 pacientes pediátricos completan uno o ambos cuestionarios, aunque solo el 81,4% lo hacen de manera completa. La puntuación media obtenida en el cuestionario CD-QOL es de 80 puntos (calidad de vida buena), siendo tan solo un 16,7% los que obtienen como resultado una calidad de vida regular. El 76% de los pacientes declaran que su estado de salud es muy bueno o excelente, coincidiendo con el 71% de los progenitores que piensan lo mismo. A pesar de ello, el 18,1% declara sentir que no tiene una vida normal debido a su enfermedad, el 9% reconoce sentirse deprimido y un hasta un 13,6% socialmente estigmatizado. Un 18,2% de los pacientes tienen la sensación de no saber suficiente acerca de su enfermedad. El 39,1% de los pacientes se siente afectado al no poder tomar comidas especiales, y a un 56,4% le afecta la limitación en las comidas.

Conclusiones:

- El cuestionario CD-QOL parece una herramienta sencilla tanto para el paciente como para el gastroenterólogo.
- Utilizado conjuntamente con el cuestionario KIDSCREEN-52 permite abordar globalmente tanto al paciente como a los pediatras, y específicamente como gastroenterólogos.
- Su utilización ha permitido identificar problemas en la comunicación médico-paciente así como identificar aquellos pacientes que se benefician de un abordaje multidisciplinar con la participación de un psicoterapeuta.
- Aunque su implementación parece factible, es necesario ampliar el tamaño muestral continuando el estudio para obtener conclusiones respecto a la calidad de vida de los pacientes en seguimiento.

LA ECOGRAFÍA INTESTINAL: UN NUEVO FICHAJE PARA EL EQUIPO DE SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA. Martín Adrados A, Palomino Pérez LM, Velasco Rodríguez-Belvis M, Suárez Traba OM, Fernández Leal A, Di Campli Zaghul M, Martín Fernández C, Muñoz Codoceo RA. *Servicio de Gastroenterología y Nutrición. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. La ecografía intestinal es una prueba no invasiva, inocua y bien tolerada que estudia la estructura, motilidad y vascularización intestinal. Aunque su realización requiere una formación específica, suele ser accesible y económica. Estas ventajas respaldan que en guías de práctica clínica de adultos ya esté considerada en el seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) (Muñoz F. et al., 2021). Nuestro estudio tiene como objetivo correlacionar los hallazgos de la ecografía intestinal con variables clínicas y resultados de otras pruebas complementarias en EII pediátrica (EIIp).

Métodos. Se desarrolló un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron los pacientes menores de 18 años con EIIp a los que se realizó una ecografía intestinal durante el año 2023. Se recogió información sobre datos clínicos, analíticos, enterorresonancia magnética (enteroRM), videocápsula endoscópica (VCE) y endoscopias realizadas en un plazo máximo de 48 días respecto al día de la ecografía, para efectuar un análisis comparativo entre los hallazgos. Se consideraron patológicas las ecografías con alteración del grosor o estratificación de la pared intestinal, anomalías de la vascularización o hallazgo de imágenes compatibles con úlceras, y normales únicamente aquellas que no mostraron ningún hallazgo. Los datos se analizaron con el software SPSS (v.25).

Resultados. Se incluyeron 22 pacientes con una media de edad de $10,55 \pm 4,04$ años. Catorce pacientes tenían enfermedad de Crohn, cuatro colitis ulcerosa, uno tenía EII no clasificada y los tres restantes sospecha de EII no confirmada. Doce ecografías mostraron patología (54%). Los valores de proteína C reactiva (PCR) y velocidad de sedimentación globular (VSG) fueron estadísticamente más bajos en pacientes con ecografía normal en comparación con aquellos con ecografía alterada ($p < 0,05$). De manera similar, se objetivó una tendencia a presentar niveles de calprotectina fecal más altos en pacientes con ecografía patológica, aunque sin alcanzar una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,056$). En el 80% de los pacientes que presentaron criterios de inflamación aguda en las biopsias endoscópicas, se estableció correlación con hallazgos patológicos en la ecografía intestinal. Solo en dos casos en los que la afectación aguda estaba limitada al recto, la ecografía fue informada como normal. Al comparar los hallazgos ecográficos con los de la enteroRM y la VCE, los resultados fueron concordantes en el 100% de los casos.

Conclusiones. Los datos de nuestro estudio sugieren la utilidad de la ecografía intestinal como herramienta útil complementaria a otras evaluaciones clínicas y analíticas, pudiendo potencialmente evitar pruebas más invasivas en la mayoría de los casos. Según nuestros resultados, podría no ser óptima para valorar el recto, pero sí útil para el resto del intestino. La realización de estudios más extensos en esta línea ayudaría a definir el papel de esta técnica como una prueba adicional en el seguimiento de pacientes con EII.

TERAPIA NUTRICIONAL EN LA ENFERMEDAD DE CROHN PEDIÁTRICA: DIETA DE EXCLUSIÓN DE ENFERMEDAD DE CROHN FRENTE A NUTRICIÓN ENTERAL EXCLUSIVA. Fernández Leal A, Martín Adrados A, Mora Massó L, Velasco Rodríguez-Belvis M, Palomino Pérez L, Di Campli Zaghul M, Martín Fernández C, Muñoz Codoceo RA. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. La dieta de exclusión de enfermedad de Crohn (DEEC) surge como alternativa a la nutrición enteral exclusiva (NEE) para la inducción de la remisión en pacientes pediátricos con enfermedad de Crohn (EC). La DEEC es mejor tolerada, y puede servir como estrategia a largo plazo, al contrario que la NEE. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados de ambos manejos terapéuticos en nuestro medio.

Métodos. Estudio retrospectivo y observacional de pacientes con EC en seguimiento en una Unidad de Atención Integral a pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) pediátrica de un hospital terciario (junio a octubre de 2023). Se incluyeron pacientes con EC menores de 18 años que recibieron una de estas dos dietas como tratamiento de inducción tanto en monoterapia como en combinación con otros fármacos. Se compararon valores antropométricos, marcadores inflamatorios e índices de actividad clínica (escala wPCDAI) en ambos grupos en tres momentos diferentes: antes de la inducción (tiempo 0), a los tres (tiempo 1) y seis meses (tiempo 2) tras la inducción. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro. Los datos se analizaron con el software SPSS (v.25).

Resultados. Se incluyeron un total de 53 pacientes: 24 en el grupo de NEE y 29 en el de DEEC. Las características y resultados de ambos grupos de tratamiento se reflejan en la tabla 1 (ver página siguiente), sin detectarse ninguna diferencia estadísticamente significativa. Hasta 49 pacientes (92,4%) iniciaron durante el seguimiento otro fármaco como parte de la estrategia de mantenimiento, siendo inmunomoduladores en el 43 de los casos. En el grupo de DEEC, se instauró tratamiento concomitante con mayor frecuencia en los primeros tres meses que en el grupo NEE (83% versus 67%, sin ser estadísticamente significativo). No obstante, al final del seguimiento, un 17% de pacientes del grupo de NEE había iniciado tratamiento biológico respecto a un 7% en el grupo contrario, sin ser la diferencia estadísticamente significativa). Ambos grupos presentaban una calprotectina fecal (CF) > 250 µg/g al diagnóstico (96% (NEE) frente 86% (DEEC)), con remisión analítica a los 6 meses en un 37% del grupo con NEE frente al 31% con DEEC (sin diferencias estadísticamente significativas). En cuanto a la actividad clínica en ambos grupos, con ambas medidas se consiguió la remisión clínica en un 71% de los pacientes sin encontrar diferencias estadísticamente significativas globales ni entre ambos grupos.

Conclusión. Aunque el uso concomitante de otros fármacos limita la extracción de conclusiones, la aplicación terapéutica de ambas dietas parece útil para conseguir la mejoría clínica, analítica y antropométrica en pacientes pediátricos con EC. La realización de más estudios con muestras más grandes ayudaría a confirmar el papel de DEEC como una alternativa eficaz a la NEE.

TABLA 1. Datos de ambos grupos.

	Grupo NEE (n= 24)	Grupo DEEC (n=29)
Edad (mediana)	11 años	10 años
Sexo, número varones (%)	10 (42%)	18 (62%)
Corticoide concomitante	6 (25%)	6 (21%)
Inmunosupresor concomitante	8 (33%)	15 (52%)
Biológico concomitante	0 (0%)	1 (3%)
Altura (cm), media ± DE	141,97 ± 21,09	139,09 ± 15,38
Peso (kg), media ± DE	35,64 ± 13,66	32,1 ± 10,25
IMC (kg/m ²), media ± DE	17,07 ± 2,81	16,26 ± 2,51
CF (µg/g), media ± DE	2.585,96 ± 1.560,4	2.153,85 ± 1.412,9
PCR (mg/dl), media ± DE	2,3 ± 80,9	5,2 ± 22,33
VSG (mm/h), media ± DE	25 ± 129	19 ± 71
wPCDAI, media ± DE	39,67 ± 14,32	48,52 ± 20,0
Corticoide concomitante	7 (29%)	10 (24%)
Inmunosupresor concomitante	16 (67%)	24 (83%)
Biológico Concomitante	4 (17%)	2 (7%)
Altura (cm), media ± DE	143,78 ± 20,66	140,43 ± 15,95
Peso (kg), media ± DE	38,10 ± 13,33	33,62 ± 9,82
IMC (kg/m ²), media ± DE	17,77 ± 2,49	16,71 ± 2,17
CF (µg/g), media ± DE	620 ± 8.620	1.483 ± 4.424,8
PCR (mg/dl), media ± DE	0,4 ± 1,9	0,6 ± 14,5
VSG (mm/h), media ± DE	13 ± 31	14 ± 39
wPCDAI, media ± DE	12,17 ± 17,21	12,5 ± 14,52
Corticoide concomitante	4 (17%)	10 (34%)
Inmunosupresor concomitante	18 (75%)	24 (83%)
Biológico concomitante	7 (29%)	4 (14%)
Altura (cm), media ± DE	146,16 ± 20,21	141,53 ± 15,25
Peso (kg), media ± DE	39,58 ± 13,42	35,74 ± 9,74
IMC (kg/m ²), media ± DE	17,98 ± 2,60	17,52 ± 2,5
CF (µg/g), media ± DE	419 ± 3.634	1.117,5 ± 4.056,7
PCR (mg/dl), media ± DE	0,3 ± 12,5	0,2 ± 8,9
VSG (mm/h), media ± DE	10 ± 68	13,5 ± 54
wPCDAI, media ± DE	10,98 ± 16,6	8,62 ± 9,83

NEE: Nutrición Enteral Exclusiva. DEEC: Dieta de exclusión de la enfermedad de Crohn. IMC: índice de masa corporal. DE: desviación estándar. PCR: proteína C reactiva. VSG: velocidad de sedimentación globular. CF: calprotectina fecal. wPCDAI: índice de actividad de la enfermedad de Crohn ponderado.

HÁBITOS DIETÉTICOS DE PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA EN SEGUIMIENTO EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA. Herrador López M, Martín Masot R, Torcuato Rubio E, Al Mashhadani N, Navas López VM. *Unidad para la Atención Integral del Paciente con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

Objetivos. Una dieta occidental rica en alimentos procesados, grasas saturadas, azúcares, carnes rojas y cereales refinados se asocia a un aumento de la inflamación de la mucosa intestinal. Aunque aún no se conocen a fondo los mecanismos por los que los componentes de la dieta influyen en la colitis ulcerosa (CU), se ha sugerido que los cambios en la composición de la microbiota intestinal inducidos por la dieta contribuyen al inicio o mantenimiento de la inflamación. A pesar del creciente interés por examinar el impacto de los factores dietéticos en el desarrollo de la enfermedad, las recomendaciones dietéticas actuales siguen siendo escasas. El objetivo de este estudio fue evaluar la ingesta y los hábitos dietéticos de los pacientes con CU en seguimiento en una unidad de enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo, en el que se recogieron datos prospectivamente sobre los hábitos dietéticos de pacientes con CU en seguimiento en nuestra unidad. Para ello se pidió que rellenaran el cuestionario KIDMED de adherencia a la dieta mediterránea y una encuesta dietética de 3 días, cuyo análisis se realizó mediante el software nutricional Evalfinut® y se calculó el grado de procesamiento de los alimentos incluidos por medio del sistema de clasificación NOVA.

Resultados. Se incluyeron 42 pacientes con una edad media de $11,9 \pm 3,5$ años (23 chicas, 19 chicos) con una mediana de tiempo de seguimiento de $2,84 \pm 5,46$ años en nuestra consulta. La ingesta calórica media fue de $1.879,6 \pm 260$ kcal, cubriendo el $94,9 \pm 19,4\%$ de los requerimientos energéticos, destacando una ingesta media de $2,06 \pm 0,8$ g de proteína/kg (233,5% ingesta diaria recomendada (IDR)) y un consumo elevado de ácidos grasos saturados ($32,53 \pm 7,1\%$ de grasa total). El consumo medio de fibra fue de $13,16 \pm 2,7$ g ($73,61 \pm 24,4\%$ IDR). La ingesta media de calcio y hierro fue de $474,84 \pm 235,88$ mg ($42,78 \pm 25,4\%$ IDR) y $8,35 \pm 3,5$ mg ($75,38 \pm 37,17\%$ IDR) respectivamente. La puntuación media del cuestionario KIDMED fue de 6,04 puntos, presentando solo 12 pacientes (28,6%) una dieta con calidad óptima. De los restantes, 24 (59,5%) necesitaban mejorar la calidad de su alimentación y 5 (11,9%) presentaban una dieta de muy baja calidad. Respecto a la clasificación NOVA, el $40,04 \pm 13,3\%$ de la energía ingerida provenía de alimentos sin procesar o mínimamente procesados (NOVA 1), el $7,8 \pm 3,2\%$ de ingredientes culinarios procesados (NOVA 2), el $24,8 \pm 12,4\%$ de productos procesados (NOVA 3) y el $27,3 \pm 10,8\%$ a partir de productos ultraprocesados (NOVA 4).

Conclusión. A pesar de la preocupación sobre la alimentación por parte de las familias, encontramos que nuestros pacientes necesitan mejorar la calidad de su dieta, presentando mucha variabilidad y restricciones a veces innecesarias, por lo que sería conveniente realizar un seguimiento específico por parte de un dietista-nutricionista especializado como parte del equipo multidisciplinar, siendo necesario seguir investigando la relación de la dieta y la CU.

PÉRDIDA DE RESPUESTA A INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: IMPLICACIÓN DEL ALELO HLA-DQA1*05. Germán Angulo P, Crespo Madrid N, López Sánchez B, Moreno Novillo MR. *Hospital Universitario de Toledo. Toledo.*

Objetivos. El desarrollo de la enfermedad inflamatoria intestinal parece tener relación con una susceptibilidad genética y una respuesta inmunitaria excesiva de la mucosa intestinal. Los fármacos anti-TNF actúan bloqueando el TNF-alfa, una citocina que media en la cascada inflamatoria que acontece en esta enfermedad. Aunque de momento no se han encontrado predictores del fallo de respuesta a anti-TNF, se ha descrito una relación entre el HLA-DQA1*05, el desarrollo de anticuerpos anti-TNF y pérdida de respuesta. El objetivo principal del estudio es corroborar la asociación entre la expresión de dicho alelo y el fallo de respuesta secundario al tratamiento con anti-TNF en los pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento en nuestro hospital.

Material y métodos. Estudio clínico unicéntrico, observacional, analítico, de cohortes prospectivo, en el que se está analizando la presencia de HLA-DQA1*05 en un grupo de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal que han recibido terapia con anti-TNF, evaluando su relación con la eficacia y la seguridad del anti-TNF, así como el impacto de otros factores.

Resultados. Se analizaron un total de 9 pacientes con EII, 5 hombres (55,56%) y 4 mujeres (44,44%). La mediana de edad al diagnóstico fue de 11,08 (IQR 9,67, 12). Tres pacientes debutaron con edad menor a 10 años (33,33%) siendo la edad al debut del más pequeño de 3 años. Siete pacientes presentaron fenotipo de enfermedad de Crohn (77,78%) y el resto (22,22%) de colitis ulcerosa. Siete pacientes (77,78%) recibieron tratamiento con fármaco biológico e inmunosupresor, y 2 pacientes recibieron además terapia con corticoides. Como fármaco anti TNF, 7 pacientes (77,78%) recibieron Infliximab, 1 paciente (11,11%) recibió Adalimumab y 1 paciente (11,11%) recibió terapia con ambos fármacos. Un total de 4 pacientes (44,44%) presentaron mutación del HLA-DQA1*05. De estos únicamente un paciente presentó inmunogenicidad a Infliximab. Todos los pacientes fueron respondedores al tratamiento y ninguno presentó reacciones adversas. Únicamente 1 paciente (11,11%) presentó pérdida de respuesta, secundaria, a Infliximab. El análisis multivariante, muestra que la variante HLA-DQA1*05 no se asocia a una mayor tasa de pérdida de respuesta primaria o secundaria, o necesidad de intensificación. En relación con la seguridad, no se ha hallado significación estadística entre la variación genética y las reacciones infusionales ni los efectos adversos.

Conclusiones. No se ha observado asociación estadísticamente significativa entre la presencia de HLA-DQA1*05 y la aparición de fallo al tratamiento o reacciones adversas en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en tratamiento con biológico. Sin embargo, estos datos deberían interpretarse con cautela dado que se trata de un análisis preliminar de los resultados y una muestra por el momento reducida. Se necesitan más estudios que analicen el valor del HLA-DQA1*05 como factor predictor individual de respuesta al tratamiento con anti-TNF en la práctica clínica.

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN INTRAÚTERO A FÁRMACOS BIOLÓGICOS PARA LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS: RESULTADOS DEL REGISTRO DUMBO DE GETECCU.

Palomino L¹, Velasco Rodríguez-Belvis M¹, Brenes Ruiz Y², Leo-Carnerero E³, Calviño Suárez C⁴, Rivero M⁵, Marta Calvo M⁶, Arroyo MT⁷, Fernández-Clotet A⁸, Pérez-Martínez I⁹, Masedo González Á¹⁰, Hernández V¹¹, Ruiz-Cerulla A¹², López Serrano P¹³, Vega P¹⁴, Rodríguez-Lago I¹⁵, Vicente Lidón R¹⁶, De Jorge MÁ¹⁷, Guerra I¹⁸, Arias García L¹⁹, Molina Arriero G²⁰, Hervías Cruz D²¹, Busquets D²², Gutiérrez Casbas A²³, Van Domselaar M²⁴, Valldoserá Gomis G²⁵, Vázquez Morón JM²⁶, Piñeras Cano M²⁷, Lucendo AJ²⁸, Martín Arranz MD²⁹, Ramírez de la Piscina P³⁰, Martínez Tirado MP³¹, Robles Alonso V³², Marín Pedrosa S³³, Camargo Camero R³⁴, Armesto González E³⁵, Tardillo Marín C³⁶, Bernardos Martín E³⁷, Rodríguez Grau MC³⁸, Huguet JM³⁹, Márquez-Mosquera L⁴⁰, Sendra Rumbau P⁴¹, Bujanda L⁴², Castaño-Milla C⁴³, Sáinz Arnau E⁴⁴, Hernández L⁴⁵, Ramos L⁴⁶, Boscá-Watts MM⁴⁷, Manceñido Marcos N⁴⁸, Miquel Sans M⁴⁹, Jair Morales V⁵⁰, Hermida Vázquez S², Parra Pineda P², Durán Vegue A², Garre A², García-Salido A¹, Muñoz Codoceo R¹, P. Gisbert J², Chaparro M². ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-Princesa), y Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Madrid. ³Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ⁵Hospital Universitario Marqués de Valdecilla e IDIVAL. Santander. ⁶Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. ⁷Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón y CIBEREhd. Zaragoza. ⁸Hospital Clinic de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREhd). Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Barcelona. ⁹Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Diet, Microbiota and Health Group. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA). Oviedo. ¹⁰Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Xerencia Xestión Integrada de Vigo, SERGAS. Grupo de Investigación de Patología Digestiva. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur (IIS Galicia Sur). SERGAS UVIGO. Vigo. ¹²Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona. ¹³Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. ¹⁴Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense. ¹⁵Hospital Universitario de Galdakao, Biobizkaia Health Research Institute. ¹⁶Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ¹⁷Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ¹⁸Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ¹⁹Hospital Universitario de Burgos. Burgos. ²⁰Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña. ²¹Hospital General Universitario de Ciudad Real. Ciudad Real. ²²Hospital Josep Trueta de Girona. ²³Hospital General Universitario Dr. Balmis. Alicante. ISABIAL, CIBEREhd. ²⁴Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. Universidad Francisco de Vitoria. ²⁵Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ²⁶Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²⁷Consorci Sanitari de Terrassa (CST). Barcelona. ²⁸Hospital General de Tomelloso. Tomelloso, Ciudad Real. Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria de Castilla-La Mancha (IDISCAM). Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREhd). ²⁹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ³⁰Hospital Universitario de Álava. ³¹Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada. ³²Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona. ³³Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ³⁴Hospital Universitario Virgen de La Victoria. Málaga. ³⁵Hospital Universitario San Agustín. Avilés. ³⁶Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. ³⁷Hospital Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real. ³⁸Hospital Universitario del Henares. Coslada, Madrid. ³⁹Hospital General Universitario de Valencia. ⁴⁰Hospital del Mar. Barcelona. IMIM (Hospital del Mar Medical Research Institute). Barcelona. ⁴¹Hospital Universitario Son Espases. Palma. ⁴²Biodonostia Health Research Institute - Donostia University Hospital, Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREhd). San Sebastián. ⁴³Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. ⁴⁴Hospital Sant Joan de Déu. Manresa. Hospital Universitario de La Princesa and CIBEREHD. Madrid. ⁴⁵Hospital Santos Reyes Aranda de Duero SACyL. Burgos. ⁴⁶Hospital Universitario de Canarias. La Laguna S/C de Tenerife. ⁴⁷Hospital Clínico Universitario de Valencia. ⁴⁸Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid. ⁴⁹ISADMU Centro Médico Teknon Barcelona. ⁵⁰Hospital de Granollers. Barcelona.

Objetivos. En la actualidad se disponen de muy pocos datos sobre efecto de la exposición intraútero a fármacos biológicos, particularmente aquellos no anti-TNF, en el desarrollo psicomotor de los niños. Nuestro objetivo principal es evaluar el impacto de la exposición durante el embarazo a fármacos biológicos empleados para el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en el desarrollo psicomotor de niños durante su primer año de vida.

Material y métodos. Se incluyeron los niños nacidos de pacientes con EII incluidas en el registro DUMBO, que habían completado el cuestionario ASQ-3® (Age and Stages Questionnaire) hasta los 12 meses. DUMBO es un registro prospectivo, observacional y multicéntrico auspiciado por GETECCU, en el que se incluyen pacientes embarazadas con EII y se realiza un seguimiento de los niños hasta los 4 años de edad en 70 centros en España. El desarrollo psicomotor normal se definió mediante puntuaciones ASQ-3® superiores al límite inferior de normalidad en todos los dominios (comunicación, motor grueso, motor fino, resolución de problemas y personal-social). Los eventos adversos graves se definieron según las directrices del ICH *Topic E 2 A Clinical Safety Data Management: Definitions and Standards for Expedited Reporting* de la *European Medicines Agency*. Se evaluaron las posibles variables asociadas con el riesgo de desarrollo psicomotor anormal, principalmente la exposición intraútero a biológicos.

Resultados. Se incluyeron 352 niños nacidos de 343 madres (9 embarazos gemelares). Las características de las madres y niños se detallan en las Tablas 1A, 1B y 1C (*en páginas siguientes*). El 38% de los niños estuvo expuesto a biológicos durante la gestación: adalimumab (37%), infliximab (32%), certolizumab (2,2%), golimumab (0,7%), ustekinumab (20%) y vedolizumab (7,5%). El 8% de las madres fumaron durante el embarazo; no se registró otro consumo tóxico. Un total de 242 niños habían cumplido al menos 12 meses de edad y habían completado todas las evaluaciones del ASQ-3®. Tanto los niños expuestos como los no expuestos a biológicos presentaron similares resultados en todos los dominios a lo largo del seguimiento salvo en el motor grueso a los 12 meses, obteniendo mejores resultados los expuestos ($p < 0,05$). El impacto de las diferentes variables en el ASQ-3® se describe en la Tabla 1D (*en páginas siguientes*). El análisis multivariante mostró que nacer de una madre con enfermedad de Crohn (*vs.* colitis ulcerosa) se asoció con mayor probabilidad (OR=2, IC del 95%= 1,1-3,9), mientras que ser prematuro se asoció con menor probabilidad (OR=0,3, IC del 95%=0,1-0,6) de tener puntuaciones normales en todos los dominios del ASQ-3® a los 12 meses.

Conclusiones. En el registro DUMBO, la exposición intrauterina a biológicos, incluidos los no anti-TNF, no afectó el desarrollo psicomotor de los niños, respaldando la seguridad de estos tratamientos y fortaleciendo la recomendación de su continuación durante el embarazo.

TABLA 1A. Características de las madres en el momento de la concepción, en función de la exposición a fármacos biológicos.

		No expuestas a biológicos	Expuestas a biológicos	
Edad materna (años), media ± SD		33 ± 5	32 ± 6	p<0,001
Tiempo desde el diagnóstico de EII (años), media ± SD		8,2 ± 6,3	9,8 ± 6,7	p<0,05
Tipo de EII	Enfermedad de Crohn, n (%)	88 (42)	104 (78)	p<0,001
	Colitis ulcerosa, n (%)	120 (58)	29 (22)	
	EII no clasificada, n (%)	2 (1)	0	
Enfermedad de Crohn	Ileal (L1), n (%)	50 (57)	48 (45)	ns
	Colónica (L2), n (%)	8 (9)	12 (12)	
	Ileocolónica (L3), n (%)	30 (34)	45 (42)	
	Afectación digestiva proximal, n (%)	6 (7)	9 (9)	ns
	Afectación perianal, n (%)	11 (13)	25 (24)	p<0,05
	Patrón inflamatorio (B1), n (%)	61 (70)	62 (60)	ns
	Patrón estenosante (B2), n (%)	20 (23)	25 (24)	
	Patrón fistulizante (B3), n (%)	7 (8)	17 (16)	
Colitis ulcerosa	Proctitis (E1), n (%)	52 (43)	2 (7)	p<0,001
	Colitis izquierda (E2), n (%)	36 (30)	7 (24)	
	Pancolitis (E3), n (%)	34 (28)	20 (69)	
EII con actividad, n (%)		10 (4,6)	4 (3)	ns
Antecedentes maternos	Cirugías previas, n (%)	30 (14)	36 (27)	p<0,05
	Comorbilidades, n (%)	71 (34)	49 (37)	ns
	Anemia, n (%)	173 (84)	113 (86)	ns
	Embarazos previos, media ± SD	0,9 ± 1,3	0,8 ± 0,9	ns
	Abortos previos, n (%)	55 (25)	34 (25)	ns
	Anomalías fetales previas, n (%)	2 (1)	0	ns
	Muertes fetales previas, n (%)	3 (1)	1 (0,8)	ns
	Multiparidad, n (%)	93 (43)	53 (40)	ns
Peso materno en el momento de la concepción	IMC, media ± SD	24 ± 5	24 ± 3,9	ns
	Normopeso (IMC 18,5-24,9), n (%)	134 (64)	82 (62)	ns
	Sobrepeso (IMC 25-29,9), n (%)	39 (19)	32 (24)	
	Obesidad (IMC >30), n (%)	19 (9)	9 (6,8)	
	Peso insuficiente (IMC <18,5), n (%)	18 (8,6)	9 (6,8)	

SD: desviación estándar; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; ns: no estadísticamente significativo.

TABLA 1B. Características de los embarazos, en función de la exposición a fármacos biológicos.

		No expuestas a biológicos	Expuestas a biológicos	
Información de la madre durante el embarazo	Embarazo natural, n (%)	185 (88)	120 (90)	ns
	Tratamiento de fertilidad, n (%)	26 (12)	14 (10)	
	Diferencia de IMC basal y en la última ecografía, media ± SD	0,1 ± 0,9	0,1 ± 0,7	ns
	Anomalías ecográficas, n (%)	23 (11)	12 (9)	ns
	Ingresos hospitalarios, n (%)	8 (3,7)	9 (6,7)	ns
	Intervenciones quirúrgicas, n (%)	6 (2,8)	1 (0,8)	ns
	EII con actividad, n (%)	28 (13)	11 (8,2)	ns
	Hábito tabáquico, n (%)	15 (6,9)	13 (9,7)	ns
	Consumo diario de cigarros, media ± SD	3,8 ± 4,5	3,4 ± 3,4	ns
Antecedentes del padre	Patología relevante, n (%)	24 (11)	13 (10)	ns
	Alteraciones genéticas conocidas, n (%)	1 (0,5)	0	ns
	Tratamiento médico en el momento de la concepción, n (%)	22 (10)	11 (8,2)	ns

SD: desviación estándar; ns: no estadísticamente significativo; IMC: índice de masa corporal; tto: tratamiento.

TABLA 1C. Características de los bebés, en función de la exposición a fármacos biológicos.

		No expuestas a biológicos	Expuestas a biológicos	
Al nacimiento	Sexo femenino, n (%)	113 (52)	69 (51)	ns
	Edad gestacional (semanas) media ± SD	38,4 ± 2,5	39 ± 1,8	ns
	Parto vaginal, n (%)	114 (75)	56 (62)	p<0,05
	Cesárea, n (%)	38(25)	34 (38)	
	Talla al nacimiento (cm), media ± SD	49 ± 3	50 ± 2,6	ns
	Peso al nacimiento (kg), media ± SD	3,1 ± 0,6	3,2 ± 0,5	ns
	Bajo peso al nacimiento, n (%)	31 (14)	10 (7,5)	ns
	Apgar ≥7 a los 5 min, n (%)	213 (98)	129 (96)	ns
	Apgar ≥7 a los 10 min, n (%)	217 (99,5)	134 (100)	ns
Alimentación durante el 1^{er} mes de vida	LM exclusiva, n (%)	141 (65)	78 (58)	ns
	Lactancia mixta, n (%)	28 (13)	19 (14)	
	Lactancia artificial n (%)	49 (22)	37 (28)	
Alimentación al 6^o mes de vida	LM exclusiva, n (%)	43 (22)	23 (21)	ns
	Lactancia mixta, n (%)	19 (9,7)	5 (4,5)	
Alimentación a los 12 meses de vida (con alimentación complementaria)	LM exclusiva, n (%)	9 (6)	4 (4,4)	ns
	Lactancia mixta, n (%)	2 (1,3)	1 (1)	
Seguimiento durante el primer año	Problemas auditivos, n (%)	16 (7,3)	12 (9)	ns
	Problemas visuales, n (%)	1 (0,5)	2 (1,5)	ns
	Preocupación familiar por el comportamiento, media ± SD	0,5 ± 1	0,2 ± 0,6	ns
	Problemas de salud según los cuidadores, media ± SD	1,6 ± 1,9	1,4 ± 1,5	ns
	Escuela infantil, n (%)	88 (40)	45 (34)	ns
	Efectos adversos graves, n (%)	61 (28)	25 (19)	p<0,05
	Ingreso hospitalario, n (%)	58 (27)	24 (18)	ns
	Ingreso en UCI, n (%)	14 (6,4)	5 (3,7)	ns
	Cirugías, n (%)	8 (3,7)	5 (3,7)	ns
	Vacunación completa, n (%)	215 (99)	131 (98)	ns
	Tto farmacológico, n (%)	159 (73)	99 (74)	ns
	Alergias, n (%)	12 (5,5)	7 (5,2)	ns
	Infecciones, n (%)	17 (7,8)	9 (6,7)	ns
	Malformaciones, n (%)	2 (0,9)	0	ns
	Neoplasias, n (%)	1 (0,5)	0	ns.

SD: desviación estándar; ns: no estadísticamente significativo; LM: lactancia materna; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; tto: tratamiento.

TABLA 1D. Impacto de los diferentes factores en el desarrollo psicomotor, en función de la normalidad de todos los dominios del ASQ-3® a los 12 meses.

		Alteración ASQ-3	ASQ-3 normal	
Factores maternos	Tratamiento biológico, n (%)	13 (25)	77 (41)	p<0,05
	Tratamiento con tiopurinas, n (%)	20 (38)	60 (32)	ns
	Enfermedad de Crohn, n (%)	23 (43)	112 (59)	p<0,05
	Colitis ulcerosa, n (%)	30 (57)	75 (40)	p<0,05
	Actividad de la EII maternal durante el embarazo, n (%)	3 (5,7)	18 (9,2)	ns
	Comorbilidades	10 (19)	24 (13)	ns
	Embarazo natural, n (%)	44 (83)	167 (88)	ns
	Tratamiento de fertilidad, n (%)	9 (17)	22 (12)	
	Multiparidad, n (%)	30 (57)	92 (49)	ns
	Abortos, n (%)	0,3 (0,6)	0,3 (0,7)	ns
	Hábito tabáquico materno, n (%)	2 (3,8)	15 (8)	ns
Factores paternos	Alteraciones genéticas conocidas, n (%)	0	1 (0,5)	ns
	Tratamiento médico en el momento de la concepción, n (%)	1 (1,9)	16 (8,5)	ns
Factores asociados a los hijos	Sexo masculino, n (%)	28 (53)	92 (49)	ns
	Sexo femenino, n (%)	25 (47)	97 (51)	
	Prematuridad n (%)	13 (42)	18 (58)	p<0,05
	Parto vaginal, n (%)	38 (72)	132 (70)	ns
	Cesárea, n (%)	15 (28)	57 (30)	
	Bajo peso al nacimiento, n (%)	11 (21)	21 (11)	ns
	Apgar ≥ 7 a los 5 minutos, n (%)	50 (94)	182 (96)	ns
	Apgar ≥ 7 a los 10 minutos, n (%)	52 (98)	189 (100)	ns
	LM exclusiva ≤ meses n (%)	7 (33)	31 (33)	ns
	Escuela infantil, n (%)	24 (45)	79 (42)	ns
	Problemas auditivos, n (%)	5 (9,4)	23 (12)	ns
	Problemas visuales, n (%)	1 (1,9)	2 (1)	ns
	Preocupación familiar por el comportamiento, media ± SD	0,7 ± 1,2	0,3 ± 0,8	p<0,001
	Otras preocupaciones de la familia, media ± SD	0,9 ± 1,7	0,5 ± 1,4	p<0,05
	Problemas de salud según los los cuidadores, media ± SD	1,7 ± 1,9	1,5 ± 1,7	ns
	Efectos adversos graves, n (%)	21 (40)	40 (21)	p<0,05
	Ingreso hospitalario, n (%)	19 (36)	41 (22)	p<0,05
	Ingreso en UCI, n (%)	6 (11)	9 (4,8)	ns
	Cirugías, n (%)	2 (3,8)	6 (3,2)	ns
	Vacunación completa, n (%)	53 (100)	188 (99)	ns
Alergias, n (%)	3 (5,7)	11 (5,8)	ns	
Infecciones, n (%)	5 (9,4)	16 (8,5)	ns	
Malformaciones, n (%)	1 (1,9)	0	ns	
Neoplasias, n (%)	0	0		

SD: desviación estándar; ns: no estadísticamente significativo; LM: lactancia materna; UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.

CUESTIONARIOS IMPACT-III E IMPACT-III-P EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA Y SUS PADRES/CUIDADORES. ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN CON CARACTERÍSTICAS FAMILIARES Y DE LA ENFERMEDAD. Velasco Rodríguez-Belvis M¹, Palomino L¹, Pujol Muncunill G², Martín Masot R³, Muñoz Codoceo RA¹, Barrio Torres J⁴, Navas López VM³, Martín de Carpi J². **Investigadores colaboradores del grupo de trabajo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica:** Medina Benítez E⁵, Fernández-Lorenzo AF⁶, Moreno-Álvarez A⁶, Molina Arias M⁷, Hidalgo Montes I⁷, Lozano Ruf A², Blasco-Alonso J³, Montraveta M⁸, Peña-Quintana L⁹, Ramos Rueda N⁹, Rodríguez Martínez A¹⁰, Botija Arcos G¹¹, Alonso Vicente C¹², Castro Millán AM¹³, Donat E¹⁴, Fernández Cebrián S¹⁵, Sánchez Sánchez C¹⁶, Loverdos I¹⁷, Segarra Cantón Ó¹⁸, Ruiz Castellano N¹⁹, Torres-Peral R²⁰, Crehuá-Gaudiza E²¹, Millán Jiménez A²², Jovani Casano C²³, Vicente Santamaría S²⁴, Tabares González A²⁴, García-Romero R²⁵, Ros Arnal I²⁵, Balboa Vega MJ²⁶, Escartín Madurga L²⁷, Martinón Torres N²⁸, Crujeiras Martínez V²⁸, González-Vives L²⁹, Pérez-Moneo B²⁹, Masiques Mas ML³⁰, Vegas Álvarez AM³¹, Grande Herrero L³², La Orden Izquierdo E³³, Chicano Marín FJ³⁴, Busto Cuiñas MM³⁵, Martínez de Zabarte Fernández JM³⁶, Alberto Alonso JR³⁷. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ³Unidad de Atención Integral a pacientes con EIIp. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ⁴Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ⁵Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ⁷Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁸Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁹Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁰Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ¹¹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ¹²Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ¹³Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ¹⁴Sección de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ¹⁵Sección de Gastroenterología Pediátrica. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. ¹⁶Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁷Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁸Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ²⁰Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ²¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²²Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Valme. Universidad de Sevilla. Sevilla. ²³Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana. ²⁴Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Ramón y Caja. Madrid. ²⁵Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. ²⁶Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²⁷Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²⁸Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ²⁹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ³⁰Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital General de Granollers. Granollers. ³¹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³²Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. ³³Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid. ³⁴Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ³⁵Sección de Gastroenterología Pediátrica, Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. ³⁶Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ³⁷Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Los cuestionarios IMPACT-III e IMPACT-III-P miden la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (EII-p) y sus padres/cuidadores. Las mayores puntuaciones indican una mayor CVRS. El objetivo fue describir los resultados de estos cuestionarios y analizar su correlación con los datos clínicos y sociales en una población española.

Métodos. Estudio multicéntrico, observacional y transversal incluyendo pacientes con EII-p de 10 a 18 años y sus padres/cuidadores (febrero 2021-noviembre 2022). Se recogieron y analizaron datos clínicos, sociales y de los cuestionarios IMPACT-III e IMPACT-III-P con REDCap y SPSS versión 24. Se aplicaron las pruebas U-Mann-Whitney, índice de correlación de Pearson o Kruskal-Wallis según correspondiera.

Resultados. Se analizaron los cuestionarios de 376 pacientes y 362 padres/cuidadores (37 hospitales). El 56% de los pacientes eran varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 11,3 años (RIC 8,7-13,3) y una mediana de edad al participar en el estudio de 14,4 años (RIC 12,4-16,1). Los índices de actividad clínica indicaron un buen control de la enfermedad en la mayoría de los pacientes: wPCDAI [mediana 0 (RIC 0-10)] y PUCAI [mediana 0 (RIC 0-10)]. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de IMPACT-III o IMPACT-III-P en función del tipo de EII, la clasificación de París, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, el país de origen o la situación de convivencia familiar. Sin embargo, encontramos peores resultados de IMPACT-III e IMPACT-III-P en pacientes con peor puntuación de PGA (valoración global del médico) y en aquellos con corticoides ($p < 0,05$). No se encontraron diferencias en cuanto a la CVRS en función del uso de inmunosupresores. Se encontraron mejores puntuaciones de IMPACT-III-P en los padres de pacientes con biológicos, con diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, esta diferencia no se evidenció en los cuestionarios de los pacientes. Además, los pacientes con peores índices de actividad clínica presentaron peor CVRS ($p < 0,001$). Sin embargo, los índices de correlación de Pearson fueron bajos: para wPCDAI $-0,295$ y $-0,308$ (IMPACT-III e IMPACT-III-P) y para PUCAI $-0,334$ y $-0,404$ respectivamente.

Conclusiones. En nuestra muestra, los resultados de IMPACT-III e IMPACT-III-P no se vieron influidos por el tipo o la extensión de la enfermedad al diagnóstico ni las características sociales. Sin embargo, la actividad de la enfermedad según índices clínicos, valoración del médico o necesidad de corticoides, parecieron afectar la percepción de CVRS tanto de pacientes como de cuidadores. Los responsables de los niños con biológicos percibieron una mayor CVRS de estos. Dicha diferencia no fue compartida por los propios pacientes, lo que podría explicarse por la incomodidad derivada de la administración de estos tratamientos. Estos hallazgos reflejan que la CVRS de los pacientes depende en mucha mayor medida del control que conseguimos de su enfermedad que de condicionantes previos.

REPERCUSIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA EN LA PRODUCTIVIDAD LABORAL DE LOS CUIDADORES. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA SEGHP.

Velasco Rodríguez-Belvis M¹, Palomino L¹, Pujol Muncunill G², Martín Masot R³, Muñoz Codoceo RA¹, Barrio Torres J⁴, Navas López VM³, Martín de Carpi J². **Investigadores colaboradores del grupo de trabajo de Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica:** Medina Benítez E⁵, Fernández-Lorenzo AF⁶, Moreno-Álvarez A⁶, Molina Arias M⁷, Hidalgo Montes I⁷, Lozano Ruf A², Blasco-Alonso J³, Montraveta M⁸, Peña-Quintana L⁹, Ramos Rueda N⁹, Rodríguez Martínez A¹⁰, Botija Arcos G¹¹, Alonso Vicente C¹², Castro Millán AM¹³, Donat E¹⁴, Fernández Cebrián S¹⁵, Sánchez Sánchez C¹⁶, Loverdos I¹⁷, Segarra Cantón Ó¹⁸, Ruiz Castellano N¹⁹, Torres-Peral R²⁰, Crehuá-Gaudiza E²¹, Millán Jiménez A²², Jovani Casano C²³, Vicente Santamaría S²⁴, Tabares González A²⁴, García-Romero R²⁵, Ros Arnal I²⁵, Balboa Vega MJ²⁶, Escartín Madurga L²⁷, Martínón Torres N²⁸, Crujeiras Martínez V²⁸, González-Vives L²⁹, Pérez-Moneo B²⁹, Masiques Mas ML³⁰, Vegas Álvarez AM³¹, Grande Herrero L³², La Orden Izquierdo E³³, Chicano Marín FJ³⁴, Busto Cuiñas MM³⁵, Martínez de Zabarte Fernández JM³⁶, Alberto Alonso JR³⁷. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ³Unidad de Atención Integral a pacientes con EII. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ⁴Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ⁵Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. ⁶Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. A Coruña. ⁷Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁸Unidad de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁹Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁰Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ¹¹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ¹²Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. ¹³Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ¹⁴Sección de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ¹⁵Sección de Gastroenterología Pediátrica. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. ¹⁶Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ¹⁷Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹⁸Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ²⁰Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Salamanca. ²¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²²Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Valme. Universidad de Sevilla. Sevilla. ²³Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital General Universitario de Castellón. Castellón de la Plana. ²⁴Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ²⁵Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza. ²⁶Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ²⁷Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²⁸Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela. ²⁹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ³⁰Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital General de Granollers. Granollers. ³¹Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³²Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid. ³³Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid. ³⁴Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ³⁵Sección de Gastroenterología Pediátrica, Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. ³⁶Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ³⁷Sección de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

Objetivos. Evaluar el impacto laboral y en las actividades diarias de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal Pediátrica (EII-p) en los padres o cuidadores de los pacientes, así como la repercusión económica secundaria a la posible pérdida de horas de trabajo.

Material y métodos. Estudio multicéntrico y transversal (febrero 2021-junio 2023) con la inclusión de padres o cuidadores de pacientes con EII-p de 10 a 18 años, que completaron los cuestionarios *Work Productivity and Activity Impairment (WPAI)* para enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, según correspondiera, en la versión traducida y validada para población española. Se recogió el nivel de estudios y la categoría laboral según el Instituto Nacional de Estadística (INE) para cada progenitor/cuidador. Se registró el sueldo anual medio para cada categoría según los últimos datos disponibles del INE que corresponden al año 2020. Posteriormente se ajustó según el promedio de aumento del salario de un 2,9% en 2021 y un 2% en 2022 respecto a los años previos, y se calculó el coste de hora laboral media considerando las 1.723 horas anuales que establecen los convenios colectivos que entraron en vigor en 2022 en nuestro país. Se estimó la pérdida económica en la semana previa debida a la EII-p. Se comparó nuestra tasa de absentismo laboral con la tasa nacional proporcionada por el INE en el 4º trimestre de 2022, que ascendió al 6,1% (4,6% debido a incapacidad temporal y el 1,5% sin constancia de baja médica). Se analizaron los factores clínicos del paciente y laborales de los cuidadores que pudieran relacionarse con el absentismo. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del centro promotor y todos los padres/cuidadores, así como los pacientes de más de 12 años firmaron los correspondientes consentimientos informado. Los datos se recogieron mediante la plataforma REDCap® y se analizaron con SPSS®.

Resultados. Se incluyeron datos de 382 progenitores, de los cuales 101 [24,6% (IC 95% 22,7-31,1)] referían absentismo laboral en la última semana. Los factores relacionados con el absentismo laboral están recogidos en la tabla 1. Se calcularon las horas perdidas totales semanales que ascendieron a 688,5 [mediana de 4 horas (RIQ 2-7)]. La pérdida económica mediana en la última semana fue de: 61,2 € (RIQ 40-116); correspondiente al 22,7% (14,8%-43,1%) del salario mínimo interprofesional. La cantidad total ascendió a: 8.420,20 € (correspondientes a 31,2 veces el salario mínimo interprofesional en el año 2022 en España).

TABLA 1. Variables predictivas de absentismo laboral (n=382 progenitores) y cocientes de probabilidad				
Variable	Univariante OR (IC 95%)	p	Multivariante OR (IC 95%)	p
Situación laboral de la pareja (trabajan los dos)	3,1 (2,3-4,1)	0,0001	-	-
Trabajo a tiempo completo	5 (1,4-17,2)	0,011	-	-
Tipo de actividad de los progenitores (cuenta ajena)	7 (2,9-16,4)	0,0001	4,4 (1,4-13,5)	0,008
Enfermedad activa	2,1 (1,3-3,5)	0,003	3,5 (2,3-5,4)	0,0001
Madres	2,3 (1,4-3,7)	0,001	2,4 (1,4-4,1)	0,001
Tratamiento con anti-TNF iv	1,7 (1,03-2,8)	0,036	2,5 (1,3-4,6)	0,002
Prueba de Hosmer y Lemeshow: p = 0,574; R ² de Cox-Snell: 0,329. R ² de Nagelkerke: 0,439; Sensibilidad: 22 (14-32); Especificidad: 93 (88-95); VPN: 78 (75-94); VPP: 50 (33-66). Nota: El modelo mostrado aquí es significativo, explica entre el 0,329 y el 0,439 de la variable dependiente y clasifica correctamente el 75,6% de los casos.				
Cocientes de probabilidad convencionales:				
Positivos	3.04878	1.666805	5.576575	
Negativos	0.841043	0.749382	0.943915	

Conclusiones. La tasa de absentismo laboral en nuestra serie fue 4,3 veces superior a la media nacional identificándose como factores predictivos en la semana previa, la enfermedad activa, el tratamiento con anti-TNF intravenoso y el ser trabajadora por cuenta ajena.

IMPACTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LA ADOLESCENCIA. González Riesco L¹, Taló Reixach M¹, Polo Rangel D¹, González Salvador MR¹, Pujol Muncunill G¹, Martín de Carpi FJ¹, Violant-Holz V², Llorens Capdevila M¹. ¹Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ²Universitat de Barcelona.

Introducción y objetivos. Aproximadamente el 25% de la población pediátrica padece una enfermedad crónica con cifras de prevalencia entre el 10% y 30%, de manera concreta en la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (EIIIP) en el 1/3 de los casos el debut se produce antes de los 18 años. Los jóvenes con EIIIP presenta un mayor riesgo de alteraciones emocionales en comparación con sus iguales sanos, alrededor del 20%, presentan síntomas clínicos significativos de ansiedad y el 14-28% de depresión. Alguno de los factores de riesgo descritos asociados a esta comorbilidad psicológica son debidos al carácter invasivo de algunos procedimientos médicos, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas y cambios de medicación. El objetivo es describir el desajuste psicológico en 66 adolescentes con EIIIP y analizar la relación entre el malestar emocional y otras variables.

Material. Como instrumento de recogida de datos se utilizó: variables de la historia clínica incluyendo los datos sociodemográficos y la escala HADS (ansiedad y depresión de pacientes hospitalizados, adaptada a población adolescente española (Valero-Moreno y cols., 2019).

Método. Metodología selectiva, con análisis descriptivo y correlacional, en una cohorte en pacientes adolescentes con EIIIP entre 12 y 18 en seguimiento activo en el hospital. La muestra final fue de 66 pacientes a los que telefónicamente se les administró la escala HADS. El presente estudio cuenta con la aprobación del CEIM del centro. Los datos analizados en las historias clínicas fueron anonimizados y registrados por dos personas externas a la organización.

Resultados. La edad media de los participantes fue de 15,25 SD, 1,18 (57,6% masculino, 42,4% femenino). El 68,2%, no activa en el momento de evaluación, mientras el 30,3% se encontraba activa. El 21,2% presentaba clínica de ansiedad significativa, el 18% malestar emocional clínicamente relevante y el 7,5% clínica de depresión. Desde la relación entre el malestar emocional (ansiedad, depresión y malestar global) y nivel de inflamación no que encontraron diferencias significativas (p de Spearman, 0,097; 0,084; 0,134 respectivamente).

Conclusiones. Los datos analizados no muestran una relación significativa entre malestar emocional e inflamación en pacientes adolescentes con EIIIP. No obstante, cabe destacar que la prevalencia de malestar emocional desde el cribado de nuestro estudio es claramente superior en nuestra población respecto a la prevalencia de trastornos psicológicos, reportada por la OMS (2021) en la población general adolescente: 18% EIIIP frente al 13%; 21,2% EIIIP frente al 3,6-4,6 en trastorno de ansiedad; 7% EIIIP frente al 3% en trastorno depresivo. La evidencia científica muestra que no detectar y tratar a tiempo el malestar emocional, del paciente y familia, se asocia a peor adherencia al tratamiento, peor estado de salud general y calidad de vida. Los datos avalan la importancia de establecer métodos de cribado sistemáticos del malestar emocional en adolescentes con EIIIP.

ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO ONCOLÓGICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Delgado Gálvez M, Padilla Escobedo V, Álvarez Carnero L, Vila Miravet V, Pujol Muncunill G, Ruiz Hernández CJ, Trabazo del Castillo M, Martín de Carpi FJ. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.*

Introducción. La endoscopia digestiva en el paciente oncológico engloba un grupo heterogéneo de indicaciones. Suelen ser pacientes complejos que requieren un manejo multidisciplinar. Desde el año 2016 se realiza en nuestro centro trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y en junio del 2022 se inauguró el Pediatric Cancer Center (PCCB) como centro de referencia nacional e internacional en cáncer infantil que acoge más de 470 casos al año. Ambos hechos han comportado un incremento significativo en el número de pacientes oncológicos que precisan endoscopia digestiva.

Objetivos. Objetivo principal: Describir el papel de la enfermera especializada durante la práctica del proceso endoscópico en pacientes oncológicos complejos. Objetivo secundario: Conocer el perfil de indicaciones y diagnósticos endoscópicos en pacientes oncológicos. Comparativa de la actividad endoscópica antes y después de la inauguración del PCCB.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes oncológicos sometidos a endoscopia digestiva desde enero 2016 hasta junio 2023. Variables analizadas: edad, sexo, enfermedad oncológica de base, indicación de la prueba, número de procedimientos por paciente y diagnóstico endoscópico. La búsqueda de pacientes se ha realizado utilizando el Software ENDOTOOLS.

Resultados. Se han realizado un total de 118 procedimientos en 58 pacientes (33 varones) con una mediana de edad de 9,4 años (Rango: 11 meses-18 años). El 50% de los procedimientos se han realizado en el último año. Tipo de neoplasia: hematológica 65,5% (n: 38), sólida no gastrointestinal 31% (n: 18), cáncer de colon 3,5% (n: 2). Indicaciones más frecuentes: sospecha de enfermedad de injerto contra receptor gastrointestinal (EICR) 53,5%, colocación de gastrostomía por malnutrición y/o disfagia 19% y hemorragia digestiva 12%. Diagnósticos más frecuentes: EICR 29%, gastritis inflamatoria 17%. Terapéuticas más frecuentes: colocación dispositivo gastrostomía 19%, electrocoagulación 3% y dilatación de estenosis 3%.

Conclusiones. La sospecha De EICR intestinal, la colocación de gastrostomía y la hemorragia digestiva han sido las principales indicaciones de endoscopia. Destacamos un incremento significativo de la demanda de endoscopia en pacientes oncológicos tras la apertura del PCCB. Dentro del manejo multidisciplinar de estos pacientes es fundamental disponer de enfermeras especializadas en la práctica endoscópica.

TERAPIA INCISIONAL CON ELECTROBISTURÍ TIPO NEEDLE O IT-KNIFE EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. Padilla Escobedo V, Delgado Gálvez M, Álvarez Carnero L, Vila Miravet V, Pujol Muncunill G, Ruiz Hernández CJ, Changllo Calle GG, Martín de Carpi FJ. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.*

Introducción. La introducción del electrobisturí tipo “knife” ha supuesto un gran avance en el tratamiento endoscópico. Su utilización en pediatría es excepcional y las indicaciones suelen diferir a las de adultos. Es fundamental disponer de enfermeras con formación específica en esta técnica para una correcta utilización y prevenir complicaciones.

Objetivos. Objetivo principal: Conocer el perfil de indicaciones y resultados terapéuticos en los pacientes que han precisado la utilización del electrobisturí. Objetivo secundario: Describir el abordaje de la enfermera de endoscopia durante la realización de la técnica de cara a prevenir complicaciones.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes que han precisado utilización de electrobisturí desde su implementación en nuestra unidad el año 2021. Variables analizadas: edad, sexo, patología de base, indicación de la terapia incisional, resultado terapéutico y complicaciones. La búsqueda de pacientes se ha realizado utilizando la plataforma endotools.

Resultados. Total pacientes: 12 (10 niños y 2 niñas). Mediana de Edad: 3,5 años (Rango: 2 meses-11 años). Indicaciones: membrana duodenal congénita (5), estenosis refractaria (4) y quistes de duplicación (3). Nº de sesiones realizadas: 1 en 7 pacientes; 2 en 4 pacientes y 4 en 1 paciente. El tratamiento ha sido eficaz en todos los pacientes, precisando en algunos casos más de una intervención, salvo una estenosis refractaria que precisó tratamiento quirúrgico. No hubo complicaciones durante la realización de la técnica. Complicaciones médicas: sangrado diferido autolimitado en un paciente. Ningún caso de perforación.

Conclusiones. La introducción del electrobisturí es una técnica todavía poco utilizada y estudiada en pediatría. En nuestra serie ha demostrado ser una técnica segura y eficaz. La enfermera, como parte integrante del equipo de endoscopia, debe conocer el funcionamiento y los riesgos asociados al uso del electrobisturí para garantizar la seguridad del paciente.

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES ENDOSCÓPICAS MEDIANTE LA REALIZACIÓN DE UN CURSO DE SIMULACIÓN PARA RESIDENTES DE PEDIATRÍA. Cañizares Funes A¹, Palomino L², Domínguez Ortega G², Martínez Pérez J², Velasco Rodríguez-Belvis M², Soria M³, Botija G⁴, Muñoz Codoceo RA². ¹Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³HM Hospitales Madrid. ⁴Hospital Universitario de Alcocón. Alcocón, Madrid.

Objetivo. La endoscopia gastrointestinal es una de las pruebas complementarias más relevantes en el diagnóstico de las enfermedades digestivas. Tradicionalmente, la formación endoscópica se basa en un modelo supervisado en un entorno clínico real. La formación con simulación promueve la adquisición de habilidades endoscópicas que aceleran los tiempos de formación básica y mejoran los conocimientos teóricos y prácticos, disminuyendo el riesgo potencial directo sobre el paciente. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de un curso de simulación endoscópica para el currículum formativo de los médicos internos residentes (MIR) de Pediatría.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio prospectivo unicéntrico. Se realizó un curso de simulación endoscópica de 10 horas que incluía el acceso a un cajón de entrenamiento en habilidades espaciales (BOX) y a un simulador de endoscopia gastrointestinal virtual (Simbionix®). Se reclutaron todos los MIR de pediatría de 3er año que habían elegido dedicar su último año de formación en Gastroenterología y Nutrición Pediátrica y que completaron el curso. Además de los resultados en el simulador y el BOX, la evaluación incluyó el formulario GAGES (Global Assessment of Gastrointestinal Endoscopic Skills) completado por los formadores y el Card Rotation Test® (CRT) completado por los MIR tanto antes de iniciar el curso como al finalizarlo. Se registraron los datos epidemiológicos y los resultados de los ejercicios de simulación. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSSv26.

Resultados. El curso fue completado por 29 participantes con una mediana de edad de 29 años (IQR 27-33). Veintidós (75,9%) fueron mujeres. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas antes y después de la formación en GAGES ($9,76 \pm 1,80$ frente a $15,21 \pm 1,66$; $p < 0,001$), BOX ($10,21 \pm 1,73$ frente a $12 \pm 1,74$; $p < 0,001$) y CRT ($91,86 \pm 18,51$ frente a $116,48 \pm 18,31$; $p < 0,001$), así como en el tiempo total (en segundos) dedicado a la colonoscopia (733 ± 118 frente a 538 ± 110 ; $p < 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de mucosa visualizada en la colonoscopia ni en el análisis de subgrupos (por sexo, edad, mano dominante, experiencia previa en videojuegos, experiencia quirúrgica previa, etc).

Conclusiones. Se demostró una mejora en las habilidades endoscópicas de los residentes de Pediatría tras completar el curso de simulación. Por tanto, el curso realizado en nuestra Sección parece tener un impacto positivo en la curva de aprendizaje al inicio de la práctica endoscópica y, en última instancia, puede mejorar la seguridad del paciente.

USO DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL ESTUDIO DE LA MOTILIDAD ESOFÁGICA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO. Bayarri Moreno M, Moya Jiménez MJ, Granero Cendón R. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción. Los síntomas digestivos son muy frecuentes en el paciente pediátrico (vómitos, disfagia, pirosis...) y pueden tener múltiples causas, siendo a veces de difícil diagnóstico. La manometría esofágica de alta resolución (HRM) aporta información sobre la peristalsis y la motilidad, datos que facilitan el diagnóstico de múltiples patologías, su uso y valores estándares están muy estudiados en el paciente adulto, el objetivo del trabajo es determinar la utilidad de la HRM en el estudio de la motilidad esofágica del paciente pediátrico.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de todas las HRM realizadas en pacientes de entre 0 y 18 años del 2019 al 2023 en nuestro centro. Se han analizado las siguientes variables: datos sociodemográficos, motivo de realización, patología basal, síntomas, resultado según Chicago IV.0, valores manométricos y pruebas complementarias.

Resultados. Se han realizado un total de 243 HRM en el periodo estudiado, el 45,3% fueron mujeres, la media de edad de 8,51 años con un rango de 0,17 a 17,82 años y una media de 1,23 HRM por paciente (rango de 1 a 4). El 87,2% estaban sintomáticos al momento de la prueba (61% disfagia sólidos, un 30% a líquidos, un 25,2% vómitos, un 32,5% tenía reflujo y un 17% síntomas respiratorios). El 32,2% no tenía un diagnóstico previo siendo la patología basal más frecuente la atresia de esófago y las enfermedades neurológicas. La motilidad se clasificó según la clasificación de Chicago IV.0, siendo el 41,3% de los estudios normales, seguidos de un 37,3% con motilidad ineficaz, 12,9% de contractilidad ausente, 2,2% espasmo esofágico distal, 2,1% acalasia y 1,3% obstrucción unión gastroesofágica. Analizando por patología, en el reflujo gastroesofágico predominó la normalidad en el 50% de los casos seguido de un 31,8% de motilidad ineficaz, en las atresias de esófago el 48,4% tenía contractilidad ausente y otro 48,4% motilidad ineficaz; en la acalasia predominó la motilidad ineficaz con un 44,4%; en la esofagitis eosinofílica predominó la normalidad con alto número de ondas terciarias; en los pacientes con anillos vasculares predominó con un 63,6% la normalidad pero en el 100% se apreció la compresión extrínseca.

Conclusiones. La manometría esofágica de alta resolución en el paciente pediátrico permite evaluar la motilidad esofágica y relacionarla con su patología de base o su sintomatología facilitando la adecuación e individualización del tratamiento del paciente.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE ACALASIA EN PEDIATRÍA. Montells Fuster S¹, Ortiz Pérez P², Martínez Osorio J¹, Sánchez Sánchez C⁴, Moriczi M⁵, Ruiz Hernández C¹, Bodas Pinedo A⁶; Grupo de Trabajo de Motilidad y Trastornos Funcionales. ¹Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ²Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ³Hospital Universitario La Fe. Valencia. ⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Hospital Materno-infantil Infanta Leonor. Almería. ⁶Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción. La acalasia es una alteración primaria de la motilidad esofágica, caracterizada por disminución de la peristalsis y ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior, que ocasiona alteración en el vaciamiento esofágico. Existe cierto retardo en su diagnóstico, ya que puede presentarse con manifestaciones clínicas diversas como: disfagia, regurgitaciones, vómitos, pérdida de peso y tos nocturna. El objetivo de nuestro estudio es describir las características demográficas, clínicas, hallazgos radiológicos, endoscópicos y de manometría esofágica, diferentes opciones de tratamiento y complicaciones en niños diagnosticados de Acalasia.

Material y métodos. Se realizó una revisión multicéntrica, descriptiva y de tipo retrospectiva en 6 Hospitales de España de niños menores de 18 años con diagnóstico de acalasia durante el periodo de enero 2019 a diciembre del 2023. Se describen variables relacionadas a datos demográficos (edad, sexo), presentación clínica, estudios complementarios, tipo de acalasia, tratamiento indicado y complicaciones. Para el análisis estadístico, se utilizará el programa SPSS v 21.0. Para las variables cualitativas se utilizarán las frecuencias y proporciones; para las variables cuantitativas: se empleará las medias, medianas y desviaciones estándar.

Resultados. Se evaluaron 22 niños con acalasia, con mediana de edad de 10 años, sexo masculino 83%. La edad media de inicio de síntomas fue de 5.7 años y la edad media al diagnóstico fue 7,4 años. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: vómitos 83%, disfagia 65%, pérdida de peso 57% y tos nocturna 39%. Solo 8 niños tenían registrado el score Eckardt (65% > 3 y 35% < 3). Entre los estudios complementarios realizado, el 100% tenía tránsito esofagogastroduodenal y el 83% gastroscopias, todos ellos, con hallazgos sugestivo de Acalasia. Se realizó manometría esofágica al 74% de los niños (manometría de alta resolución 59% y manometría convencional 41%), confirmando el diagnóstico de Acalasia en el 100%. Solamente se realizó pH metría a un niño y pH impedanciometría a 3 niños. En relación con los tipos de acalasia, el 52% tenía acalasia tipo I y el 48% acalasia tipo II. Entre las comorbilidades asociadas, 5 niños presentaban síndrome triple A, 2 niños con probable acalasia familiar (hermanos) y otro niño con síndrome de Down. Las diferentes opciones de tratamiento fueron: miotomía de Heller asociado a funduplicatura de Dor 61%, dilatación esofágica 30% y POEM 1%. Se encontró que el 30% de los niños presentó alguna complicación, la mayoría de ellas, posterior al tratamiento con miotomía de Heller, siendo la disfagia (85%) las más frecuente.

Conclusiones. La acalasia en pediatría es más frecuente en varones. Las manifestaciones clínicas más frecuente son disfagia y vómitos. La manometría esofágica es necesario para confirmar su diagnóstico y la miotomía de Heller, es el tratamiento más utilizado, aunque un 1/3 aproximadamente de los pacientes presenta disfagia postquirúrgica como complicación más frecuente.

ESTREÑIMIENTO INTRATABLE: ¿AMERITAN NUEVOS CRITERIOS? PUNTO DE VISTA DE GASTROPEDIATRAS LATINO E IBEROAMERICANOS. Higuera M¹, Velasco-Benítez CA², Ruiz C³; Working Group of DGBIs. ¹Universidad Nacional de Colombia y Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia. ²Departamento de Pediatría Universidad del Valle. Cali, Colombia. ³Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Young LASPGHAN. Barcelona.

Introducción. La prevalencia de estreñimiento funcional a nivel mundial es del 12,0%. La definición de estreñimiento intratable propuesta por las guías de la NASPGHAN/ESPGHAN requiere una mayor comprensión en cuanto a términos como tratamiento médico óptimo y fracaso terapéutico, así como tiempo de evolución, nivel de atención y seguimiento, que permitan un mayor entendimiento de esta patología.

Objetivo. Determinar algunos conceptos relacionados con estreñimiento intratable en un grupo de gastroenterólogos pediatras latino e iberoamericanos.

Metodología. Se realizó una traducción/re-traducción del inglés al español del cuestionario de Shaman S, Benninga M y Gordon M, Definition of Refractory/Therapy-resistant/Intractable Constipation in Children (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdYImcY-RKrNigBoAUhJ1t7PPJIQuIXtHhPd-NKBFC-IVPwcqw/viewform?usp=sf_link), el cual fue enviado a los miembros de la Sociedad Latino e Iberoamericana (LASPGHAN) y Española (SEGHNP) de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Este cuestionario incluye 6 preguntas relacionadas con tratamiento médico óptimo, fracaso terapéutico, tiempo de evolución, nivel de atención y seguimiento de los niños con diagnóstico de estreñimiento intratable.

Resultados. Respondieron el cuestionario 343 gastropediatras (52,8% LASPGHAN, 33,0% SEGHNP y 37,6% no LASPGHAN no SEGHNP) que ejercían principalmente en Suramérica (72,3%), Norteamérica (18,1%) y España (9,6%). En cuanto al tiempo de evolución para considerar estreñimiento intratable, el 72,4% considera que debe ser entre 1 y 3 meses, el 22,4% entre los 4 y 6 meses y el 5,2% entre los 7 y 18 meses. Consideraron fracaso terapéutico principalmente en el 52,2% el uso de 2 laxantes y el 28,3% de varios enemas y fármacos. Solo el 17,5% respondieron que el nivel de atención debe ser primario y el 82,5% secundario y/o terciario. El 93,3% están de acuerdo que debe incluirse el criterio "tratamiento médico óptimo" para diagnosticar estreñimiento intratable, y que la evaluación de dicho cumplimiento debe ser realizada principalmente por el pediatra/gastropediatra (86,9%). Solo en el 5,0% sugieren mantener el término de estreñimiento intratable, y recomiendan para definir esta entidad utilizar términos como estreñimiento refractario (53,0%) y estreñimiento resistente al tratamiento (40,8%).

Conclusión. Este grupo de gastropediatras latino e iberoamericanos en niños con estreñimiento intratable, sugieren: 1) utilizar términos como "refractario" o "resistente al tratamiento" en lugar de "intratable"; 2) mantener el criterio de "tratamiento médico óptimo"; 3) considerar como tiempo de evolución entre 1 y 3 meses; 4) contemplar como fracaso terapéutico el uso de 2 laxantes, varios enemas o diversos fármacos; y 5) recomendar un nivel de atención secundario y/o terciario y por pediatra/gastropediatra.

TRASTORNOS DEL EJE CEREBRO-INTestino Y SU EFECTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS ENTRE 5 Y 18 AÑOS CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS. Velasco-Benítez CA¹, Vargas Rincón C², Castilla Bolaños DC³. ¹Departamento de Pediatría. Universidad del Valle. Cali, Colombia. ²Reumatólogo pediatra. Universidad del Valle. Hospital Universitario del Valle Evaristo García. Cali, Colombia. ³Residente de pediatría tercer año. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

Introducción. La prevalencia de enfermedades reumatológicas (ER) en la población pediátrica oscila entre 5,0%-7,0% y a nivel mundial se ha determinado una prevalencia de trastornos del eje cerebro-intestino (TECI) de 23,0%. Estudios previos han encontrado un aumento de la afectación gastrointestinal en pacientes con ER, lo que a su vez conduce a una peor calidad de vida. Sin embargo, en la actualidad existen pocos y limitados estudios en esta población.

Objetivo. Describir la prevalencia de TECI y sus efectos en la calidad de vida en niños con diagnóstico de ER.

Materiales y métodos. Estudio observacional descriptivo prospectivo. Se incluyeron niños entre los 5 y 18 años que acudieron a consulta externa de reumatología pediátrica del Hospital Universitario del Valle "Evaristo García" de Cali, Colombia entre mayo y noviembre del 2023. Se les aplicó el cuestionario para síntomas digestivos pediátricos Roma IV validado al español (QPGS-IV, por sus siglas en inglés) para identificar la presencia de TECI y el cuestionario KIDSCREEN para evaluar la calidad de vida. Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, raza, colegio), clínicas (cesárea, prematuridad, comorbilidades, medicamentos), familiares (TECI intrafamiliar, padres separados/divorciados) y de calidad de vida.

Resultados. Fueron incluidos 58 niños (13,4±3,7 años, 70,7% femeninas, 69,0% adolescentes, 46,6% mestizos y 78,9% de colegio público). Nacieron por cesárea el 48,3%; fueron prematuros el 22,4% y presentaban alguna comorbilidad el 3,4%. La prevalencia de TECI fue del 39,7%, siendo los principales TECI, la dispepsia funcional (17,2%; n=10) y el estreñimiento funcional (17,2%; n=10), seguidos por el dolor abdominal funcional no especificado de otra manera (3,5%; n=2). El 12,1% presentaban 2 o más TECI, siendo la coexistencia más frecuente la dispepsia asociada al estreñimiento funcional (3,5%). Se encontró un puntaje KIDSCREEN estadísticamente significativo más bajo en niños con TECI en comparación con aquellos sin TECI ($p=0,0043$), principalmente en niños con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES) ($p=0,0209$).

Conclusiones. La prevalencia de TECI en niños con ER es casi el doble en comparación con la población general, siendo la dispepsia y el estreñimiento funcional los más prevalentes, llamando la atención, que la dispepsia es más prevalente en la artritis idiopática juvenil y el estreñimiento en LES. Hubo peor calidad de vida en los niños con TECI y ER; esto más que todo por los niños con enfermedades autoinmunes, y de ellas el LES.

DOLOR BILIAR: ¿UN NUEVO TRASTORNO DEL EJE CEREBRO INTESTINO EN NIÑOS ENTRE LOS 4 Y 18 AÑOS? Herrera Rodríguez JC¹, Maruy A¹, Velasco-Benítez CA². ¹Hospital Nacional Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. *Functional International Digestive Epidemiological Research Survey (FINDERS)*. ²Departamento de Pediatría. Universidad del Valle. Cali, Colombia. *Functional International Digestive Epidemiological Research Survey (FINDERS)*.

Introducción. En adultos el dolor biliar hace parte de los trastornos del eje cerebro intestino (TECI) asociados a la vía biliar. En la población pediátrica se desconoce la prevalencia de esta entidad.

Objetivo. Determinar la prevalencia de dolor biliar en niños entre los 4 y 18 años de una Institución Educativa Pública (IEP) de Lima, Perú, teniendo como base el cuestionario para síntomas digestivos pediátricos validado al español (QPGS-IV, por sus siglas en inglés).

Materiales y métodos. Estudio observacional descriptivo prospectivo. Se incluyeron 370 niños entre los 4 y 18 años de edad. Se les aplicó el QPGS-IV para identificar la presencia de TECI. Para determinar el dolor biliar se agregaron preguntas: dolor abdominal en cuadrante superior derecho >4 días, >2 meses, >30', que empeora con el transcurso del tiempo, no relacionado con la defecación ni con la supresión ácida, que interrumpe actividades diarias o requiere de atención de urgencias, que no mejora con cambios de posición y con períodos de normalidad entre episodios, para cuyo diagnóstico debían estar todos los criterios presentes. Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, raza), clínicas (cesárea, prematurez, estado nutricional, antecedentes de COVID) y de ausentismo (escolar, social).

Resultados. El promedio de edad fue de $13,2 \pm 2,5$ años, el 60,5% eran adolescentes, 55,7% de sexo masculino, el 85,8% mestizos y el 36,9% estaban malnutridos. No presentaban antecedentes de cirugías o parásitos intestinales. La prevalencia para presentar algún TECI fue del 37,3% siendo los más frecuentes el estreñimiento funcional (21,4%) y la dispepsia postprandial (11,3%). Hubo asociación entre los TECI y la ausencia escolar (OR= 1,61; IC95%= 1,02-2,52; p= 0,0287) y social (OR= 2,19; IC95%= 1,39-3,45; p= 0,0003). Se identificó dolor biliar por el QPGS-IV (alfa de Cronbach= 0,7948, consistencia interna aceptable) en 5 niños (1,4%) de $12,5 \pm 2,2$ años, 60,0% escolares, 80,0% femeninos, 60,0% mestizos, 20,0% malnutridos, 80,0% con ausencia escolar, y 60,0% con ausencia social, que presentaron náuseas (100,0%), dolor irradiado (80,0%), dolor que despierta durante la noche (80,0%) y vómito (60,0%).

Conclusión: Una tercera parte de los niños entre los 8 y 18 años presentaron algún TECI asociados a ausencias escolares y ausencias sociales. El TECI más frecuente fue el estreñimiento funcional, lo que se asemeja a previos trabajos de investigación a nivel mundial. El dolor biliar estuvo presente en el 1,4%, con un alfa de cronbach cuya consistencia interna fue aceptable, por lo que se sugiere este trastorno debe ser considerado como un TECI en este grupo etario.

TRASTORNOS DEL SUEÑO Y ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL EN ESCOLARES Y ADOLESCENTES DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIVADA DE CALI, COLOMBIA. Velasco-Benítez CA¹, Velasco-Suárez DA², Santucci N³. ¹Departamento de Pediatría. Universidad del Valle. Cali, Colombia. ²MD Estudiante de Epidemiología. Universidad Libre Seccional Cali. Cali, Colombia. Grupo de Investigación Gastrohnp Univalle. Cali, Colombia. ³Cincinnati Children's Hospital. Cincinnati, Estados Unidos.

Introducción. En pediatría el estreñimiento funcional (EF) es un problema común de salud, presenta una prevalencia mundial del 12,5%. De igual manera, la prevalencia global de trastornos del sueño (TS) en niños es de aproximadamente el 3,7%. Actualmente son escasos los resultados de investigación en escolares y adolescentes sobre TS y su relación con trastornos del eje cerebro-intestino (TECI).

Objetivo. Determinar las características del sueño en niños con TECI asociado a EF en comparación con sus pares sanos.

Materiales y métodos. Estudio de casos y controles, donde se incluyeron 170 escolares y adolescentes entre los 11-18 años de edad pertenecientes a una Institución Educativa Privada de Cali, Colombia. Los participantes respondieron el cuestionario para síntomas digestivos pediátricos Roma IV validado al español (QPGS-IV, por sus siglas en inglés) para identificar la presencia de TECI; la escala abreviada de sueño y vigilia para adolescentes (ASWS); el índice de gravedad del insomnio pediátrico (PISI); la escala de somnolencia de Epworth (ESS), los PROMIS alteración y deterioro relacionados con el sueño; y los padres respondieron el cuestionario inventario higiene del sueño (SHIP). Se incluyeron variables sociodemográficas (edad, sexo, raza), clínicas (medicamentos, estado nutricional) y las relacionadas con TS (somnolencia diurna, apnea del sueño, insomnio, parasomnio).

Resultados. Se tomaron 85 casos y 85 controles de $14,1 \pm 1,8$ años, el 77,7% (n= 132) eran adolescentes, el 55,3% (n= 94) de raza mestiza. Se encontró que los niños con EF tuvieron peor calidad de sueño, requerían más de 30 minutos para quedarse dormidos ($p=0,025$), demoraban más tiempo para despertar ($p=0,025$) y presentaron más somnolencia diurna ($p=0,046$). Presentaron menor puntaje en la encuesta ASWS sugiriendo mayores alteraciones a nivel de sueño y vigilia ($p=0,0008$), elevados niveles de insomnio ($p=0,0126$), un alto nivel de somnolencia diurna excesiva ($p=0,007$), más movimiento de las piernas durante el sueño ($p=0,013$) y mayor deterioro relacionado con el sueño ($p=0,0259$). No hubo diferencias significativas en la duración del sueño, consumo de cafeína, actividades realizadas previo a dormir, niveles de estrés, ronquidos, pausas respiratorias o pesadillas comparado con los pares sanos.

Conclusión. Los niños con EF tienen peor calidad de sueño, más insomnio, altos niveles de somnolencia diurna excesiva y mayor deterioro relacionado con el sueño comparado con los controles. Es importante educar a los padres sobre los TS y su relación con los TECI.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE SECUNDARIO A DOLOR DE LA PARED ABDOMINAL CON SOSPECHA DE SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVIU CUTÁNEO ANTERIOR. Sanz Aznar P, Ros Arnal I, Sánchez Andrés A, Pascual Rupérez B, García Romero R, Miralbés Terraza S, Domingo Belanche A. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. El dolor abdominal es un motivo de consulta muy frecuente en las consultas de Gastroenterología Pediátrica. Nuestro objetivo es evaluar las características y evolución en pacientes con dolor abdominal recurrente en los que se observa dolor en la pared abdominal con sospecha de síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (ACNES).

Métodos. Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con dolor abdominal recurrente evaluados en la consulta de Gastroenterología Pediátrica, que presentaban a la exploración dolor en la pared abdominal y fueron derivados a la Unidad del Dolor para tratamiento, durante el periodo comprendido entre 2020 y 2023.

Resultados. Se incluyeron 7 pacientes, 14% varones y 86% mujeres (edad media de $11,57 \pm 1,9$ años). Estos pacientes presentaban dolor en la fosa ilíaca/flanco derecho y/o en el epigastrio. En todos ellos fueron positivos el signo de Carnett (dolor a la presión en diferentes puntos en los bordes externos de los músculos rectos anteriores del abdomen) o el "pinch test" (dolor excesivo unilateral al pellizcar la grasa abdominal). No presentaban alteraciones en el ritmo deposicional. Dos pacientes tenían antecedentes de cirugía abdominal. El tiempo de evolución de los síntomas fue de $12,71 \pm 12,69$ meses, y el número medio de consultas médicas previas (atención primaria, urgencias) fue de $10 \pm 5,06$ visitas. Se realizaron analítica sanguínea y ecografía abdominal en todos los casos, con dos gastroscopias y una laparoscopia exploratoria. Cuatro casos (57%) estaban en seguimiento por salud mental, sin mejoría del cuadro. A todos los pacientes se les realizó una primera técnica diagnóstico-terapéutica mediante infiltración de anestésico local y corticoide, presentando todos mejoría inmediata, excepto uno. Dos de ellos requirieron una segunda infiltración con toxina botulínica, y uno de ellos una tercera. Tras las diferentes infiltraciones, la respuesta fue completa (desaparición total del dolor) en 6 pacientes (86%) y parcial en el paciente restante, siendo dados de alta de la consulta de Gastroenterología.

Conclusiones. El dolor abdominal recurrente no siempre es causado por un problema visceral o es de origen funcional. Existe un grupo de pacientes en los que la causa del dolor proviene de la pared abdominal, siendo la etiología más probable el ACNEs, si bien es también posible que este asociado a un síndrome miofascial. Esta patología produce dolor de larga evolución, a menudo diagnosticado erróneamente como funcional, con un alto consumo de recursos sanitarios. La infiltración con anestésico local y corticoide o con toxina botulínica es una herramienta muy útil para confirmar el diagnóstico y sirve como tratamiento.

ANÁLISIS DE LOS SÍNTOMAS EN APLV Y TRASTORNOS DIGESTIVOS MENORES. ¿SON LO SUFICIENTEMENTE DIFERENTES COMO PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO CORRECTO?

RESULTADOS DEL ESTUDIO DILEMA. Martín Masot R¹, Díaz Martín JJ², Santamaría Orleans A³, Delgado Ojeda J³, Navas López VM¹. ¹Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátricas. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ³Departamento Médico. Laboratorios Ordesa S.L.

Objetivos y estudio. Los síntomas de la alergia a la proteína de la leche de vaca (APLV) son inespecíficos y presentan una gran similitud con los de los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) del lactante, dificultando el diagnóstico. El estudio DILEMA fue diseñado para revisar si el análisis de los síntomas puede ayudar a los pediatras en el diagnóstico de APLV frente a los principales TGIF: reflujo gastroesofágico (RGE), cólico del lactante (CL) y disquecia.

Métodos. Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, multicéntrico, mediante encuestas a pediatras en ejercicio. Se puntuó la especificidad de los diferentes síntomas y la información clínica adicional de 0 (inespecífica) a 10 (extremadamente específica) para las condiciones estudiadas. Se analizaron síntomas digestivos, de malestar, cutáneos y respiratorios, así como la edad de inicio de los síntomas y los antecedentes familiares.

Resultados. Se recogieron 294 cuestionarios de pediatras de atención primaria y hospitalarios (edad media de $51 \pm 11,1$ años). El período de edad entre la primera semana y los 3 meses de vida, fue el que recibió mayor puntuación como fecha de inicio de los síntomas en todas las condiciones, siendo el CL la de puntuación más lata ($8,1 \pm 1,9$ semanas). Los síntomas digestivos considerados más específicos para APLV fueron hematoquecia ($8,03 \pm 2,22$) y vómitos frecuentes ($7,1 \pm 2$), para RGE regurgitaciones y vómitos y para CL meteorismo. En el caso de la disquecia, todos los síntomas considerados recibieron una puntuación baja o media. Los síntomas de malestar se calificaron más alto en CL, especialmente el llanto a altas horas de la noche. La irritabilidad puntuó alta en todas las condiciones y la irritabilidad después de las comidas en APLV y RGE. Los síntomas cutáneos solo se consideraron específicos para la APLV (7 ± 2). Los síntomas respiratorios recibieron puntuaciones medias o bajas en todos los casos siendo la puntuación más alta para APLV ($5,8 \pm 2,6$). Los antecedentes familiares solo se consideraron específicos para la APLV ($8 \pm 1,6$), y otros síntomas como el retraso en el crecimiento y el rechazo a la comida para la APLV ($7,3 \pm 2$ y $7,8 \pm 1,7$) y RGE ($6,3 \pm 2,1$ y $6,5 \pm 2,5$).

Conclusiones. Aunque inespecífica, la presencia de síntomas como hematoquecia, vómitos frecuentes, afectación cutánea y antecedentes familiares positivos lleva a los pediatras a considerar el diagnóstico de APLV por encima de otros TGIF en lactantes.

EFICACIA DEL TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL *HELICOBACTER PYLORI* BAJO ANTIBIOGRAMA: ¿ES APLICABLE? Cahuana Salazar M, Cuevas Moreno A, Goterris Bonet L, Cabello Ruiz V, Redecillas S, Raya Muñoz J, Rodríguez Garrido V, Segarra Cantón Ó. *Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivo. Las guías ESPGHAN/NASPGHAN para el manejo del *Helicobacter pylori* (Hp), publicadas en 2017, incorporaron una serie de cambios y/o recomendaciones respecto a las previas (2011). Dado el descenso progresivo de las tasas de erradicación, uno de los aspectos más importantes fue la de intentar alcanzar tasas de erradicación >90% a través de conocer los patrones de resistencia antibiótica y de aplicar terapias individualizadas. El objetivo del estudio fue valorar la aplicabilidad y la eficacia del tratamiento erradicador del Hp, en nuestro centro, basado en su antibiograma.

Material y métodos. Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a gastroscopia por sintomatología sugestiva de Hp (junio 2015-octubre 2023). El diagnóstico se basó en las recomendaciones ESPGHAN/NASPGHAN: número y localización de biopsias, estudio histológico, estudio microbiológico. El tratamiento fue bajo antibiograma y control posterradicador. Se analizaron datos clínicos, antibióticos previos recibidos, grado de correlación entre la histología y cultivo, resistencias antibióticas, y tasa de erradicación.

Resultados. Se realizaron 168 procedimientos endoscópicos con esta indicación y 69 casos dieron positivo para Hp a nivel histológico y/o microbiológico. La indicación en estos casos positivos fue: 68% epigastralgia, 4% sangrado digestivo, 4% disfagia, 5,5% reflujo, 10% estaban afectados de esofagitis eosinofílica y 8,5% de inmunodeficiencia primaria. Se consiguió el antibiograma en el 92,8% de los casos cultivados (64/69); solo 5 casos tuvieron una cepa no viable. En cuanto a las resistencias antibióticas: amoxicilina 10,9% (7/64), claritromicina 32,8% (21/64), metronidazol 32,8% (21/64), rifampicina 15,6% (10/64), linezolid 7,8% (5/64), levofloxacino 4,6% (3/64) y doxiciclina 3,1% (2/64). 19 casos presentaron resistencia a 1 antibiótico, 9 casos a 2 antibióticos, 3 casos a 3 antibióticos y 5 casos a 4 antibióticos. Se trataron solo 47 pacientes. El 89,3% (42/47) guiados bajo antibiograma: B-OMA con altas dosis de amoxicilina 4, B-OMA 2, OMA 16, EMA 4, B-OCA 1, OCA 3, B-ECA 1, ECA 1, B-OLA 4, B-ELA 1, B-OLR 1, B-ECD 1, OCM 2 y OCL 1. Los 5 casos de cepa no viable fueron tratados con: B-EMA (1), OMA (2), ECA (1) y OCA (1). Los tratados tuvieron una mejoría clínica en el 79% de los casos. Se realizó control posterradicador en el 91,5% de los casos (43/47): Ag heces (27), 13C-urea (13) y endoscopia (3). La tasa de erradicación (bajo antibiograma) fue del 87,8% (36/41).

Conclusiones. Dada la actual tasa de resistencia antibiótica, en aquellos centros donde sea posible asegurar un razonable porcentaje de positividad en el cultivo del Hp y su consiguiente estudio de sensibilidad antibiótica, podría ser un abordaje prometedor el tratamiento del Hp basado en su antibiograma.

UTILIDAD DE LA PH-IMPEDANCIOMETRÍA EN SÍNTOMAS EXTRADIGESTIVOS DE REFLUJO GASTROESOFÁGICO. Martín Latorre MM¹, Hidalgo Hidalgo V², Moriczi M¹, López Ruzafa E¹, Galera Martínez R¹, Martín González M¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia.

Introducción y objetivos. El reflujo gastroesofágico es un proceso fisiológico que ocurre fisiológicamente en niños y adultos sanos. Es el trastorno funcional digestivo funcional más común del primer año de vida. Cuando este fenómeno se produce con una frecuencia e intensidad suficientes como para superar la capacidad defensiva de la mucosa esofágica y provocar un cuadro con sintomatología variable, típica o atípica, con repercusiones clínicas, se identifica como reflujo gastroesofágico (RGE). Dentro de las pruebas complementarias, uno de los más importantes en general en el diagnóstico de RGE es la pH-impedanciometría (pH-MII) esofágica. Es la prueba de elección en el diagnóstico de RGE en edad pediátrica y más en los síntomas extradigestivos o atípicos como digestivos. En este estudio recogemos los datos de los pacientes de un centro de tercer nivel de pacientes remitidos por síntomas extradigestivos que fueron remitidos para realización de pH-MII por síntomas extradigestivos.

Material y métodos. Análisis descriptivo retrospectivo de pacientes afectados de patología extradigestiva a los que se les realizó una pH-impedanciometría en un hospital de tercer nivel (centro de referencia provincial) entre enero de 2017 y diciembre de 2023. Se incluyeron los sujetos menores de 14 años diagnosticados de alguna de estas entidades: tos crónica, laringitis de repetición, asma mal controlada, dolor torácico, estenosis traqueal, sospecha de microaspiraciones y BRUE (*brief resolved unexplained events*). Se analizaron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Resultados. Se incluyeron 50 pacientes, 52% hombres, edad media: 4,48 años (DE 4,99). La mayoría de pruebas se realizó en 2019 (24%), seguido de 2023 (20%). El 42% de pacientes fue derivado desde Consultas Externas de Neumología pediátrica para la realización de la prueba, mientras que un 36% se encontraba hospitalizado. El 44% de pacientes estaba diagnosticado de BRUE, seguido del 20% de tos crónica y el 16% de asma mal controlado. El 70% de pacientes se diagnosticó de reflujo gastroesofágico (RGE) tras la pH-impedanciometría. El 54% de RGE fueron de contenido mixto y moderadamente ácido. El 28% de casos presentó afectación proximal y el 38% presentó índice sintomático positivo. En el 54% de pacientes se inició tratamiento para el RGE, siendo en el 66% de casos con inhibidor de bombas de protones. El 96% de pacientes presentó evolución favorable del RGE en diciembre de 2023, manteniendo tratamiento únicamente el 12% del total de casos.

Conclusiones. La relación entre RGE y síntomas extradigestivos sigue siendo controvertido, sin consenso en los datos publicados. Hay consenso en recomendar no usar prueba terapéutica con tratamiento médico sin signos/síntomas o datos de RGE en pruebas complementarias. El uso de pH-impedanciometría esofágica en el diagnóstico está recomendada en las guías clínicas y en nuestra serie se demuestra su utilidad en el manejo de dichas patologías extradigestivas.

NUEVO MÉTODO DIRECTO, NO INVASIVO PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOLACTASIA EN NIÑOS DE ENTRE 5 Y 11 AÑOS DE EDAD. Ferreras C¹, Stewart S², Delmiro A³, Gómez A², Diago E², López A³, Borobia A², Hermida C¹. ¹Venter Pharma S.L. ²Unidad de Ensayos Clínicos. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario La Paz. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. IdiPAZ. ³Servicio de Análisis Clínicos-Bioquímica. Hospital Universitario 12 de Octubre. I+12. Madrid.

Introducción. Las opciones diagnósticas actuales para la hipolactasia en pacientes menores de 12 años se basan en la medición de los niveles de hidrógeno y/o metano en el aliento tras una provocación con lactosa. Esta prueba requiere equipamiento específico y supone una incomodidad significativa para el paciente debido a la sobrecarga de lactosa. Además, conlleva gran cantidad de falsos positivos y negativos ya que un porcentaje alto de la población tiene una microbiota no productora de hidrógeno. La prueba considerada como el patrón de oro es la biopsia intestinal, prueba directa e invasiva no exenta de riesgos y que no se indica en población pediátrica para este diagnóstico. La prueba de gaxilosa (0,45 g) es una prueba no invasiva, altamente específica y sensible que puede realizarse sin los riesgos añadidos del actual patrón de oro o de las molestias causadas por las pruebas de sobrecarga de lactosa. La gaxilosa es un disacárido que es hidrolizado en sus monosacáridos, galactosa y xilosa, por la enzima lactasa presente en la mucosa del intestino delgado; correlacionándose los niveles de xilosa en orina con la actividad lactasa intestinal. La prueba de gaxilosa está autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) como prueba diagnóstica para la hipolactasia en pacientes de 12 años de edad o mayores. Sin embargo, no se dispone de información en población menor de 12 años, no estando autorizado por la AEMPS en esta franja de edad.

Objetivo. Establecer un punto de corte urinario de xilosa tras una dosis única de gaxilosa en sujetos sanos de entre 5 y 11 años para el diagnóstico de la hipolactasia y evaluar su seguridad y tolerabilidad mediante un ensayo clínico de fase I, unicéntrico, doble ciego y aleatorizado.

Metodología. Se reclutaron un total de 18 niños sanos sin síntomas asociados a deficiencia en lactasa intestinal. De ellos, un 61,1% fueron niños y 38,9% niñas, con una media de edad de 8,73 años. Tras ayunar durante la noche se les proporcionó una dieta controlada libre de xilosa, arabinosa, lactosa y baja en carbohidratos. Tres horas después los sujetos fueron aleatorizados a recibir una dosis única de gaxilosa (12 sujetos) o placebo en forma de 100 ml de agua (6 sujetos). La orina fue recolectada a tiempos 0, y en los intervalos 0-3, 3-4 y 4-5 horas para su posterior análisis.

Resultados. No se detectaron efectos adversos relacionados con la intervención. La excreción urinaria de xilosa fue significativamente diferente de la de aquellos que recibieron placebo siendo el punto de corte 21,1 mg a las 4 horas tras su administración.

Conclusiones. La prueba de gaxilosa 0,45g es segura y eficaz para la detección de la hipolactasia en la población entre 5-11 años.

MANEJO NUTRICIONAL Y DIGESTIVO EN CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES NEUROLÓGICOS CRÓNICOS COMPLEJOS: EVALUACIÓN TRAS UN AÑO DE IMPLANTACIÓN. Carrión Medina A, De la Cruz Hidalgo MD, Romero Rondán P, Martínez Martos Z, Castillo Reguera Y, Balboa Vega MJ, Rivero de la Rosa MC. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivo. Debido al mayor manejo de patología crónica compleja en la edad pediátrica, resulta imperativo la instauración de unidades multidisciplinares especializadas para un abordaje integral y disminuir el número de visitas hospitalarias. El objetivo principal del estudio es definir la población que acude a nuestra consulta, centrándonos en los problemas a nivel nutricional y digestivo, y valorar el impacto de la misma en la calidad de vida del paciente y su entorno.

Material y métodos. Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de 42 pacientes con patología neurológica compleja, entre 2 y 18 años atendidos en la Consulta de Neurológicos Crónicos Complejos constituida en nuestro hospital en 2023. Recogimos datos de filiación, patologías concomitantes, situación nutricional, presencia de clínica digestiva y tipo de dieta. Posteriormente, se realizó a cada familia una encuesta de satisfacción donde se pregunta acerca de la confianza en los profesionales, la coordinación de los mismos, el impacto en calidad de vida del paciente y su familia y reducción de visitas hospitalarias.

Resultados. Muestra de 42 pacientes valorados en 2023 en consulta multidisciplinar de nuestro hospital. Todos los pacientes fueron vistos en el mismo acto por un neurólogo, neumólogo, gastroenterólogo, rehabilitador y pediatra de hospitalización. Presentaban una media de edad de 9,60 (2-18) años. La patología neurológica crónica más frecuente fue la parálisis cerebral infantil (42,8%), seguida de encefalopatías epilépticas (23,8%). Tras la clínica neurológica, la más prevalente fue la digestiva o nutricional (85,7%) seguida de respiratoria (57,1%). En cuanto a los problemas digestivos, un 69% presentaban alteración deglutoria, seguido de alteraciones del ritmo intestinal (45,2%) y reflujo gastroesofágico (21,4%). Un 45,2% presentaban desnutrición (Z-score de índice de masa corporal <2DE), precisando suplementación 69,2%. EL 50% de la muestra eran portadores de sonda de gastrostomía y tras la consulta, 3 familias aceptaron la colocación de la misma que previamente habían rechazado. Seis pacientes recibían dieta cetogénica. Realizamos encuesta de satisfacción dirigida a familiares acompañantes, revelando que un 83% de ellos expresaron sentirse más respaldados por los profesionales tras la consulta multidisciplinar en comparación con la de digestivo única; el 90% aumentó la confianza en los mismos. Un 59,5% percibe una reducción en la frecuencia de visitas hospitalarias y realización de pruebas complementarias, indicando en un 54,7% un impacto positivo en la calidad de vida de estos pacientes.

Conclusiones. Tras consulta multidisciplinar, hemos realizado un abordaje digestivo y nutricional más completo y eficiente, reduciendo visitas al hospital, duplicación de pruebas y favoreciendo una toma de decisiones consensuada entre especialidades, abordando no solo aspectos médicos, sino también psicológicos y sociales. Esto ha contribuido a mejorar la atención del paciente, siendo percibido como una mejora de la calidad de vida por sus familias.

CONCEPTO DE DIETA SALUDABLE SEGÚN LOS PADRES Y HÁBITOS ALIMENTARIOS DE SUS HIJOS. Amar Devico YS, López Matiacci M, García Barba S, Olalla M, Martínez Escribano B, Pérez Fernández C, Raphael I, Barrio Torres J. *Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.*

Objetivos. Describir y comparar el concepto que tienen los padres de una dieta saludable (ingestas recomendadas para diferentes grupos de alimentos) con los patrones dietéticos que siguen sus hijos, y con las pautas de referencia (OMS/ Nutriplato) para cada grupo.

Material y métodos. Estudio transversal analítico en el que se invitó a los padres de niños de 4-16 años que acudieron a su primera visita a nuestra consulta de Gastroenterología Pediátrica entre marzo y octubre de 2023 a cumplimentar un cuestionario online de frecuencia alimentaria. También se les preguntó cuál consideraban que era la frecuencia adecuada de consumo de estos alimentos. Se utilizó la prueba t de muestras pareadas para comparar las respuestas de los padres sobre cuál creían que debía ser la frecuencia de consumo de cada grupo de alimentos, con las respuestas de sus hijos. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y prueba t-student de muestras pareadas con el programa SPSS 22.

Resultados. Nuestra muestra incluye 89 pacientes. Las diferencias entre la frecuencia ideal de consumo de cada grupo de alimentos según los padres y lo que consumían los niños fueron significativas ($p < 0,05$) para el pescado, las verduras, las frutas, las legumbres, los cereales, la carne, los frutos secos, los zumos de frutas y la bollería. Las diferencias no fueron significativas para los productos lácteos, la carne procesada y los huevos. El análisis descriptivo mostró que 39% de los padres consideran que sus hijos deben tomar 2-3 raciones de verduras al día (frecuencia ideal según directrices), pero solo 16% de los pacientes lo cumplen, y 64% de los niños consumían < 1 ración diaria. En el caso de las frutas, el 61% de los padres coincidía con las directrices (2-3 raciones diarias), 37% de los niños lo cumplían. En cambio, para los zumos de fruta, que no se recomiendan, 66% de los padres consideran que hay que tomarlos al menos 1 vez a la semana, pero un porcentaje menor (57%) de los niños los toman. En cuanto a la carne, 71% de los padres consideran que deben tomarla 2-4 veces/ semana (coincide con frecuencia ideal), 48% de los niños lo cumplían, pero la mayoría (49%) consume más raciones. Las mayores diferencias se observan en los frutos secos, las directrices recomiendan 1 vez al día, 24% de los padres lo consideran la respuesta correcta, mientras que solo 3% de los niños lo cumplen y 47% no los toman nunca. En el resto de los grupos las diferencias no fueron tan marcadas en el estudio descriptivo.

Conclusiones. Las diferencias entre lo que los padres consideran que deben comer sus hijos y sus pautas alimentarias son significativas para la mayoría de los grupos de alimentos que hemos estudiado.

PROSEGUIMIENTO DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA SOBRE EL SOBREPESO-OBESIDAD Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LA CONDICIÓN FÍSICA. Rodríguez Ramos A¹, Castaño Omañas J², Fernández Pastor FJ³, Del Rey Tomás-Biosca MM¹, Ochoa Sangrador C⁴. ¹Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora. ²Ayuntamiento de Zamora. ³Centro de Salud Santa Elena. Zamora. ⁴Complejo Asistencial de Zamora. Zamora.

Objetivos. Evaluar la efectividad de una intervención de actividad física extracurricular en escolares para reducir el sobrepeso/obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular y mejorar la condición física relacionada con la salud.

Material y métodos. Ensayo prospectivo sobre 70 niños, con edades entre los 6 y 14 años, de las Consultas Externas de Pediatría de un hospital de segundo nivel y de los respectivos Centros de Atención Primaria dependientes del mismo. La intervención ha consistido en un programa de 8 meses de duración mediante entrenamiento-juego distribuido en 2 sesiones de una hora por semana, combinando entrenamiento de fuerza y resistencia aeróbica. Esta intervención se ha completado con 2 visitas médicas presenciales en las que se han dado recomendaciones de dieta y ejercicio estándar; así como se ha procedido a la valoración de la medición somatométrica (peso, talla, índice de masa corporal [IMC], perímetro de cintura, índice de cintura/talla [ICT] y pliegues cutáneos), bioimpedanciometría (BIA), dinamometría, presión arterial (PA), y estadio de Tanner. Estas visitas han tenido lugar al inicio y final del programa. También se ha valorado antes/después del mismo la condición física relacionada con la salud mediante la Batería ALPHA-Fitness extendida. Se realizaron pruebas de ANOVA de medidas repetidas para valorar los cambios en el tiempo, globalmente y por sexos.

Resultados. Tras finalizar el programa se produjo una mejora en las medidas de condición física en ambos sexos. Se observó una mejoría estadísticamente significativa en la capacidad músculo-esquelética: fuerza de prensión manual (+0,439 desviaciones estándar [DE]; $p < 0,001$); así como en la capacidad motora (velocidad agilidad 4x10 metros: +0,751 DE; $p < 0,001$). Respecto a las medidas antropométricas, se observa una disminución significativa en el perímetro de cintura (-0,217 DE; $p < 0,003$) en ambos sexos, y de la masa grasa en el grupo de los varones (-0,581 DE; $p < 0,003$). También se contempla una disminución del IMC, sin embargo, no alcanza significación estadística.

Conclusiones:

- El ejercicio combinado aeróbico y de fuerza se asocia con mejora significativa de la condición física, tanto para la capacidad músculo-esquelética como para la capacidad motora.
- También existe una mejora de los parámetros antropométricos, que solo resulta significativa para el perímetro de cintura en ambos sexos y para la masa grasa en los varones.
- Probablemente la adición de alguna cointervención o la prolongación de la intervención física permitiría encontrar cambios significativos en el resto de parámetros.

EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN DE 8 SEMANAS DE RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA INGESTA DE ALIMENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO METABÓLICO EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD. Herrador López M¹, Merchán Ramírez E², Rivera Cuello M³, Navas López VM¹, Sánchez Delgado G⁴, Martín Masot R¹. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Grupo de Investigación PROFITH Promoting FITness and Health through Physical Activity. Instituto Universitario de Investigación en Deporte y Salud (iMUDS). Facultad de Ciencias del Deporte. Universidad de Granada. Granada. ³Sección de Endocrinología Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁴Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix, Universidad de Granada. Granada. Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERobn). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivos. La restricción temporal de la ingesta de alimentos (TRE) es actualmente objeto de estudio como una estrategia nutricional prometedoras para combatir la obesidad y prevenir el riesgo cardio-metabólico en adultos. Sin embargo, su eficacia en población pediátrica aún es desconocida. El objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de una intervención de TRE con una duración de 8 semanas sobre los indicadores de riesgo metabólico utilizados para el diagnóstico del síndrome metabólico (glucemia, colesterol HDL, triglicéridos, presión arterial y perímetro de cintura) en pacientes de 10 a 16 años con obesidad y comorbilidades metabólicas asociadas.

Materiales y métodos. Un total de 24 participantes completaron este estudio cruzado contrabalanceado (19 chicos, 5 chicas; 13,3 ± 1,2 años; IMC Z-Score = 3,0 ± 0,5 kg/m²). Durante el estudio se llevaron a cabo dos intervenciones de 8 semanas de duración: la intervención TRE, en la que se solicitó a los participantes que concentraran la ingesta de alimentos a un período máximo de 10 horas al día, y la control, en la que se les pidió que mantuvieran su ventana de ingesta habitual (> 12,5 horas). Se realizó una analítica sanguínea al final de cada una de las intervenciones y las mediciones antropométricas al principio y final de cada una de ellas.

Resultados. A pesar de que la intervención TRE redujo la ventana de ingesta (9,1 ± 0,8 vs 13,6 ± 0,8 horas; P < 0,001), no se observaron diferencias entre grupos al comparar los cambios producidos entre el grupo TRE vs Control en la presión arterial sistólica (TRE: 3,4 ± 13,96 mmHg vs Control: -3,54 ± 12,56 mmHg, P = 0,355), presión arterial diastólica (TRE: 4,27 ± 10,69 mmHg vs Control: 0,68 ± 8,17 mmHg, P = 0,180), ni en el perímetro de cintura (TRE: -2,42 ± 5,83 cm vs Control: -0,03 ± 5,67 cm, P = 0,287). Sí se observaron diferencias significativas al comparar la glucemia (TRE: 82,37 ± 6,11 mg/dl vs Control: 84,79 ± 1,41 mg/dl, P = 0,005) triglicéridos (TRE: 108,37 ± 39,52 mg/dl vs Control: 105,91 ± 56,06 mg/dl, P = 0,001) y el colesterol HDL (TRE: 39,58 ± 7,48 mg/dl vs Control: 42,79 ± 9,78 mg/dl, P = 0,0001).

Conclusión. Los resultados de este estudio sugieren que una intervención de TRE con una ingesta limitada a un período de 10 horas al día no logra mejorar en su conjunto los parámetros sanguíneos y antropométricos relacionados con el síndrome metabólico. Serán necesarios estudios posteriores para determinar si estos resultados se aplican a intervenciones con ventanas de ingesta más reducidas ya que presumiblemente el efecto producido por la intervención podría estar influenciado directamente por el tiempo de la ventana de ingesta.

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN DE RESTRICCIÓN TEMPORAL DE LA INGESTA DE ALIMENTOS SOBRE EL GROSOR DE LA ÍNTIMA MEDIA DE LA CARÓTIDA, EL CONTENIDO GRASO Y GRADO DE FIBROSIS HEPÁTICA DE ADOLESCENTES CON OBESIDAD. Herrador López M¹, Rosa López AJ², Merchán Ramírez E³, Rodríguez Ortega R², Rivera Cuello M⁴, Navas López VM¹, Sánchez Delgado G⁵, Martín Masot R¹. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil; ²Sección de Radiología Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. ³Grupo de Investigación PROFITH Promoting FITness and Health through Physical Activity, Instituto Universitario de Investigación en Deporte y Salud (iMUDS), Facultad de Ciencias del Deporte, Universidad de Granada. Granada. ⁴Sección de Endocrinología Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁵Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos José Mataix. Universidad de Granada. Granada. Centro de Investigación Biomédica en Red Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBERObn). Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

Objetivos. La restricción horaria de la ingesta de alimentos (TRE por sus siglas en inglés) se está estudiando como una prometedora estrategia nutricional para el tratamiento de la obesidad en población adulta. A pesar de su potencial en la disminución del riesgo cardio-metabólico, resulta necesario explorar sus beneficios y riesgos antes de considerar su aplicación clínica en niños y niñas o adolescentes con obesidad. El objetivo de este estudio fue analizar el efecto de una intervención de TRE de 8 semanas de duración sobre el grosor de la íntima media de la carótida, el contenido graso y el grado de fibrosis hepática de pacientes de entre 10 y 16 años con obesidad y comorbilidades metabólicas asociadas.

Materiales y métodos. Se obtuvieron datos ecográficos de 23 participantes (19 chicos y 4 chicas). El diseño del estudio fue aleatorizado contrabalanceado, incluyendo dos intervenciones de 8 semanas de duración. El grosor de la íntima media de la carótida y el contenido graso hepático se determinaron mediante valoración ecográfica (General electric Logic E9) siendo el score de este último estimado según una puntuación de 0-3 (ultrasonic steatosis score). El grado de fibrosis hepática se determinó mediante elastografía ecográfica (elastografía SWE 2D con equipo GE logik 9 usando sonda c1/6). Las medidas fueron realizadas por dos radiólogos independientes antes y después de cada una de las intervenciones: la intervención TRE, en la que se les restringió la ingesta de alimentos a 10 horas al día como máximo, y la control, en la que mantuvieron su ventana de ingesta habitual (mínimo 13 horas).

Resultados. No se observaron diferencias significativas al comparar los cambios producidos entre el grupo TRE vs Control en el grosor de la íntima media carótida derecha ($0,036 \pm 0,0311$ mm, $P=0,756$) e izquierda ($0,017 \pm 0,05$ mm, $P=0,776$). Tampoco se obtuvieron diferencias significativas en los cambios producidos en el grado de esteatosis ($-0,087 \pm 0,443$ vs $-0,130 \pm 0,526$, $P=0,666$) ni fibrosis hepática entre ambos grupos ($N=21$) ($-1,014 \pm 6,652$ vs $-0,042 \pm 7,609$, $P=0,247$)

Conclusión. Estos resultados preliminares sugieren que una intervención de TRE con una ventana de ingesta de alimentos de 10 horas no influye en el grosor de la íntima media de la carótida ni en el contenido graso hepático o el grado de fibrosis hepática en adolescentes con obesidad. Se requieren futuras investigaciones con tamaños de muestra más grandes e intervenciones de TRE con ventanas de ingesta más reducidas para determinar el efecto de dicha estrategia nutricional en población pediátrica.

FALLO DE MEDRO ORGÁNICO Y NO ORGÁNICO. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A MALA EVOLUCIÓN. Recio Linares A¹, Bezanilla López C¹, Moreno Montero P², Botija Arcos G¹, Del Olmo Segura P¹. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.

Objetivos. Los objetivos de nuestro estudio fueron evaluar las diferencias entre el fallo de medro (FM) orgánico y no orgánico e identificar factores de riesgo asociados a mala evolución.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, transversal, de los menores de 3 años diagnosticados de FM en un hospital secundario entre el 01-01-2021 y el 31-12-2023. Se consideró FM al peso $\leq -2SD$ para edad y sexo según referencias OMS 2006/07 y buena evolución a los 12 meses al peso $> -2SD$. Se excluyeron aquellos con seguimiento inferior a 12 meses.

Resultados. Se obtuvieron 43 pacientes con peso $\leq -2SD$, 19 de ellos con Índice de Shukla $< 80\%$. 20 fueron varones, y 23 mujeres, con edad media al diagnóstico de 12,29 meses. Se consideraron de causa orgánica los FM por PEG/RCIU (pequeño para la edad gestacional/restricción de crecimiento intrauterino) (n=8), los FM por prematuridad (n=3) y los FM por enfermedad (n=2, Síndrome de Bartter y CIV con repercusión). Se consideraron de causa no orgánica los FM por trastorno de conducta alimentaria (TCA) (n=7), los FM idiopáticos asociados a talla baja (n=18), y los FM idiopáticos asociados a talla normal (n=5). Presentaron buena evolución del FM a los 12 meses el 58,1% y mala evolución el 41,9%. A fin de seguimiento (n=22, seguimiento medio de 17,67 meses) solo 3 pacientes mantuvieron criterio de mala evolución. Comparando los grupos de FM orgánico vs FM no orgánico, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: A) mala evolución del FM a los 12 meses con 53,8% vs 36,7%, $p=0,294$; B) uso de micronutrientes con 38,5% vs 46,7%, $p=0,619$; C) uso de suplementos orales con 23,1% vs 26,7%, $p=1,000$ o D) empleo de nutrición enteral a través de dispositivo externo con 0% vs 10%, $p=0,542$ (el 10% correspondía a 3 casos de TCA, uno con gastrostomía y dos con sonda nasogástrica). En cuanto a los factores de riesgo de mala evolución a los 12 meses, se estudiaron factores dependientes del niño y del cuidador, siendo relevantes: "uno de los padres se crío delgado" (RR 1,27), "uno de los padres fue mal comedor" (RR 1,32), "alergia alimentaria" (RR 1,19), "ingreso hospitalario" (RR 1,42), "alimentación persecutoria" (RR 1,09), "ansiedad de los cuidadores en torno a la alimentación" (RR 1,42), aunque sin significación estadística.

Conclusiones. Según nuestro estudio, y de acuerdo a estudios similares, el pronóstico del FM no viene determinado únicamente por su origen (orgánico vs no orgánico). Aunque es multifactorial, parece importante establecer estrategias terapéuticas dirigidas, sobre todo en el FM por TCA y por enfermedad. En los FM por PEG/RCIU y prematuridad resulta adecuado comprobar la consecución del catch-up-growth, y en los FM idiopáticos, la evolución suele estar condicionada por la forma de crecer de los progenitores.

VALORACIÓN NUTRICIONAL MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON TIROSINEMIA TIPO 1.

Andrade Guerrero JD, Bergua Martínez A, Borregón Rivilla E, Merinero Ausín I, Artero López J, Lledín Barbancho MD, Andrade Guerrero F, Moráis López A. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. Valorar la aplicabilidad de las técnicas emergentes de valoración morfofuncional en una población con tirosinemia tipo 1.

Material y métodos. Se estudiaron los pacientes entre 2 y 18 años en seguimiento por tirosinemia tipo 1 en un hospital terciario. Se excluyeron los pacientes receptores de trasplante hepático. El estudio incluyó valoración nutricional por antropometría, bioimpedancia, dinamometría y ecografía muscular.

Resultados. Se estudiaron 9 pacientes (33% mujeres). Mediana de edad 15 años (rango 4,75-18). Un paciente fue diagnosticado a los 12 años. En el resto de la muestra, la mediana de edad al diagnóstico fue de 6 meses (rango 0,25-12). Comorbilidades: un paciente diabetes mellitus tipo 1, un paciente hipotiroidismo, un paciente trastorno depresivo. Antropometría (expresada en media \pm desviación estándar): z-score de peso $0,18 \pm 1,44$. Z-score de talla $-0,54 \pm 1,20$. Z-score de IMC $0,55 \pm 1,79$. Z-score de perímetro braquial $0,5 \pm 1,59$. Bioimpedancia: el 100% de los pacientes presentó valores de ángulo de fase por debajo de la media para la población sana de su grupo de edad y sexo. Con respecto a la estimación de la masa magra (porcentaje del valor ideal para la edad y talla), la media fue de $99\% \pm 17,54$. Dinamometría (kg): la media del z-score para la edad y sexo fue $-1,11 \pm 1,45$ DE. Ecografía muscular: se evaluó el recto anterior del cuádriceps (RAC) en los pacientes postpuberales (n=5). En este grupo, el área muscular del RAC se correlacionó positivamente con la masa magra (expresada como porcentaje del valor ideal) ($r=0,995$), con la masa celular (expresada como porcentaje de la masa magra) ($r=0,995$) y con el ángulo de fase ($r=0,995$). En este mismo grupo, la diferencia en el diámetro del RAC en reposo y contracción se correlacionó positivamente con la masa magra ($r=1,00$), la masa celular ($r=1,00$) y el ángulo de fase ($r=0,999$).

Conclusiones. Los valores de peso, talla e IMC fueron normales, así como la estimación de la masa magra por bioimpedancia. La dinamometría mostró valores inferiores a la media y, en los pacientes postpuberales, la ecografía muscular mostró correlación con indicadores de masa magra por bioimpedancia. En esta muestra de pacientes con tirosinemia tipo 1, la combinación de la ecografía muscular con otras técnicas de análisis de la composición corporal permitió profundizar en la estimación de su situación nutricional. Al ser una técnica económica y poco invasora, ofrece un campo de estudio prometedor que es necesario estandarizar. La dinamometría, utilizada como indicador de capacidad funcional, presentó en general valores inferiores a la población general sana.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA) HOSPITALIZADOS EN UNA PLANTA DE PEDIATRÍA ENTRE DICIEMBRE DE 2022 Y 2023. Amar Devico YS¹, Mínguez Rodríguez B², De los Santos Pelegrín M², García Volpe C², Cañas Vinader L², Serrano Troncoso E², Martínez Pereira A², Meavilla Olivas S². ¹Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ²Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.

Objetivo. Describir las características clínicas de los pacientes hospitalizados con TCA entre 12-22/12-23 en un centro de tercer nivel.

Material y método. Estudio retrospectivo transversal de pacientes hospitalizados con sus padres en una planta de Pediatría, por corta evolución de la enfermedad y para evitar cronicidad. Se incluyeron datos de valoración antropométrica (peso, talla, IMC, Waterlow (% peso/talla, porcentaje de pérdida de peso), comorbilidad psiquiátrica/somática, desencadenante, mecanismos compensatorios, amenorrea, frecuencia cardíaca, y dietas restrictivas previas.

Resultados. Se incluyeron 37 pacientes (95% niñas). Según criterios DSM-V, 84% diagnosticados de anorexia nerviosa, 3% bulimia nerviosa y 14% trastorno alimentario no especificado. La mediana de edad al diagnóstico fue 14 años. Por grupos de edad: Grupo 1 (≤ 13 años) 14 (38%), grupo 2 (14-15 años) 12 (32%), grupo 3 (≥ 16 años) 11 (30%). La DE media para el peso y la edad fue $-1,22$ grupo 1, y $-1,83$ grupos 2 y 3, la altura $-0,5$ para el grupo 1, $-0,3$ grupo 2, y $0,7$ grupo 3, el IMC fue -2 en todos los grupos. El porcentaje de pérdida de peso en el grupo 1 fue 20%, grupo 2 24%, y grupo 3 28%. La correlación entre la edad y el porcentaje de pérdida de peso fue estadísticamente significativa ($r = 0,573$, $p < 0,01$). La desnutrición moderada y grave según Waterlow para el peso disminuyó con la edad (grupo 1: 79%, grupo 2: 67%, grupo 3: 63%). Existe correlación inversa entre el porcentaje de pérdida de peso y este índice ($r = -0,360$, $p < 0,05$). La clasificación de Waterlow para la talla mostró retraso leve del crecimiento en 29% del grupo 1, y 8% en el 2. En las niñas, 89% presentaban amenorrea (31% primaria). Por edades: 100% del grupo 1 (62% primaria), 83% en grupo 2 (30% primaria), 80% en grupo 3 (todas secundarias). La bradicardia (presente en el 70% del total) aumentó con la edad (grupo 1: 57%, grupo 2: 75%, grupo 3: 82%). En el 46% de los casos se identificó un acontecimiento desencadenante (36% grupo 1, 42% grupo 2, 64% grupo 3), con mayor frecuencia ambiental (14% escolar o externo, 11% individual, 8% acoso escolar, 5% entorno familiar). Globalmente aparecen comorbilidades psiquiátricas en el 22%, y somáticas en el 16% de los pacientes. Mecanismos compensatorios en el 86%, aumento de la actividad física en el 84% de los casos, conducta purgativa en el 14%. Se encontraron dietas restrictivas previas al diagnóstico en el 25% de los casos, incluyendo un 11% de vegetarianos.

Conclusiones. Los TCA han aumentado notablemente, en número y gravedad en los niños más pequeños, que presentan con mayor frecuencia malnutrición moderada y grave, retraso del crecimiento y amenorrea.

DESCRIPCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA PRIMERA INFANCIA DE UNA UNIDAD INTERDISCIPLINAR. Di Campli Zaghul MA, Martín Fernández C, De La Mano Hernández A, Cañedo Villarroya E, Fernández Leal A, García Hernández P, Martín Adrados A, Muñoz Codoceo RA. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la primera infancia son un motivo de consulta frecuente para cualquier pediatra. El objetivo de este estudio es describir las características de los niños que consultan por dicho motivo en una unidad especializada formada por pediatras, logopedas, psicólogos clínicos y terapeutas ocupacionales de un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio unicéntrico, descriptivo, observacional y retrospectivo de pacientes con TCA que consultan en nuestro centro entre los años 2019 y 2023 (todos incluidos). Análisis estadístico realizado con SPSS.

Resultados. Se incluyeron 601 pacientes con una edad media de $2,4 \pm 1,4$ años. El 40.8% fueron derivados desde Atención Primaria, 30.1% de otros servicios del propio hospital y 29.1% desde otros hospitales. El tiempo medio desde la solicitud de primera consulta hasta valoración fue de $1,4$ meses ± 1 mes. El 39% no presentaron patología de base frente al 61% (16,8% patología neurológica, 12,3% trastorno del espectro autista (TEA), 8% digestiva, 7,3% prematuridad, 6,2% alérgicos, 3,8% oncológicos, 2,2% otros, 1,5% cardíaca, 0,8% metabólica, 0,5% renal, 0,5% dermatológica, 0,3% reumatológica y 0,3% respiratoria). Los tipos de TCA fueron: restrictivo 41,6%, mixto anoréxico-restrictivo 25,8%, anoréxico 15,3%, fóbico-evitativo 7%, otros 6,5%, mixto anoréxico-fóbico 2,8% y mixto restrictivo-fóbico 1%. Antropométricamente, en primera consulta la media de desviación estándar (DE) de índice de masa corporal (IMC) fue de $0,49 \pm 1,24$, de peso $-0,77 \pm 1,19$ y de talla $-0,9 \pm 1,35$. Precisarons dispositivo externo de alimentación (DEA) 158 pacientes, 70 sonda nasogástrica (SNG), 45 gastrostomía (GT) y 2 sonda nasoyeyunal (SNY). De ellos, precisaron cambio de dispositivo 47 pacientes en una media de tiempo de $7,6 \pm 5,1$ meses, de los cuales 41 cambiaron a GT, 5 a SNY y 1 a SNG. No se registraron complicaciones graves con los DEA. Se utilizó ciproheptadina en 150 pacientes, presentando respuesta positiva en 76%. Presentaron alteraciones analíticas 204 pacientes, siendo las más frecuentes la ferropenia en 105, seguido de déficit de Vitamina D en 100. Se objetivó mejoría en calidad de vida en un 90% de los pacientes y sus familias tras el inicio de seguimiento en la Unidad.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes con TCA tienen alguna patología de base, siendo la más frecuente la patología neurológica. El tipo de TCA más frecuente es el restrictivo, seguido del mixto anoréxico-restrictivo. La mayoría han sido derivados desde el ámbito hospitalario. El uso de ciproheptadina fue efectivo en el 76% de los casos que se indicó. La alteración analítica más frecuente fue ferropenia, seguido de déficit de Vitamina D. La mayoría de los pacientes presentaron mejoría en calidad de vida con un manejo interdisciplinar.

PRINCIPALES ALTERACIONES ANALÍTICAS EN PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA PRIMERA INFANCIA SEGÚN SU PATOLOGÍA DE BASE. Fernández Leal A, Di Campli Zaghul MA, Martín Fernández C, Cañedo Villarroya E, De La Mano Hernández A, Martín Adrados A, García Hernández P, Muñoz Codoceo RA. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. El trastorno de la conducta alimentaria (TCA) de aparición en la primera infancia es una patología cada vez más frecuente en las consultas hospitalarias, que requieren de una atención integral mediante la creación de Unidades Especializadas. Identificar los pacientes con riesgo nutricional es importante para suplementar de manera precoz los déficits de micronutrientes. El objetivo de este estudio es describir las alteraciones analíticas objetivadas en los pacientes con TCA menores de 6 años o ARFID según la clasificación DSM V, según su patología de base.

Material y métodos. Estudio unicéntrico, observacional, descriptivo y retrospectivo de 601 pacientes atendidos en la Unidad entre los años 2019 a 2023 (ambos incluidos). El análisis estadístico se hizo mediante el programa SPSS versión 29.0.

Resultados. Del total de pacientes analizados, el 38,4% presentaron alteraciones analíticas. Los principales déficits de micronutrientes fueron déficit de vitamina D en 102 (50%) con hiperparatiroidismo asociado en 2 de ellos (1%), déficit de zinc en 20 (10%), déficit de selenio en 60 (29%), déficit de vitamina A en 13 (6%), déficit de hierro en 105 (51%), déficit de ácido fólico en 4 (2%) y déficit de vitamina B12 en 19 (9%). Aquellos pacientes sin patología de base presentan menor prevalencia de déficit de micronutrientes, objetivando déficit de vitamina D en el 13% y ferropenia en el 25%. La hipovitaminosis D es superior en pacientes cardiológicos (66%), con enfermedades dermatológicas (66%) y con fibrosis quística (66%). Destaca entre los pacientes oncológicos mayor déficit de metales como selenio (36%) y zinc (36%); y en los pacientes con patología neurológica mayor deficiencia de selenio (27%). En cuanto a la hipovitaminosis A, es superior en patología dermatológicas (66%), fibrosis quística (50%) y oncológicas (14%). Por último, en el grupo de patología oncológica y renal la prevalencia de déficit de vitamina B12 es superior (21% y 50%, respectivamente).

Conclusiones:

1. Las principales alteraciones objetivadas son la hipovitaminosis D y la ferropenia.
2. Destaca la menor frecuencia de alteraciones analíticas entre los pacientes sin patología de base.
3. Algunas patologías (oncológicas, dermatológicas, neurológicas o fibrosis quística) presentan mayor prevalencia de déficits de micronutrientes, por lo que es importante identificar aquellos pacientes con riesgo nutricional para suplementar de manera precoz los déficits y evitar secuelas derivadas de los mismos.

HIERRO CARBOXIMALTOSA INTRAVENOSO EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA. Buades Pérez E, Ros Arnal I, Galindo García AC, Salinas Uhalte A, Santos López B, Martín Costa A, García Romero R, Castejón Ponce E. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos. Clásicamente se ha utilizado el hierro sacarosa como formulación parenteral de primera elección en población pediátrica. Sin embargo, uno de sus principales inconvenientes reside en la necesidad de administración múltiples dosis en la mayoría de las ocasiones, con lo que se aumenta el riesgo de reacciones adversas, como la anafilaxia. El hierro carboximaltosa es ampliamente utilizado en población adulta, con un óptimo perfil de seguridad y tolerancia y con un número reducido de dosis. El uso de esta formulación parenteral en Pediatría se ha aprobado recientemente en ficha técnica, mientras que previamente era usado "off-label". Nuestro objetivo es determinar la respuesta clínica-analítica y los efectos secundarios derivados del tratamiento con hierro carboximaltosa.

Material y métodos. Se ha realizado un estudio descriptivo observacional retrospectivo y analítico de una cohorte de pacientes pediátricos a los que se les había administrado hierro carboximaltosa. Se incluyeron 52 administraciones correspondientes a 36 pacientes entre los años 2014 y 2022, con edades comprendidas entre los 12 meses y los 16 años, siendo la media de edad de los pacientes estudiados de 11,5 años ($\pm 4,3$ DE).

Resultados. De los 52 casos seleccionados, las principales causas de la ferropenia fueron las alteraciones digestivas (71,1%), siendo la más prevalente la enfermedad inflamatoria intestinal, con 25 casos (48% del total). Del 28,9% de causas no digestivas, se incluían principalmente enfermedades neurológicas, dermatológicas, nefrológicas o quirúrgicas. Las principales manifestaciones clínicas de la ferropenia fueron la astenia (21%), seguida de la cefalea (7,7%) y, en un caso, la alopecia. La mejoría clínica tras el tratamiento fue clara en la mayoría de los pacientes. Los niveles medios de hemoglobina previos a la infusión fueron de 10,08 g/dl ($\pm 1,93$ g/dl), de ferritina de 55,86 μ g/L ($\pm 89,12$ μ g/L) y de VCM de 74,14 fl ($\pm 8,87$ fl). Las dosis medias totales administradas de hierro carboximaltosa fueron de 470,19 mg ($\pm 227,18$ mg), correspondientes a 14,02 mg/kg de peso ($\pm 5,9$ mg/kg). Tras la infusión se objetivó un aumento estadístico en las medias de todos los parámetros analizados, siendo el incremento de la hemoglobina de 1,2 g/dl, del hematocrito del 3,54%, del VCM de 3,03 fL y de la ferritina de 176,56 μ g/L. Todos estos incrementos fueron estadísticamente significativos, con un p-valor < 0,001.

Además, no se constataron reacciones adversas graves en ningún caso, siendo el único efecto adverso descrito una reacción urticarial.

Conclusiones. Mediante el tratamiento con hierro carboximaltosa se consiguió la administración de dosis elevadas de hierro en un corto periodo de tiempo con un óptimo perfil de seguridad, si bien no se evaluó la hipofosforemia, recientemente descrita como efectos secundario. El tratamiento fue efectivo en mejorar la ferropenia y anemia en la población pediátrica. Por todo ello, debe considerarse como la mejor opción de tratamiento para hierro intravenoso en pediatría.

SEGUIMIENTO Y MANEJO DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO CON NECESIDADES DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA. Ponce Corredor L, De Los Santos Mercedes MM, Mínguez Rodríguez B, Meavilla Olivas S, García Volpe C, Monfort Carretero L, Peñarubia Sanflorencio L, Martín de Carpi FJ. *Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.*

Introducción y objetivos. Los pacientes crónicos complejos tienen necesidades de atención especializada, con soportes tecnificados y pautas de medicaciones complejas incluida la Nutrición Parenteral Domiciliaria (NPD) en el caso de fracaso intestinal. La NPD es un soporte de nutrición artificial que demanda capacitación y procedimientos adecuados para mantener la seguridad del paciente. Esto conlleva un gran volumen de intervenciones por parte de enfermería. Se ha observado una relación entre garantía de éxito de la NPD y factores como: estabilidad clínica, duración adecuada y condiciones sociales familiares favorables. El objetivo es describir las características de los pacientes con NPD atendidos en nuestro hospital y el seguimiento multidisciplinar que requiere.

Metodología. Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional donde se describen las características epidemiológicas, edad, sexo, diagnóstico, dispositivos utilizados, días y duración de NPT, proceso de capacitación a familiares, estado nutricional, infecciones del dispositivo y seguimiento domiciliario post-alta.

Resultados. Actualmente realizamos seguimiento a un total de 6 pacientes con NPD, (66,6% (4 varones). Las patologías son: intestino corto secundarios a gastrosquisis (2), inmunodeficiencia (2), síndrome de tufting (1) y síndrome tricohepatoentérico (1). La mediana de edad al inicio de la nutrición parenteral fue de 3,5 meses (0-109 meses) y la duración media hasta el momento actual es de 42,5 meses, media de ciclado de 12 horas diarias, 5 pacientes la utilizan diariamente. La media de proceso de capacitación es de 4 semanas previas al alta domiciliaria. Todos los pacientes utilizan un dispositivo tunelizado (50% port-a-cath, 50% Broviac) con sellado de TauroLock™. Desde el alta al domicilio solo un paciente ha precisado cambio de dispositivo por infección local en la piel, no sistémica. Previo al alta definitiva a domicilio 4 pacientes requirieron recambio de catéter por infección sistémica. A nivel de cuidados de enfermería, los 2 primeros meses precisaron visitas semanales para control del manejo, así como cambio de apósito del Broviac/aguja del PAC, posteriormente quincenales. Controles ambulatorios conjuntos con nutrición mensuales y trimestral con el pediatra de enfermedades crónicas. Todos reciben soporte psicológico y social para vinculación inicial y luego según demanda familiar.

Conclusiones. En el abordaje de un niño con NPD es fundamental el enfoque multidisciplinar con la implementación de un circuito específico. Todo ello contribuye al éxito del programa, demostrando que es segura la permanencia de estos niños en su domicilio pudiendo desarrollar una vida familiar, social y escolar adecuada. En este sentido, es necesario realizar un programa formativo para pacientes y familias, estructurado, multidimensional, integral e integrado. Es importante generar conocimientos en salud, liderado por enfermería, pero teniendo en cuenta el abordaje multidisciplinar.

ANÁLISIS NUTRICIONAL DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON AME TIPO I CON Y SIN GASTROSTOMÍA. García Jiménez A, Andrade Guerrero JD, Bergua Martínez A, Merinero Ausín I, Borregón Rivilla E, García Romero M, Andrade Guerrero F, Moráis López A. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. La atrofia muscular espinal (AME) tipo I condiciona un desgaste muscular progresivo y deterioro de la capacidad funcional y el estado nutricional. El objetivo fue describir las características nutricionales de una población con AME tipo I, su tratamiento y la terapia nutricional realizada, y comprobar si la instauración de gastrostomía repercute favorablemente en el estado nutricional.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de una cohorte de 21 pacientes con AME tipo I en seguimiento en un hospital terciario. Se recogieron datos demográficos, edad, sexo, características clínicas, presencia de gastrostomía, traqueostomía, parámetros antropométricos y composición corporal mediante bioimpedancia. El cálculo de parámetros antropométricos se realizó mediante la aplicación nutricional de SEGHNH utilizando valores de referencia OMS 2006 para menores de 10 años y Carrascosa 2010 para mayores de 10 años. Parámetros bioeléctricos con ángulo de fase, masa grasa, masa libre de grasa y masa celular mediante bioimpedanciometro Akern. Análisis de datos mediante paquete estadístico SPSS v 29.0.

Resultados. El rango de edad de los pacientes se encuentra entre 1 y 16 años, siendo la mediana de edad 6 años. Todos se encuentran en tratamiento con nusinersen y 6 de ellos habían recibido terapia génica. Todos los pacientes han requerido ingreso hospitalario en algún momento de su evolución, precisando ingreso en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) 10 de ellos. De estos 10 pacientes que precisaron CIP, todos precisaron realización de gastrostomía para su manejo nutricional y 5 pacientes precisaron realización de traqueostomía para su manejo respiratorio. En total, de los 21 pacientes de la muestra, 13 portaban gastrostomía y 8 pacientes se alimentaban por vía exclusivamente oral. De los 13 pacientes con gastrostomía, el 61% (8 pacientes) se alimentaba exclusivamente o casi exclusivamente por esta vía, mientras que el 39% (5 pacientes) recibía alimentación mixta (oral y gastrostomía). Antropometría: la población con gastrostomía mostró mejores valores de perímetro braquial (PB) e índice de masa corporal (IMC) que los pacientes sin gastrostomía (media de z-score de PB $-1,42$ vs $-2,1$ y media de z-score de IMC $-0,91$ vs $-1,56$). Dentro del grupo de los pacientes con gastrostomía, el subgrupo de los alimentados exclusivamente por esta vía tenían mejores índices nutricionales y mejor composición corporal que los otros 2 subgrupos (pacientes sin gastrostomía y pacientes con gastrostomía con alimentación mixta). Bioimpedancia: La media de ángulo de fase en los pacientes alimentados por boca vs solo gastrostomía vs mixta fue $2,41^\circ$ vs $2,52^\circ$ vs $2,14^\circ$. La media de masa celular (como porcentaje de masa magra) fue de $25,56\%$ vs $26,71\%$ vs $22,88\%$.

Conclusiones. Los pacientes con gastrostomía y alimentación exclusiva (o muy mayoritaria) por la misma presentaron mejor composición corporal y mejores índices nutricionales, a pesar de que este grupo tuvo mayor morbilidad (necesidad de CIP, traqueostomía).

SOBREPESO Y OBESIDAD; LA CARA ACTUAL DE LA MALNUTRICIÓN EN LATINOAMÉRICA.

Jijón Andrade MC¹, Cando Ruiz AP², Almeida MS², Reed Coloma C². ¹Hospital Metropolitano de Quito. Quito, Ecuador. ²Fundación Alfredo Jijón, Programa La Ribera. Quito, Ecuador.

Introducción. La malnutrición es un problema latente en América Latina, especialmente en estratos socioeconómicos bajos donde los conocimientos de nutrición y la cultura de alimentación saludable son limitados. Uno de los grupos más vulnerables es el de madres adolescentes de bajos recursos. Nuestro objetivo es evaluar la situación nutricional actual de un grupo de madres adolescente de bajos recursos y de sus hijos en Ecuador.

Materiales y métodos. Estudio observacional, prospectivo del estado nutricional de madres adolescente y de sus hijos. Se analizaron variables demográficas (sexo, edad actual, edad gestacional al nacimiento), clínicas (antecedentes personales) y nutricionales (peso, talla, perímetro cefálico, índice de masa corporal (IMC), peso/longitud (P/L), sus percentiles y Z-scores, índices de Waterlow, e índice de Shukla en < 2 años). En < 7 años se utilizaron parámetros de OMS-2007 y en > 7 años parámetros de Carrascosa-2017. Se consideró: bajo peso un Z-score < -2 desviaciones estándar (DE); baja talla un Z-score < -2 DE. En niños se utilizó Z-score de P/L, considerado un Z-score < 3 DE bajo, 2-3 DE sobrepeso y > 3 DE obesidad. El perímetro craneal se consideró bajo con Z-score < -2 DE y elevado con Z-score > 2 DE. En las madres se utilizó el IMC, considerando Z-score < -1 DE bajo, Z-score 1-2 DE sobrepeso y Z-score > 2 DE obesidad en < 18 años. En > 18 años se consideró un IMC < 18.5 kg/m² bajo; IMC 25-30 kg/m² sobrepeso y IMC > 30 kg/m² obesidad.

Resultados. Se incluyeron 17 madres adolescentes y 16 hijos (7 niñas y 9 niños). La mediana de edad de las madres fue de 19,6 años (RIQ: 15,3-22,9) y de 1,8 años (RIQ: 0,16-5,1) en los niños. Se encontró talla baja en 9/17 (52%) madres y en 3/16 (18,8%) niños. En las madres se encontró sobrepeso en 29,4% (5/17) y obesidad en 11,7% (2/17). Un niño con parálisis cerebral (PCI) presentó microcefalia y bajo peso en el análisis inicial, pero al utilizar tablas específicas para PCI el peso era normal (p 46). No se encontraron otros participantes con bajo peso. Según índices de Waterlow para peso, 2/16 niños presentan malnutrición leve que no fue evidente en la relación P/L. Según el índice de Shukla, 2 lactantes presentan sobrepeso, este hallazgo no fue evidente en la relación P/L.

Conclusión. La malnutrición en este estudio se presentó en como sobrepeso, obesidad y talla baja. No se identificaron casos de bajo peso. En esta cohorte hay un componente importante de talla baja genética, especialmente en niños con el resto de parámetros normales, pero no se puede descartar un componente de malnutrición crónica en las madres con talla baja. Estos hallazgos son importantes de cara a plantear nuevas estrategias nutricionales en países como Ecuador.

ANÁLISIS DE VIDEOFLUOROSCOPIAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS DEGLUTORIOS. Valero Arredondo I, Ortiz Pérez P, García Ramírez M, Rosa López A, García-Herrera Taillifer P, Navas López VM. *Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

Objetivos. La videofluoroscopia (VFS) es considerada la prueba diagnóstica *gold standard* para objetivar alteración en la seguridad durante la deglución. El objetivo fue analizar los resultados de esta prueba en niños con trastornos deglutorios, así como la posible relación entre aspiraciones a la vía aérea e infecciones respiratorias graves.

Material y método. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 14 años que presentan disfagia, en seguimiento con terapia de rehabilitación oromotora, desde julio 2020 hasta diciembre de 2023.

Resultados. Se realizaron 44 VFS para objetivar seguridad en la alimentación oral. De la muestra, 31 sujetos son varones, con una mediana de edad de 2,9 años (RIC 1,9-6,2). Respecto a la enfermedad de base, el 95,5% tenía patología neurológica (68,2% daño cerebral congénito). El resto, enfermedades neurodegenerativas, daño cerebral adquirido, anomalías craneofaciales o disfagia madurativa por prematuridad. El 52,3% presentan mayor afectación motora gruesa, según Gross Motor Function Classification System (GMFCS) con una puntuación ≥ 4 . El 31,8% llevaban dispositivo externo de alimentación (SNG o PEG) en el momento de la prueba. De las VFS realizadas, resultan patológicas el 86,4%. Atendiendo a la fase de la deglución que se encuentra alterada, 68,2% presentan alteración mixta (tanto de fase oral como faríngea), el 20,5% alteración exclusiva en fase oral y un 9,1% alteración únicamente de fase faríngea. Un 40,5% de la muestra obtiene una puntuación de 8 en la escala Penetration Aspiration Scale (PAS), lo que implica que se produce al menos una aspiración a la vía aérea con alguna de las texturas exploradas. El 65,2% de los pacientes en los que se objetiva una aspiración presenta un GMFCS ≥ 4 , con diferencia significativa ($p < 0,01$), aumentando el valor de puntuación en escala PAS en aquellos niños con mayor afectación motora gruesa ($p < 0,05$). Las aspiraciones fueron silentes en un 72,2% de los casos (siendo un 69,2% de los pacientes GMFCS ≥ 4). Hubo tendencia a la correlación estadística entre nivel PAS y escala de severidad Eating and Drinking Ability Classification System (EDACS) ($r=0,287$, $p=0,06$). Se identificó presencia de residuos en orofaringe en un 70,7% de los pacientes (de ellos, 51,7% se consideraron moderados por ocupar $> 25\%$ de recesos faríngeos). Con respecto a la clínica respiratoria, un 10,5% de los pacientes con aspiración tenían antecedentes de neumonías y 47,7%, presentaban procesos respiratorios recurrentes leves (diferencias sin significación estadística).

Conclusiones. La VFS es una prueba diagnóstica esencial para objetivar la presencia de aspiraciones silentes en pacientes con afectaciones motoras graves. La identificación temprana de alteración en la seguridad deglutoria, así como realizar una intervención efectiva, podría prevenir posibles complicaciones respiratorias. Además, la VFS proporciona información valiosa para planificar intervenciones terapéuticas específicas.

MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA ENTEROPATÍA PIERDE PROTEÍNA EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA. Cabello Ruiz V, Raya Muñoz J, Freixas Bermejo M, Cuevas Moreno A, Núñez Ramos R, Redecillas Ferreiro S, Segarra Cantón Ó. *Hospital Universitari Vall d'Hebrón. Barcelona.*

Objetivos. La enteropatía pierde proteína (EPP) es una entidad descrita en pacientes con cardiopatía congénita asociada a aumentos de presión en el sistema derecho (siendo el paradigma la cirugía Fontan). Su aparición modifica pronóstico y evolución del paciente, siendo su único tratamiento curativo descrito el trasplante cardíaco. Nuestro objetivo es revisar el manejo realizado a nuestros pacientes y su respuesta clínica.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Incluidos los casos de EPP diagnosticados entre 1997 y 2023, en menores de 18 años con cardiopatía congénita. Recogidos datos demográficos, tipo de cardiopatía e intervención quirúrgica, características clínico-analíticas al diagnóstico de la EPP, estudios diagnósticos, tratamientos médicos, manejo nutricional realizado y respuesta clínica.

Resultados. Recogidos 12 pacientes (9 varones). La cardiopatía predominante fue la hipoplasia de cavidades izquierdas (5/12). 7/12 pacientes con cirugía Fontan (3 fenestrados). Mediana de edad al diagnóstico de la EPP 8,38 años, con un tiempo entre la cirugía cardíaca y el debut de 4,25 años. La clínica predominante fue edemas (91%), acompañada en 2 pacientes de ascitis y en 1 de derrame pleural. La diarrea se presentó en el 33%. Todos se diagnosticaron por hipoalbuminemia plasmática y aumento de alfa-1-antitripsina en heces (medianas respectivamente 2,13 mg/dl y 1,41 mg/g). El estudio se completó con gammagrafía con albúmina marcada en 7/12 (normal en 1 de ellos) y endoscopia con biopsias en 8/12 (6 con linfangiectasias y 2 normal). El tratamiento inicial en todos fue la dieta hipograsa. El 75% se suplementó con aceite MCT y el 91% con módulo proteico. 7 pacientes complementaron la dieta con fórmulas semielementales con alto porcentaje de MCT. 3/12 pacientes requirieron nutrición parenteral domiciliaria, por indicación nutricional e hidroelectrolítica. Otros tratamientos médicos fueron: budesónida oral (2/12), heparina (1/12), octreotide (2/12), midodrina (2/12) y vasodilatadores sistémicos (2/12), sin presentar cambios clínicos relevantes. 11/12 pacientes recibían albúmina regularmente y 9/12 gammaglobulinas endovenosas. A nivel de micronutrientes, el 100% recibía vitamina D, 4/12 vitamina E, 7/12 vitamina B12 (2 vía intramuscular), 6/12 hierro (la mitad endovenoso) y 7/12 magnesio oral. El 50% de los pacientes entró en lista de trasplante cardíaco, por la EPP, una mediana de 2,75 años tras el debut. 4 se trasplantaron, 1 falleció antes y otro sigue en lista. De los 4 trasplantados, 3 fallecieron por complicaciones post trasplante. En 8/12 pacientes la EPP evolucionó favorablemente, 1 tras trasplante cardíaco, 3 dieta, 2 cateterismo, 1 fenestración y 1 espontáneamente. Solo 3 de ellos presentaron resolución completa con liberalización dieta.

Conclusiones. La EPP aumenta la morbimortalidad de estos pacientes, llegando a ser indicación de trasplante cardíaco. Consideramos que un manejo nutricional adecuado es imprescindible para intentar controlar la enfermedad, evitar y/o corregir los múltiples déficits nutricionales asociados e intentar que el paciente llegue en la mejor situación clínica posible al futuro trasplante.

DISMINUCIÓN DEL ÁNGULO DE FASE EN LA BIOIMPEDANCIOMETRÍA DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. Puente Ubierna N¹, Sánchez Trujillo L², Domínguez-Ortega G¹, Di Campi Zaghlu MA¹, Martín Fernández C¹, Muñoz Bravo E¹, Chapinal Andrés AR¹, Muñoz Codoceo RA¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Objetivos. El ángulo de fase (AF) medido por bioimpedanciometría es una herramienta útil en la evaluación del estado nutricional y de la salud celular de los pacientes. Los procesos inflamatorios y el estrés oxidativo pueden dañar las estructuras celulares, siendo el AF un parámetro eficaz en su identificación precoz. Valores bajos del AF están relacionados con un peor pronóstico. El objetivo de este estudio es determinar el AF en pacientes pediátricos con esofagitis eosinofílica y comparar el grupo de pacientes con un AF bajo (G1) con el grupo de pacientes con un AF normal (G2).

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional y descriptivo, en el que se evaluó el AF mediante bioimpedanciometría en pacientes menores de 18 años diagnosticados de esofagitis eosinofílica. Se comparó el AF de estos pacientes con los valores de referencia establecidos para la población general de la misma edad y sexo. Los criterios de malnutrición se basaron en las guías de práctica clínica actuales, definiendo desnutrición leve como un índice de masa corporal entre -1 y -1,9 DE (Carrasco 2010). Se recogieron datos epidemiológicos y clínicos. El estudio estadístico se realizó con SPSSv26.

Resultados. Se incluyeron 16 determinaciones del AF de 14 pacientes, 11 (78,5%) fueron varones con una mediana de edad de 14 años (RIQ 11-15). Dos (14,3%) pacientes presentaron desnutrición leve. No se encontraron otros tipos de malnutrición. Siete (50%) pacientes presentaron déficits nutricionales, siendo el déficit de vitamina B12 el más frecuente (n=4, 28,6%). Ocho (50%) bioimpedanciometrías fueron realizadas en pacientes con actividad clínica y nueve (56,3%) en pacientes con actividad histológica. La prevalencia de AF bajo fue del 75% (n= 12). No hubo diferencias significativas en la modalidad terapéutica empleada, el tipo de paciente (recién diagnóstico o en seguimiento), la presencia de actividad clínica e histológica, déficits nutricionales, desnutrición o alergias alimentarias IgE mediadas entre los 2 grupos de pacientes (p>0,05) (tabla 1).

TABLA 1. Características epidemiológicas y clínicas en G1 (n=12) y G2 (n=4).

Características epidemiológicas y clínicas		G1 n (%)	G2 n (%)	p
Modalidad terapéutica	Sin tratamiento	3 (18,8%)	0 (0%)	0,866
	Dieta empírica	3 (18,8%)	2 (12,5%)	
	Inhibidores de la bomba de protones (IBP)	2 (12,5%)	0 (0%)	
	Corticoides tópicos deglutidos (CTD)	2 (12,5%)	1 (6,3%)	
	IBP + CTD	2 (12,5%)	1 (6,3%)	
Tipo de paciente	Nuevo diagnóstico	3 (18,8%)	0 (0%)	0,267
	En seguimiento	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
Alergias IgE mediadas	No	7 (43,8%)	3 (18,8%)	0,837
	Sí	5 (31,2%)	1 (6,3%)	
Actividad clínica	No	5 (31,3%)	3 (18,8%)	0,248
	Sí	7 (43,8%)	1 (6,3%)	
Actividad histológica	No	5 (31,3%)	2 (12,5%)	0,771
	Sí	7 (43,8%)	2 (12,5%)	
Déficits nutricionales	No	7 (43,8)	2 (12,5%)	0,771
	Sí	5 (31,3%)	2 (12,5%)	
Desnutrición leve	No	10 (62,5%)	4 (25%)	0,383
	Sí	2 (12,5%)	0 (0%)	

Conclusiones. Presentamos el primer estudio de AF en esofagitis eosinofílica. La prevalencia de un AF bajo en nuestra cohorte fue del 75%. Nuestra principal limitación para alcanzar la significación en el análisis estadístico fue el pequeño tamaño muestral, aunque los resultados de los pacientes con un AF bajo tendieron a ser peores. Estudios multicéntricos longitudinales podrían confirmar la utilidad del AF en la práctica clínica como potencial marcador de inflamación.

SITUACIÓN ACTUAL EN LA TRANSICIÓN DE LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS CON SOPORTE NUTRICIONAL. Pociello Almiñana N¹, Huguet Feixa A¹, Masiques Mas I², Montraveta Querol M³, Pujol Muncunill G⁴, Saez Pérez P⁵, Castillejo de Vilasante G⁶, García Puig R⁷, Fernández Ventureira V⁸, Mesonero Cavia S⁷, Betancourt J⁹, García Tirado D¹⁰, Ruiz CJ⁴, Acuña Veyna CE¹¹, Vicente Quesada A¹², Cabello Ruiz V¹³, de los Santos Mercedes M⁴, Fernandez Antuña L¹⁴, Meavilla Olivás SM⁴, Guevara Caviedes N¹⁵, López ML¹⁶, Roca Comas A¹⁷, Genaró i Jornet P¹⁸, Martínez Osorio J⁴; Grupo de trabajo de gastroenterología, hepatología y nutrición de la Sociedad Catalana de Pediatría. ¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida. ²Hospital General de Granollers. Granollers, Barcelona. ³Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. ⁴Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ⁵Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona. ⁶Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona. ⁷Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ⁸Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ⁹Hospital de Sant Pau. Barcelona. ¹⁰Hospital Parc Taulí. Sabadell. ¹¹Hospital General Universitari de Catalunya. Barcelona. ¹²Hospital del Mar. Barcelona. ¹³Hospital Universitari de la Vall d'Hebron. Barcelona. ¹⁴Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. ¹⁵ConSORCI sanitari de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ¹⁶Hospital Universitario de Terrassa. Terrassa, Barcelona. ¹⁷Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella. Calella, Barcelona. ¹⁸Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa, Tarragona.

Introducción. La creación de unidades de paciente crónico complejo (PCC) pediátrico ha permitido un abordaje multidisciplinar y optimizar sus visitas hospitalarias. Desde las unidades de gastro-nutrición abordamos diferentes aspectos: reflujo gastroesofágico, estreñimiento, salud ósea, disfagia y valoración nutricional. A día de hoy, no existe en todos los centros unidades PCC del adulto. En algunos territorios hay unidades de PCC en atención primaria con limitaciones en la prescripción de nutrición enteral domiciliaria dificultando el alta a adultos.

Objetivos:

- Conocer el vínculo actual entre nuestras unidades y las de PCC-pediátrico de nuestra comunidad autónoma y como se realiza la transición a adultos.
- Poner en conocimiento las limitaciones actuales de esta transición para poder establecer puntos de mejora.

Material y métodos. Estudio multicéntrico descriptivo realizado a través de una encuesta a gastroenterólogos de nuestra comunidad autónoma. Se recogen datos sobre las unidades de PCC, el vínculo con estas, el abordaje de los pacientes, los programas de transición y del alta.

Resultados. Se obtuvieron 26 respuestas (18 centros) estando representadas todas las provincias. Todos los centros atienden PCC. Realizan soporte nutricional el 100%, control del reflujo 98%, estreñimiento 97%, disfagia 98%, salud ósea 47% e hipersialorrea 35%. Disponen de unidad de PCC-pediátrica el 79% de los centros y los que no disponen tienen uno de referencia. Las unidades de PCC-pediátrica disponen de Pediatra coordinador 100%, enfermera 73%, trabajo social 73%, psicología 56%, terapia ocupacional 4%, rehabilitación 30%, nutricionista 39% y logopeda 17%. En el 96% de los centros el gastroenterólogo mantiene el seguimiento nutricional y se coordina con el médico responsable de la unidad PCC-pediátrica. El soporte nutricional al alta es transferido a los servicios de endocrinología en el 53% y de digestivo en el 26%. No disponen de programa de transición 19 facultativos (73%). Al alta son remitidos a: unidades de PCC hospitalario adulto 19%, de PCC de primaria el 3% y el resto a varios especialistas (endocrinología 44%, atención primaria 18%, digestivo 18%, unidad de paliativos 7%). El 74% creen que la mejor opción sería disponer de unidades de PCC hospitalario y el 26% unidades de PPC de primaria coordinadas con el hospital.

Conclusiones. Actualmente es el digestólogo pediatra quien prescribe el soporte nutricional y controla la patología digestiva coordinado con las unidades PCC-pediátricas. No existe, en la mayoría de centros, un protocolo de transición, ni unidades de PCC-adulto de primaria ni hospitalaria que den continuidad al abordaje coordinado/multidisciplinar y son remitidos a múltiples especialistas de manera dispar. La creación de protocolos de transición y de unidades de PCC-adulto mejoraría la continuidad asistencial y la calidad de vida de nuestros pacientes y cuidadores.

TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO PARA LA OBSTRUCCIÓN EXTRAHEPÁTICA DE LA VENA PORTA EN PEDIATRÍA. Andrés Moreno AM, Serradilla Rodríguez J, Moratilla Lapeña L, Encinas Hernández JL, Fernández Tomé L, Frauca Remacha E, Hierro Llanillo L, Hernández Oliveros F. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo. Presentamos nuestra experiencia con el trasplante hepático en pacientes pediátricos (THP) con obstrucción extrahepática de la vena porta (OEHP).

Pacientes/métodos. Revisamos los THP desde 2013 trasplantados por OEHP. Excluimos aquellos con hipertensión portal secundaria a cirrosis, o pacientes retrasplantados durante el postoperatorio inmediato.

Resultados. Fueron 5 pacientes (de 267 THP, 2%) trasplantados a una edad media de 13,7 años, dos por OEHP primaria y tres secundaria tras un trasplante previo (media 12,3 años desde el previo). Entre los primeros, uno venía referido con un TIPS desde aurícula hasta la vena mesentérica, y otro presentaba antecedentes de neuroblastoma resecado incompletamente. En los tres previamente trasplantados, se habían intentado sin éxito el shunt de Rex en todos, esplenorrenal en 1, y mesocava en 1; una paciente presentaba un síndrome hepatopulmonar. Todos tenían distensión abdominal, hiperesplenismo y antecedentes de sangrado, con función conservada. Tres fueron injertos enteros, 2 reducidos. La cirugía fue compleja en todos por intensa circulación colateral y sangrado. La disección del hilio no fue posible en ninguno siendo necesario clampaje y búsqueda de la vena mesentérica superior para interposición de injerto. Se utilizó injerto arterial de iliaca desde la aorta infrarrenal también en 3. Se realizó piggyback en dos y anastomosis cava-cava en 3, por trombosis o imposibilidad de disección. Se produjeron perforaciones intestinales en 4 dejando ileostomía protectora. Una paciente necesitó una gastroyeyunostomía temporalmente. Tras un seguimiento medio de 28 meses (1 mes-7 años), todos están asintomáticos, sin ileostomía, normofunción hepática, aunque en dos de ellos persiste el hiperesplenismo.

Conclusiones. Una minoría de niños con OEHP se benefician de un TH mejorando su calidad de vida y disminuyendo el riesgo vital. Aunque es técnicamente complejo, nuestros resultados incitan a ampliar la indicación en aquellos con varices grado III-IV e hiperesplenismo severo como alternativa al tratamiento conservador.

ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON SOBREPESO U OBESIDAD EN RIESGO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA. Del Brío Castillo R, Sierra San Nicolás S, Castro Millán AM, Gómez Perera R, Hernández Ávila Y, Hernández León N, Murray Hurtado M, Martín Rivada Á. *Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife.*

Objetivos. El objetivo principal de nuestro trabajo es describir las características demográficas, clínicas, analíticas y radiológicas de pacientes pediátricos con sobrepeso-obesidad y riesgo de desarrollar esteatosis hepática no alcohólica del Servicio de Pediatría de nuestro Hospital. Como objetivos secundarios buscamos comparar las características de pacientes con hipercogenecidad hepática en función de los niveles de transaminasas séricas y describir la prevalencia de esteatosis hepática no alcohólica según los criterios diagnósticos de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) de 2012.

Material y métodos. Realizamos un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo en el que se revisaron 330 pacientes en seguimiento en consultas externas de Gastroenterología, Nutrición y Endocrinología con sobrepeso/obesidad, independientemente del motivo de consulta, a lo largo del año 2022. Los criterios de inclusión fueron: edad menor de 18 años e IMC superior a percentil 85, excluyendo aquellos que no tuvieran realizado estudio de ALT, los que hubieran recibido fármacos hepatotóxicos o padecido otras enfermedades hepáticas primarias causantes de hígado graso.

Resultados. Fueron estudiados 266 niños (49,6% varones) con una edad mediana de $13,4 \pm 2,1$ años. Del total de la muestra, padecían obesidad (IMC en $p \geq 95$ en gráfica Hernández et al 1988) un 93%, resistencia a la insulina un 46%, hipertrigliceridemia un 17%, colesterol HDL bajo un 29% y apnea obstructiva del sueño un 6%. Además, asociaban hipertensión arterial 8 de los 73 pacientes en los que se midió (11%) y la mediana de perímetro abdominal fue de $+2,7$ DS (gráfica Fernández et al. 2011) en 81 pacientes. El 29% no realizaban actividad física alguna. En un 73% se realizó ecografía abdominal, el 48% de los cuales (94 pacientes) presentaba esteatosis hepática (leve 50%, moderada 37%, moderada-grave 5%, grave 7%). En este subgrupo de pacientes con esteatosis ecográfica, el 42,6% presentaron hipertransaminasemia usando el punto de corte de ALT de 22 U/L (mujeres) o 26 U/L (varones) y tan solo un 7,5% si usamos 44 U/L (mujeres) o 52 U/L (varones). Utilizando el punto de corte de ALT 22/26 U/L, los pacientes con hipertransaminasemia presentaban mayores cifras de insulina basal, HOMA-IR y de GGT, de forma estadísticamente significativa. En base a los criterios ESPGHAN, se sospecharía EHGNA en 96 de 266 pacientes (36%), de los que el 81% fueron detectados por la hipercogenecidad hepática con ALT < 45 .

Conclusiones. El aumento de la incidencia de síndrome metabólico repercute significativamente en la salud hepática de los niños. Con sus limitaciones, la determinación de ALT y la ecografía hepática siguen siendo herramientas útiles en el *screening* de EHGNA. El uso de valores de corte de ALT de 22/26 U/L mejora la sensibilidad para identificar a niños en riesgo.

HIPERTRANSAMINASEMIA GRAVE DURANTE LA ALERTA DE HEPATITIS AGUDA DE ORIGEN DESCONOCIDO DE 2022. Martín Costa A¹, Ros Arnal I¹, García Romero R¹, Rodríguez Martínez G², García Rodríguez B¹, Sanz Aznar P¹, Salinas Uhalte A¹, Galindo García C¹. ¹Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital Clínico Universitario de Zaragoza.

Objetivos. Varios trabajos han evaluado casos graves hospitalizados, principalmente con fallo hepático, durante la alerta por hepatitis aguda grave de origen desconocido en 2022. Nuestro objetivo es analizar de manera objetiva, tratando de evitar sesgos de memoria o reclutamiento, si el potencial agente infeccioso de 2022 o el SARS-CoV-2 han producido un aumento de incidencia o un cambio clínico en las hepatitis analíticamente graves, independientemente de su derivación a un centro hospitalario.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio observacional retrospectivo en un sector sanitario en pacientes pediátricos (0 a 16 años). Se analizó la incidencia, etiología y aspectos clínicos de todos los casos de hipertransaminasemia (HTRA) aguda analíticamente grave (ALT y/o AST \geq 500 U/L) desde 2012 hasta 2022, con especial interés en aquellos casos de etiología no filiada (normalización analítica con estudio etiológico normal). Se compararon las cohortes del periodo de alerta por hepatitis aguda de origen desconocido de 2022, el periodo de pandemia por SARS-CoV-2 y los años previos desde 2012.

Resultados. De 189.632 análisis con perfil hepático realizados durante todo el periodo analizado, se identificaron 793 casos de HTRA grave correspondientes a 364 pacientes. La incidencia global de HTRA analíticamente grave por cualquier motivo dentro de la muestra fue de 195,28 por 100.000 análisis. Las tasas de incidencia durante los periodos de alerta y SARS-CoV-2 fueron 181,38 y 166,09 casos por 100.000 análisis, respectivamente, sin objetivar diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$). Los casos de HTRA grave de origen desconocido correspondieron al 7,42% del total. Estos pacientes normalizaron sus niveles de transaminasas en $126 \pm 99,4$ días. Durante el periodo de alerta de 2022 se observó una tendencia hacia una mayor incidencia de estos casos no filiados, pero esta no fue significativa ($p = 0,098$) y también se presentó en otros periodos previos (en 2012 y 2018). Los casos no filiados de 2022 presentaron un aumento significativo de fiebre, vómitos, síntomas catarrales y niveles más bajos de albúmina y fosfatasa alcalina.

Conclusiones. En nuestra área no se observó un aumento significativo de la incidencia de HTRA analíticamente grave en general, ni de causa no filiada en particular, ni durante el periodo de alerta de 2022 ni durante el de pandemia por SARS-CoV-2. Existe la posibilidad de que algunos casos hayan sido asintomáticos y no se haya realizado análisis, pero tendrían muy poca repercusión en la práctica clínica. En los casos no filiados, durante el periodo de alerta, se observó un cambio en el patrón clínico asociado, caracterizado por síntomas infecciosos inespecíficos. Estos datos sugieren la posibilidad de una infección atípica durante el periodo de alerta, pero este agente potencial no produjo un aumento de hepatitis analíticamente graves con respecto a lo habitual en nuestro área.

REVISIÓN DE LOS CASOS DE CAVERNOMATOSIS PORTAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Andrade Díaz C, Gil Arenas JA, Violadé Guerrero F, Martínez Fernández M, Valverde Fernández J, Rodríguez Martínez A, Rubio Murillo M. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El objetivo es describir las características clínicas de los pacientes con cavernomatosis portal, incluyendo los principales factores de riesgo, la edad y síntomas al debut clínico, el desarrollo de complicaciones asociadas a hipertensión portal (HTP), así como las opciones terapéuticas.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de todos los pacientes con cavernomatosis portal en seguimiento en un hospital de tercer nivel en un período de 5 años.

Resultados. Se identificaron 6 pacientes, 3 varones y 3 mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 19 meses, con distribución bimodal. En cuanto a los factores de riesgo, se identificaron en 5 pacientes, destacando antecedentes en 3 de prematuridad, en 3 de trombofilia, en 3 de canalización de catéter venoso umbilical (CVU), en 2 de sepsis neonatal y en 1 de cirugía abdominal. El diagnóstico coincide en 4 con el momento del debut clínico; 2 presentaron el debut clínico ya diagnosticados, con períodos de 4 y 6 años entre el diagnóstico y la clínica. La edad media al debut fue de 3.5 años (rango 2 días-6 años). Las formas de presentación más frecuentes fueron esplenomegalia (4), hemorragia digestiva alta (HDA) (3) y plaquetopenia (3). Todos presentan signos de HTP actualmente. En 3 pacientes se realizó manometría. Ninguno de nuestros pacientes tiene síndrome hepatopulmonar ni hipertensión portopulmonar. Todos los pacientes presentan o han presentado durante su evolución varices esofágicas. En 3 se ha realizado una única ligadura (LEVE). Todos se someten periódicamente a gastroscopias y solo uno ha precisado otra sesión de LEVE. 2 han recibido profilaxis primaria con betabloqueantes y uno solo ha presentado HDA posterior. Se ha realizado profilaxis secundaria en 3 pacientes y ninguno ha presentado nuevas hemorragias. En cuanto a la HDA, se ha producido como episodio único en 4 pacientes: 2 con hematemesis y 2 con melenas. En un paciente no se cuenta con la información analítica del debut; de los otros 3 pacientes, se encontró anemia, plaquetopenia (38.000-92.000 plaquetas/ μ l) e hipertransaminasemia leve, y solo uno presentó alteración de la coagulación. Se ha realizado shunt de Rex en 2 pacientes, en uno de los cuales se ha producido retrombosis, en otro un shunt esplenorenal y en otro un shunt no selectivo entre vena mesentérica inferior y vena renal izquierda.

Conclusiones. La trombosis venosa portal extrahepática es una entidad infradiagnosticada, por lo habría que considerar el *screening* ecográfico en pacientes con factores de riesgo, sobre todo en el caso de canalización de CVU. Es necesario un seguimiento estandarizado a largo plazo, para la detección precoz de complicaciones y tratamiento de estas antes de que se produzcan manifestaciones clínicas que pueden ser muy graves.

1. TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN PEDIATRÍA. ¿ES NECESARIA? Calzado Agrasot MÁ, Masip Simó E, Polo Miquel B, Donat Aliaga E. *Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.*

Introducción. La enfermedad inflamatoria intestinal es un factor de riesgo independiente de tromboembolismo. Actualmente las guías clínicas (ECCO-ESPGHAN 2018) recomiendan el uso de profilaxis antitrombótica en pacientes pediátricos con colitis aguda grave que presenten factores de riesgo; en adolescentes con uno o más y en niños prepuberales con dos o más. Los factores de riesgo que se incluyen son: ser fumador, uso de anticonceptivos, ser portador de catéteres venosos centrales, inmovilización completa, obesidad, infección intercurrente significativa, alteración protrombótica conocida y antecedente personal o historia familiar de evento tromboembólico.

Casos clínicos. Caso 1: Niña con diagnóstico de colitis ulcerosa a los 5 años en tratamiento con mesalazina oral. Con 7 años presenta brote grave (PUCAI: 65) que requiere ingreso hospitalario y tratamiento con corticoide i.v. No factores de riesgo. Al mes presenta cefalea y diplopía mostrando en TC cerebral trombosis de seno sigmoide y parcial transverso derechos. Estudio protrombótico negativo.

Caso 2: Niña con diagnóstico de colitis ulcerosa a los 9 años en tratamiento con Adalimumab subcutáneo. Con 15 años presenta torsión ovárica que requiere intervención quirúrgica. En ese momento presenta brote moderado que precisa tratamiento con corticoide i.v. No factores de riesgo. En este contexto presenta trombosis de venas ilíacas, vena esplénica, vena mesentérica, vena porta derecha y venas suprahepáticas. Estudio protrombótico negativo.

Caso 3: Niña con diagnóstico de colitis ulcerosa a los 12 años en tratamiento con mesalazina. Con 13 años presenta brote grave (PUCAI: 70) que requiere ingreso hospitalario y tratamiento con corticoide i.v. Por corticorrefractoriedad recibe tratamiento con Infliximab i.v. No factores de riesgo. Al mes, estando en tratamiento de inducción, presenta crisis convulsiva generalizada tónico-clónica mostrando en RMN cerebral trombosis de venas corticales en lóbulo parietal izquierdo, de senos venosos intracraneales (petrosos, sigmoides y transversos) y trombosis de bulbo y vena yugular. Estudio protrombótico negativo.

Caso 4: Niña con diagnóstico de colitis ulcerosa a los 2 años en tratamiento con mesalazina y azatioprina. Con 5 años presenta brote moderado que no requiere ingreso y se trata con corticoide v.o. No factores de riesgo. Una semana más tarde presenta cuadro de cefalea, vómitos, somnolencia y desconexión del medio. En RMN cerebral se observa trombosis de vena de Labbé. Estudio protrombótico negativo.

Comentarios. Nuestros pacientes no presentaban factores de riesgo por el que tuvieron que haber recibido profilaxis antitrombótica. En todos el estudio protrombótico fue negativo. En trabajos basados en estudios de incidencia y de opinión de expertos se incorporan como factores de riesgo el uso de corticoides sistémicos y nutrición parenteral. Con estas consideraciones nuestros pacientes sí se hubieran beneficiado de la profilaxis. Nuestra serie aporta más evidencia al uso de tromboprofilaxis en la colitis ulcerosa y apoyan la necesidad de una actualización de las guías de manejo en niños con enfermedad inflamatoria intestinal.

2. TERAPIA COMBINADA CON BIOLÓGICOS NO HABITUALES EN COLITIS ULCEROSA PEDIÁTRICA REFRACTARIA: USO EN DISTINTOS ESCENARIOS CLÍNICOS. Salcedo Lobato E¹, Tabares González A², Carabaño Aguado I¹, Gascón Galindo C², Vicente Santamaría S², Medina Benítez E¹. ¹Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción. La colitis ulcerosa (CU) en pediatría resistente a corticoides y bloqueantes de factor de necrosis tumoral (antiTNF) es un reto terapéutico. La terapia combinada con otros biológicos puede ser eficaz en distintas situaciones clínicas para lograr la remisión de la enfermedad.

Casos clínicos. Presentamos 3 casos clínicos de colitis ulcerosa de 2 hospitales con fracaso de corticoides y anti-TNF en los que se usó terapia combinada con otros biológicos.

Caso 1: Niña de 6 años con colitis ulcerosa extensa (E4S1G0) coincidiendo con primoinfección por COVID-19. Brote grave (PUCAI 75), con importante repercusión nutricional y picos febriles diarios. Corticorresistente, mejoría parcial transitoria con infliximab (IFX), pero rápida desaparición de niveles por anticuerpos neutralizantes. Pasa a Ustekinumab IV a 9 mg/kg, sin clara evolución favorable por lo que se asocia Tofacitinib oral (5 mg/12 h), con rápida respuesta clínica en 24 h. Mantiene tratamiento combinado 6 meses, confirmando remisión clínica, analítica e histológica. Monoterapia con Ustekinumab, persiste remisión clínica y analítica.

Caso 2: Niña de 3 años con pancolitis grave (E4S1G0). Respuesta inicial a corticoides sistémicos, pero recaída precoz con anemia que precisó transfusión de hematies. Se inicia infliximab a 10 mg/kg con rápida mejoría pero sintomatología de intensidad variable, que mejoraba tras cada infusión de IFX. Niveles siempre infraterapéuticos, incluso intensificando 20 mg/kg cada 2-3 semanas, con afectación mucosa grave. Se cambia a tacrólimus + vedolizumab con buena respuesta aunque síntomas intermitentes. Presenta 2 episodios de toxicidad coincidiendo con diarreas, recuperación completa del fallo renal en 48 h tras retirada de medicación. A los 4 meses nuevo brote grave (PUCAI 75) con anemia e inflamación grave, por lo que suspendemos tacrólimus e iniciamos corticoides IV y tofacitinib (5 mg/12 h), manteniendo vedolizumab. Logra remisión clínica y rápida retirada de corticoides. Tras 8 semanas bajamos tofacitinib a 2,5 mg/12 h, con reaparición de actividad clínica en pocas 3 semanas, mantiene remisión al subir dosis a 5 mg/12 h.

Caso 3: Adolescente de 15 años con colitis ulcerosa (E2S0G0), tratada inicialmente con salicilatos, buena evolución. Posteriormente brotes moderado-graves con afectación pancolónica y corticorresistencia. Asocia pancreatitis en los brotes (dolor, imagen y analítica) con estudio etiológico negativo. Se pauta antiTNF (adalimumab y a continuación infliximab). Por fallo primario se inicia Tofacitinib (10 mg/12 h) con excelente respuesta clínica y analítica. A los 4 meses brote moderado con afectación pancolónica por lo que se añade ustekinumab. La paciente se mantiene en remisión clínica y analítica en terapia combinada con tofacitinib y ustekinumab.

Comentarios. En casos de CU resistente a tratamiento habitual, la terapia combinada con otros biológicos puede ser útil para inducir la remisión en situaciones graves, sobre todo los de acción rápida, así como tratamiento de mantenimiento en casos de difícil control.

3. IMPACTO CLÍNICO DEL INTERCAMBIO DE ADALIMUMAB EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. Violadé Guerrero F, Martínez Fernández M, Valverde Fernández J, Rubio Murillo M, Espín Jaime B, Rodríguez Martínez A. *Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivo. Analizar el impacto clínico en términos de eficacia y seguridad del intercambio (switch o sustitución) de adalimumab (ADA) en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (EIIp): enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) o enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada (EIInc) ya que no hay muchos datos publicados en pediatría.

Método. Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos atendidos en la Sección de Gastroenterología Pediátrica de un hospital de tercer nivel entre febrero de 2014 y febrero de 2023 con diagnóstico de EIIp que recibieran tratamiento con ADA y que en el curso de su enfermedad hubieran experimentado uno o varios intercambios a alguno de sus biosimilares. Mediante revisión de historias clínicas digitales, se analizaron las siguientes variables: edad de diagnóstico de la EIIp y edad de inicio de tratamiento con ADA, género, número de intercambios realizados, wPCDAI o PUCAI, niveles de ADA, PCR y calprotectina fecal (antes y después del intercambio), necesidad de intensificación, inmunogenicidad y desarrollo de eventos adversos.

Resultados. Un total de 30 pacientes tratados con ADA realizaron uno o varios intercambios a lo largo del seguimiento. Diecisiete (56,7%) eran mujeres. La edad mediana al diagnóstico fue 12 [8-14] años. Veintiocho (93,3%) tenían una EC y 2 (6,7%) una CU, y la mediana de inicio de ADA fue de 13 [9-16] años. Se han hecho hasta 4 cambios de biosimilares diferentes. La justificación de los intercambios han sido fundamentalmente la falta de suministro y aspectos económicos, siendo en un caso por reacción adversa leve. El número de intercambios realizados fue de 4 en 6 pacientes (20,0%), 3 en 2 (6,7%), 2 en 5 (16,6%) y 1 en 17 (56,6%). La media de niveles de ADA previo al intercambio fue de $10,58 \pm 5,6$ UI/ml y posterior de $12,55 \pm 5,1$ UI/ml ($p=0,27$). Ninguno de los pacientes desarrolló anticuerpos antifármaco. La media de calprotectina preintercambio fue de 771 ± 651 $\mu\text{g/g}$ y postintercambio de 414 ± 449 $\mu\text{g/g}$ ($p=0,06$). La media de PCR preintercambio fue de $7,05 \pm 8,76$ mg/L y postintercambio de $3,82 \pm 5,37$ mg/L ($p=0,17$). Veinticinco (83,3%) tenían un buen control de la EII según wPCDAI/PUCAI tanto antes como después del intercambio. Precisaron intensificación del tratamiento con ADA 12 de los pacientes (40%), siendo en 10 de ellos (83%) previa al intercambio. Veintitres (76,6%) alcanzaron remisión clínica de la enfermedad gracias al tratamiento con ADA, mientras que 7 (23%) necesitaron cambio de estrategia terapéutica. Ningún paciente desarrolló efectos adversos graves.

Conclusiones. En nuestra serie, el intercambio único o múltiple de ADA no pone de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en cuanto a aspectos clínicos ni de seguridad. El intercambio (mediante switch o sustitución) parece seguro y no parece relacionarse con una pérdida de eficacia, con el desarrollo de efectos adversos o de inmunogenicidad. Nuestros resultados son similares a lo publicado en la literatura del paciente adulto.

4. REVISIÓN DE CASOS SOBRE EMPLEO DE METOTREXATO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. Gil Arenas JA, Sierra Capitán P, Ortiz Cantero E, Rodríguez Martínez A. *Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. El tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (EIIp) ha evolucionado notablemente en las últimas décadas. Sin embargo, los fármacos inmunomoduladores más antiguos como la azatioprina (AZA) o el metotrexato (MTX) siguen siendo de utilidad. En Europa, el empleo de AZA es más habitual que el de MTX. El objetivo de este trabajo es describir el empleo de MTX en su uso aislado o combinado con otros fármacos en términos de eficacia y seguridad.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo mediante revisión de la historia clínica digital de pacientes con EIIp que hubieran empleado MTX en nuestro centro en los últimos 10 años. Se extrajeron datos relativos a epidemiología, clasificación, wPCDAI/PUCAI, biomarcadores, tratamientos concomitantes y desarrollo de efectos adversos.

Resultados. Evaluamos una muestra de 29 pacientes, 13 mujeres. Veinticuatro presentaban una enfermedad de Crohn y 5 EIIp no clasificada. Se empleó MTX como primer inmunomodulador en 4 de ellos y como 2º o posterior en 25, mayoritariamente tras tratamiento con AZA. De los 29 pacientes tratados con MTX, 15 lo habían iniciado en monoterapia y en 14 de ellos se ha combinado desde el inicio con un fármaco biológico (11 adalimumab, 1 infliximab, 1 ustekinumab y 1 vedolizumab). De los 15 pacientes que iniciaron MTX en monoterapia, se asocia un fármaco biológico por falta de eficacia en 5 de ellos (3 adalimumab, 2 infliximab). En cuanto a biomarcadores y cambios clínicos, se han comparado las cifras de calprotectina previas y a los 3 meses del inicio de tratamiento con MTX, obteniendo un descenso medio de 243 ± 549 ug/g en el grupo de monoterapia con MTX y de 585 ± 824 ug/g en tratamiento combinado de MTX + biológico ($p=0,194$). Con respecto al wPCDAI/PUCAI, se ha observado un descenso medio de $5,4 \pm 11,6$ puntos en monoterapia y de $14 \pm 16,9$ puntos en el tratamiento combinado ($p=0,270$). En la actualidad se encuentran en tratamiento con MTX 10 pacientes de la muestra (3 en monoterapia y 7 en tratamiento combinado), correspondiente al 35%. La aparición de efectos adversos ha motivado la suspensión del tratamiento en 10 pacientes, siendo esta la causa más frecuente de suspensión. En otros 8 pacientes se suspende por falta de eficacia y en 1 caso por falta de cumplimiento.

Conclusiones. El tratamiento con MTX en la EIIp se emplea como tratamiento inmunomodulador de mantenimiento, habitualmente como alternativa a tiopurínicos. Con una eficacia muy discreta en monoterapia, pero con unos resultados mucho más satisfactorios cuando se emplea en tratamiento combinado con fármacos biológicos, pudiendo ser una alternativa terapéutica en casos seleccionados.

5. EPIDEMIOLOGÍA, FORMA DE PRESENTACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL DIVERTÍCULO DE MECKEL EN NIÑOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. García Ramírez M¹, Torcuato Rubio E¹, Aragüete Mieres E¹, Santana Ramos MA², Martín Masot R¹, Ortiz Pérez P¹, Blasco Alonso J¹, Navas López VM¹. ¹Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga ²Hospital Carlos Haya. Málaga.

Objetivos. Describir la epidemiología, clínica, pruebas diagnósticas y manejo de los casos de divertículo de Meckel (DM) en niños, atendidos en un hospital terciario en los últimos 10 años. Como objetivo secundario, analizar la sensibilidad de la gammagrafía Tc99m-Perfecnetato, considerada prueba diagnóstica de primera elección.

Material y métodos. Estudio descriptivo que incluye a menores de 14 años diagnosticados de DM en los últimos 10 años.

Resultados. Se incluyen 55 pacientes (73% varones), 48 (87%) fueron sintomáticos. Los 7 restantes son pacientes a los que se realiza resección profiláctica del DM. El rango de edad de presentación más frecuente fue menores de 2 años (31,5%), existiendo otro pico de incidencia entre los 12-14 años (20,3%). La forma de presentación clínica más frecuente fue hemorragia gastrointestinal (47%; con frecuencia similar entre melenas y rectorragia); otras formas fueron perforación/peritonitis (23%) y obstrucción secundaria a invaginación (17%) o vólvulo 12%. Las pruebas de imagen fueron determinantes para el diagnóstico en 27 casos (56%) de los pacientes sintomáticos. La gammagrafía Tc99m-Perfecnetato (Tc99m-P) fue concluyente en el 76% de los casos realizados. Encontramos 4 casos de falsos negativos, 3 de los cuales se comprueba en histología mucosa ectópica (ME) pancreática. En el 23% de los casos el diagnóstico se realiza por ecografía doppler abdomen, solo 2 casos por angioTAC. En los 21 (44%) casos restantes, en los que las pruebas de imagen fueron no concluyentes, el diagnóstico fue intra-operatorio, la mayoría de ellos con presentación como obstrucción (23%) y peritonitis (17%). La técnica quirúrgica más empleada fue laparotomía (69%). En la serie se observa baja tasa de complicaciones postquirúrgicas (18%), las más frecuentes infecciosas. La histología más frecuente fue el hallazgo de ME gástrica(48%), en 4 casos (8%) se encontró ME pancreática. El 72% de los casos de ME (gástrica más pancreática) se presentaron como hemorragia gastrointestinal. El resto de histología (44%) corresponde a tejido de DM necrosado, de los cuales un 52% debutaron como obstrucción, 34% como perforación/peritonitis y un 12% como hemorragia digestiva.

Conclusiones. El DM sintomático es mas frecuente en niños menores de 2 años. La forma de presentación clínica más frecuente es la hemorragia gastrointestinal (melenas y rectorragia), seguido de la obstrucción (invaginación o vólvulo). La presencia de ME (gástrica o pancreática) se asocia con la presentación de hemorragia gastrointestinal, en estos casos, destaca en el diagnóstico Tc99m-P, con una sensibilidad del 76%, que aumenta al 92% en los casos de ME gástrica. Si el resultado es negativo debemos pensar en ME pancreática. En estos casos destacamos la utilidad de la ecografía doppler abdomen para el diagnóstico. En los casos de obstrucción y perforación/peritonitis el diagnóstico concluyente es más frecuente intra-operatorio.

6. MOTIVO DE SOLICITUD DE ELASTASA FECAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN ESTUDIO POR SINTOMATOLOGÍA GASTROINTESTINAL. Woods Kreisler N¹, Bunce LF¹, García Suquia A², Rosell Camps A¹, Riera Llodrá JM¹. ¹Unidad Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Son Espases. Palma.

Objetivos. Describir el motivo de solicitud, el profesional solicitante, las características demográficas, clínicas, analíticas así como la evolución clínica de los pacientes pediátricos con determinación inicial de niveles disminuidos de elastasa fecal en la comunidad autónoma.

Material y métodos. Revisión retrospectiva multicéntrica de los pacientes pediátricos entre 0-16 años con determinación de elastasa fecal.

Resultados. Se identificaron 102 registros de elastasa fecal disminuida en 79 pacientes. La edad media fue 6 años (DE 4,37), 53,2% varones. Los pacientes fueron seguidos en centros de diferente nivel de complejidad: 45,6% en hospital de cuarto nivel, 20,3% de tercer nivel, 21,4% de segundo nivel y 12,7% en atención primaria. La solicitud de la determinación fue realizada por gastroenterólogo pediátrico en 44,3% de los casos. El motivo de solicitud más frecuente fue diarrea en 43%, estancamiento ponderal 21,5%, dolor abdominal 20,3%, *screening* en fibrosis quística (FQ) 7,6% y otros motivos 7,8%. La primera determinación media fue 90 ug/g (DE 63,68). Se repitió en 53,1% de los pacientes, normalizando valores en 84%. Se realizó estudio de grasa en heces en 29,1%, presentando valores normales 61%. Se solicitó colangiografía en 5 pacientes, 2 presentaban alteraciones anatómicas pancreáticas. Finalmente, se identificaron 11 pacientes (14%) con insuficiencia pancreática exocrina precisando tratamiento enzimático sustitutivo y asintomáticos actualmente. 7/11 con diagnóstico de FQ, 2/11 presentaban alteraciones anatómicas (neoplasia sólida pseudopapilar de cabeza de páncreas y masa en cabeza de páncreas secundario a pancreatitis autoinmune) y 2/11 de causa idiopática. Fallecieron 2/11 por otras patologías concomitantes. En el subgrupo sin diagnóstico, actualmente 82% están asintomáticos y 18% sintomáticos (67% diarrea y 33% dolor abdominal). Entre los pacientes sintomáticos, no se había repetido la determinación de elastasa fecal ni estudio de grasas en heces en 75%. En los pacientes sin diagnóstico, la elastasa fecal media fue 108 ug/g (DE 60), con 38% en valores

Conclusiones. En nuestra muestra destaca un pequeño porcentaje de diagnósticos de insuficiencia pancreática exocrina en relación al total de pacientes con elastasa fecal disminuida. Esto podría ser debido a una amplia disponibilidad de la prueba junto con la facilidad de realización de la misma. Sin embargo, la determinación de elastasa fecal se debería reservar para aquellos casos con sospecha diagnóstica de posible diagnóstico dentro de algoritmo de estudio, siendo considerada una prueba de segundo nivel.

7. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS CON SOSPECHA DE INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO O IMPACTACIÓN ALIMENTARIA PRECISANDO UNA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA URGENTE.

Soria López M¹, Fernández Fernández L¹, Loren Martín J¹, Sánchez Rodríguez I², Román India C², Alcaraz Castillo M¹, Martín González J³.

¹HM Hospitales Montepríncipe. Montepríncipe, Madrid. ²HM Hospitales Puerta del Sur. Móstoles, Madrid. ³HM Sanchinarro. Madrid.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional de las endoscopias urgentes realizadas a pacientes que acuden al Servicio de Urgencias de 4 hospitales entre 2015-2023 con sospecha de cuerpo extraño. Criterios de inclusión: endoscopias realizadas por el gastroenterólogo pediátrico de guardia en quirófano, bajo anestesia general y siguiendo las indicaciones de extracción urgente de la SEGHP. Se recogieron datos demográficos, clínicos, radiológicos y endoscópicos (localización, material, complicaciones). Los datos se analizaron estadísticamente para su interpretación (STATA).

Resultados. 969 historias clínicas informatizadas de pacientes que acudieron al servicio de urgencias con sospecha de cuerpo extraño fueron revisadas, de las cuales 49 cumplieron criterios de inclusión. La media de edad de los pacientes es de 5,65 años \pm 4,26, siendo el 58,1% varones y el 41,7% mujeres. Presentaron síntomas el 55,1%, siendo los más frecuentes el dolor retroesternal (32,7%), sensación de cuerpo extraño (26,9%) y sialorrea (25%) seguidos de disfagia (19,2%) y vómitos (19,2%). Las endoscopias urgentes se hicieron por ingesta de monedas en un 28,5%, por piezas metálicas e impactación alimentaria, ambos en un 16,3% seguidos de materiales punzantes (tornillos, chinchetas, imperdibles) en un 14,3%. En el resto se encontraron piezas de plástico (12,2%), imanes (4%), pilas de botón (6,1%), concha de molusco (2%) y una piedra (2%). En 32 pacientes con cuerpo extraño esofágico se administró glucagón intravenoso, siendo este eficaz en 14 casos (43,7%), todos ellos localizadas en esófago distal (6 monedas, 7 impactaciones alimentarias y 1 objeto de plástico). En los 18 casos que fue ineficaz (56,2%), el cuerpo extraño se localizó en esófago medio-proximal en la mayoría de los casos (83%), precisando a posteriori de una endoscopia urgente. Un paciente presentó un laringoespasma durante la anestesia, no presentando el resto ninguna complicación. En lo referente a la técnica endoscópica, en un caso se tuvo que avisar a Cirugía pediátrica por imposibilidad de extracción del cuerpo extraño y en dos ocasiones se hicieron dos erosiones sangrantes que cedieron espontáneamente sin precisar ninguna técnica terapéutica.

Conclusiones. La sospecha de ingestión de cuerpo extraño es una causa frecuente de consulta en pacientes pediátricos. La mayoría de los pacientes que precisan una endoscopia digestiva alta urgente presentan dolor retroesternal, sensación de cuerpo extraño y sialorrea como síntomas más frecuentes. Las monedas, los objetos metálicos y las impactaciones alimentarias son las principales indicaciones de endoscopia urgente. La administración de glucagón es más eficaz cuando el cuerpo extraño se localiza en esófago distal. La endoscopia es una herramienta diagnóstico-terapéutica segura con baja tasa de complicaciones.

8. ANÁLISIS DE SÍNTOMAS ANSIOSOS, DEPRESIVOS Y RASGO PERFECCIONISTA EN PACIENTES CON TRASTORNOS GASTROINTESTINALES FUNCIONALES. Diago García B, Jovani Casano C, Lucas García J, Milea Milea AC, Edo Monfort AI. *Hospital General de Castellón. Castellón.*

Objetivos. Los trastornos gastrointestinales funcionales (TGIF) tienen impacto en la calidad de vida de los niños y sus familiares. El modelo biopsicosocial, que trata de explicar la disfunción del eje intestino-cerebro, es el modelo más aceptado hoy en día para explicar su etiopatogenia. Nuestro objetivo ha sido analizar la sintomatología ansiosa y depresiva, así como los rasgos perfeccionistas de una serie de pacientes diagnosticados de trastorno por dolor abdominal funcional (TDAF).

Material y métodos. Se han recogido un total de 29 pacientes con dolor abdominal de características funcionales (TDAF) atendidos en la consulta de gastroenterología infantil desde enero hasta abril del 2023. Los pacientes han contestado 5 encuestas: Características demográficas, Síntomas digestivos, Children's Anxiety Scale, The Children's Depression Inventory, The Child and Adolescent Perfectionism Scale. Con los datos recopilados, hemos realizado un estudio observacional transversal descriptivo. El análisis estadístico se ha realizado con el software STATA 13.0.

Resultados. Participaron 29 pacientes (69% mujeres) con una edad comprendida entre 9,5 y 15,45 años (media 13,3 años). Residen en zona urbana 68,97% y 31,03% en zona rural. La mediana del Z score del IMC es 0,86 DE (rango: -1,89 DE y +2,65 DE). Presentan sobrepeso y obesidad el 41,4% de los pacientes (24,14% y 17,3% respectivamente). Tres de los pacientes (10,3%) presentan muy bajo peso (<-1 DE). Veintidós pacientes (75,86%) padecen dispepsia funcional (DF), 10 (34,48%) síndrome de intestino irritable (SII), 4 pacientes (13,9%) migraña abdominal (MA) y 4 pacientes (13,8%), dolor abdominal funcional no especificado (DAFNE). Once pacientes sufren más de un subtipo de TDAF, siendo la DF el común en todos ellos. Un 17,24% de los pacientes presenta síntomas depresivos y el 31,03% presentan síntomas de ansiedad. El 51,7% de los pacientes presentan rasgos perfeccionistas. Entre los subtipos de perfeccionismo, el 48,28% cumple criterios de Perfeccionismo Auto-Orientado a Esfuerzo, el 37,93% de Perfeccionismo Auto-Orientado a Críticas y el 17,24% Perfeccionismo Socialmente Prescrito. Trece de ellos cumplen criterios de más de un subtipo de perfeccionismo. El 58,62% habían acudido previamente a un profesional de salud mental. El 75,86% de los pacientes faltó en algún momento al colegio por dolor abdominal. El 31,03% reconocen dificultad para relacionarse con otras personas. El 51,7% de los pacientes reconoció haber sufrido un acontecimiento vital estresante en los últimos 3 meses y el 17,24% de ellos, un acontecimiento traumático durante su infancia.

Conclusiones. Dada la elevada incidencia de síntomas psicológicos y rasgo perfeccionista en nuestros pacientes, destacamos la importancia de una adecuada valoración psicológica en pacientes con TGIF en un primer nivel de asistencia. De esa manera poder ofrecer una mejor atención al paciente, mejorar su calidad de vida, evitar el abuso de exploraciones complementarias invasivas y reducir el gasto sanitario.

9. ESTREÑIMIENTO EN URGENCIAS Y GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA. Ramos Cela M¹, Díaz Fernández P¹, Leonardo Cabello MT², Palacios Sánchez M¹, Llorente Pelayo S¹, García Calatayud S¹. ¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas; ²Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivos. El estreñimiento es un motivo de consulta muy frecuente en pediatría, siendo la mayoría de casos de origen funcional. La NASPGHAN y ESPGHAN en 2014 y la SEGHNHP en 2015, establecieron recomendaciones basadas en la evidencia para la evaluación y manejo del estreñimiento funcional, en las que se destaca la preferencia de la vía oral tanto para la desimpactación como para el mantenimiento. El objetivo de este trabajo es analizar el manejo del estreñimiento realizado en Urgencias de un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo entre los años 2020-2023, de pacientes atendidos en Urgencias con diagnóstico de estreñimiento, impactación fecal o encopresis y analizando diferentes datos epidemiológicos, de exploración, diagnóstico y tratamiento.

Resultados. Se analizaron 183 pacientes, siendo el paciente tipo una mujer (62%) de 2 años que es triada en urgencias con nivel 4 (66%), que acude en horario de tarde (59%) y es dada de alta (100%). Hasta un 25% de los casos habían acudido más de una vez a Urgencias por este motivo. Un 51% fue visto por residente de pediatría, 37% por residente de familia y 11% por adjunto. Un 7% tomaban algún medicamento con estreñimiento como efecto adverso. Un 62% nunca había recibido tratamiento para el estreñimiento. Se apreció fisura anal en el 33% y se realizó tacto rectal en el 18%. Un 34% de los pacientes estaban impactados, de estos hay un 8% en los que se recoge en el informe que están impactados, sin detallarse signos de impactación. Se realizó ecografía en un 10%, radiografía en 1,6% y se constató estreñimiento orgánico en un 4,4%. De los estreñimientos impactados, un 13% no recibió tratamiento para la impactación, en el 43% se administraron enemas, el 26% recibieron desimpactación oral, 10% ambas y en el 8% se realizó una desimpactación manual o con sonda. Se recogió la dosis de desimpactación con PEG en un 38%, con una media de 1,26 mg/kg (DE 0,56) y esta dosis fue adecuada en el 92%. Se recogió la dosis del enema en el 34%, con una media de 6,9 ml/kg (DE 3,32). La dosis del enema fue adecuada en el 52%, y elevada en el resto. Un 29% de estos pacientes impactados no recibieron ningún tratamiento al alta. De los estreñimientos no impactados (66%) se administraron enemas en un 16% y se pautó desimpactación oral en un 3%.

Conclusión. El tratamiento en Urgencias para el estreñimiento no siempre sigue las guías clínicas. El diagnóstico de impactación no se recoge adecuadamente en los informes. La desimpactación mecánica con enemas predomina sobre la desimpactación oral que es usada a dosis infraterapéuticas. El tratamiento al alta no se indica en la mayoría de los casos. Tenemos que buscar la causa de la inadecuación del tratamiento en Urgencias a las guías actuales.

10. TEST DEL ALIENTO CON UREA C13. ¿SE HACE UN USO CORRECTO EN PEDIATRÍA? Remacha Almerich MC¹, Baeta Ruiz A², Sanz Pérez CM¹, Escartin Madurga L¹, Rodríguez Martínez G¹. ¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. ²Hospital San Pedro. Logroño.

Objetivo. Describir características sociodemográficas y clínicas de pacientes pediátricos a los que se les realiza test del aliento con urea C13 en atención primaria. Evaluar el manejo diagnóstico-terapéutico de la infección por *Helicobacter pylori* y analizar si se ha modificado tras la publicación del documento español de consenso de manejo de *Helicobacter pylori* en este grupo poblacional.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ≤ 14 años a los que se les ha realizado en nuestro centro test del aliento con urea C13 solicitado desde atención primaria en 2019-2023. Se incluyen variables sociodemográficas, clínicas y manejo diagnóstico-terapéutico de la infección por *Helicobacter pylori*. Se analizan diferencias tras la publicación del documento de consenso.

Resultados. Se incluyeron 237 pacientes estudiados mediante test de aliento con urea C13 (TAUC13) con una mediana de edad de 10 años (8% menor de 7 años). La tasa de positividad (55%), fue superior en varones, de origen africano y < 10 años. La mayoría se realizaron en contexto de dolor abdominal (3,4% asintomáticos); 27,9% cumplían criterios Roma IV de dolor abdominal funcional y 5,6% presentaban síntomas de alarma. En el 29,4% TAUC13 fue la única prueba complementaria, a pesar de que en la mitad de estos fue negativo. El 81,7% (n= 107) recibieron tratamiento erradicador empírico, principalmente triple terapia (83,3% metronidazol, 8,3% claritromicina), con dosis de IBP inferior a lo recomendado en el 77,8% de los casos. Se comprobó erradicación en el 64,3% de los pacientes tratados (tasa erradicación confirmada:48%). El 14% recibieron terapias de rescate empíricas. A pesar de la mayor probabilidad de mejoría clínica tras erradicación, esta no fue estadísticamente significativa [OR: 1,76 (0,64-4,63, p=0,19)], persistiendo clínica con TAUC13 negativo en el 19,7%. Se derivaron a Gastroenterología 88 pacientes (37% de la muestra, 75% TAUC13+), realizándose endoscopia en 26 (19 TAUC13+, 7 TAUC13-): 2 pacientes presentaron nodularidad antral, no hubo ningún caso de úlcera. Histológicamente: 10 casos de gastritis crónica asociada a *Helicobacter pylori* (5 de ellos TAUC13-). Tras la publicación del documento de consenso, se produjo un incremento de solicitudes de TAUC13 (6,9 vs 3,9 TAU C13/mes), sin diferencias significativas en indicaciones, realización de otras pruebas, tratamiento de primera línea con metronidazol (89,4% vs 85,7%), dosis correcta de IBP (23,8% vs 21,1%), comprobación de erradicación (65,7 vs 63,8%) ni derivación a Gastroenterología (39,2% vs 34,6%).

Conclusiones. Apesar de la evidencia científica, se sigue haciendo un manejo inadecuado del *Helicobacter pylori*, solicitando test no invasivos en el estudio del dolor abdominal crónico, con frecuencia funcional, lo que genera un sobrediagnóstico y tratamientos innecesarios, que pueden contribuir al aumento de las resistencias bacterianas y al posible retraso de diagnóstico de la entidad causante de la sintomatología del paciente.

11. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA MEDIANTE TRIPLE PEXIA EN NIÑOS. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Y EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES Y SEGURIDAD.

Comalrena de Sobregrau Martínez C, Santiago Martínez S, Couto Rosende Y, Serna Berna JV, Hernández Peláez L, Betancourth Alvarenga JE, Jiménez Gómez J, García Tirado D. *Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Objetivos. La gastrostomía percutánea es el procedimiento mínimamente invasivo para proporcionar alimentación enteral más comúnmente realizado en niños. Puede colocarse asistida por laparoscopia o mediante endoscopia (PEG). Las técnicas endoscópicas son dos: gastrostomía en un solo tiempo (button PEG (B-PEG) o push-PEG o triple pexia), que no requiere de una segunda endoscopia, sedación ni hospitalización para el recambio de botón ya que el botón definitivo se coloca desde un inicio; y gastrostomía en dos tiempos (pull-PEG), técnica tradicional que requiere dos procedimientos endoscópicos para cambiar el dispositivo inicial por un botón. El objetivo del estudio es describir las complicaciones presentadas en una cohorte de pacientes con gastrostomías colocadas mediante B-PEG y compararlas con las descritas en la literatura.

Material y métodos. Estudio descriptivo observacional retrospectivo unicéntrico. Revisión de pacientes pediátricos a los que se les colocó una B-PEG entre enero de 2017 y diciembre de 2023 con seguimiento mínimo posterior de 6 meses. Las variables principales fueron: complicaciones menores y mayores post-procedimiento. Las secundarias: tiempo de ingreso y tiempo de inicio de alimentación enteral.

Resultados. Se realizaron 29 gastrostomías de las cuales 24 fueron B-PEG. Dos de estas se excluyeron por pérdida de seguimiento, quedando 22 pacientes para el análisis definitivo. El 55% eran niños con una edad media en el momento de la intervención de 6,25 años (R: 6 m-16 a). Las principales indicaciones fueron: paciente crónico complejo (68,1%), enfermedades neurológicas (18,2%), incapacidad de alcanzar requerimientos nutricionales vía oral (9,1%) y patología cardiovascular (4,6%). Diecisiete pacientes (77,3%) presentaron complicaciones menores: 77% granulomas, 6% erosiones por fuga y 6% celulitis periestoma. El tratamiento para estas fue higiene local, nitrato de plata, pomada corticoides y/o pomada antibiótica. Hubo 2 pacientes con complicaciones mayores que precisaron intervención quirúrgica: una hernia paraduodenal y una hernia periestomal. El 41,9% de las complicaciones fueron tempranas (30 días). De las complicaciones graves, la hernia paraduodenal se produjo de forma precoz y la hernia periestomal, tardía. La mediana de tiempo de ingreso fueron 4 días. El 81,2% de pacientes iniciaron alimentación enteral por botón en el mismo día de la colocación, sin presentar incidencias.

Conclusiones. La cohorte de casos presentada muestra que la B-PEG es un procedimiento seguro dado que la mayoría de las complicaciones fueron menores, que puede realizarse en lactantes pequeños (nuestro paciente más joven tenía 6 meses) y que permite minimizar costes hospitalarios dado que el tiempo de ingreso fue corto y el inicio de alimentación precoz en la mayoría de los pacientes. Pensamos que podría indicarse como técnica de primera elección en pediatría para evitar una segunda sedación.

12. SÍNDROME DE GULLO. UNA CAUSA POCO CONOCIDA DE ELEVACIÓN DE ENZIMAS PANCREÁTICAS. Alcaraz Castillo M¹, Sánchez Rodríguez I², Soria López M¹, Fernández Fernández L¹, Loren Martín J¹, Román India C², Martín González J³. ¹HM Hospitales Montepíncipe. Montepíncipe, Madrid. ²HM Hospitales Puerta del Sur. Móstoles, Madrid. ³HM Sanchinarro. Madrid.

Introducción. El síndrome de Gullo o hiperenzimemia pancreática benigna familiar está caracterizada por una elevación de las enzimas pancreáticas en sangre en ausencia de enfermedad pancreática. Las enzimas pancreáticas, amilasa y lipasa, suelen elevarse en casos de pancreatitis aguda, aunque existen muchas patologías, incluso no pancreáticas o determinados fármacos que pueden aumentar sus niveles en sangre.

Resumen del caso. Presentamos el caso de una niña de 7 años que acude a consulta de gastroenterología infantil por elevación de enzimas pancreáticas. La familia refiere un episodio de dolor abdominal de localización epigástrica tipo cólico de 24 horas de evolución acompañado de dos vómitos alimenticios. Los padres niegan ingesta de fármacos en ese momento. El cuadro cedió con omeprazol, ondasetron y sueroterapia intravenosos. Durante su estancia en urgencias se realiza una ecografía que evidenciaba un páncreas normal y una analítica de sangre con valores normales salvo la elevación de amilasa y lipasa (400; 364 respectivamente). La exploración física estaba dentro de la normalidad. La paciente es derivada a consultas de Gastroenterología con nueva analítica a la semana y al mes continuando con valores elevados de ambas enzimas (alrededor de 300). La niña esta asintomática. Se inicia estudio con analítica de sangre que incluye serología de celíaca, perfil hepático, nutricional, lipídico y férrico, inmunoglobulinas, ácidos biliares, complemento y anticuerpos (anti TPO, anti SMA; Anti citoplasma de neutrófilo, ANAs y Anti mitocondriales) que son negativos. Los análisis de heces incluyendo digestión de principios inmediatos y elastasa fecal están del mismo modo dentro de la normalidad. Dada la persistencia de la elevación enzimática en los siguientes meses se amplía estudio con test del sudor, enterorresonancia magnética, colangiografía, HLA de enfermedad celíaca y endoscopia ya que la genética es compatible descartándose múltiples patologías. Durante los siguientes 2 años de seguimiento se repiten analíticas manteniéndose los niveles de enzimas por encima de lo normal y ecografía abdominal siendo normales en todo momento. Se realiza analítica a ambos progenitores y el padre presenta elevación similar de ambas enzimas estando del mismo modo asintomático.

Comentarios. Es importante conocer la existencia del síndrome de Gullo dentro del diagnóstico diferencial de la hiperamilasemia y/o hiperlipasemia aunque se debe tener en cuenta que su diagnóstico es de exclusión. Las enzimas suelen estar elevadas pero el curso puede ser fluctuante y suele haber antecedentes familiares. Las causas de elevación de estas enzimas son múltiples: pancreatitis, patología de glándulas salivales, enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias... además de diferentes tratamientos farmacológicos. Dependiendo del caso debemos considerar el riesgo/beneficio que supone el realizar múltiples pruebas complementarias. Por ello el conocimiento de este síndrome es importante para el beneficio de nuestros pacientes.

13. ENTEROPATÍA PIERDEPROTEÍNAS DE CAUSA POCO FRECUENTE. Hidalgo Hidalgo V¹, Martín Latorre M², Moriczi M², Martín González M², López Ruzafa E², Galera Martínez R². ¹Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia. ²Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

Introducción. Los trastornos diarreicos congénitos representan un grupo de enteropatías poco comunes, clínicamente variables, que a menudo suponen un reto diagnóstico. El déficit de DGAT1 (diacylglicerol aciltransferasa 1) se debe a una mutación en el gen DGAT1 en el cromosoma 8q24, de herencia autosómica recesiva, con prevalencia < 1/1.000.000 habitantes. Se caracteriza por diarrea crónica de aparición temprana asociada a enteropatía pierde proteínas. El principal pilar del tratamiento es la restricción extrema del aporte graso en la dieta, suplementando los posibles déficits nutricionales. Presentamos el caso de una paciente con diarrea congénita por déficit de DGAT1.

Resumen del caso. Lactante de 6 semanas de vida que ingresa por diarrea y desnutrición proteico-calórica grave. Realiza deposiciones acuosas numerosas sin otros síntomas desde la tercera semana de vida, con estancamiento ponderal progresivo. Desde el nacimiento recibe lactancia materna exclusiva, con exclusión de proteína de leche vacuna (PLV) en la dieta materna en las últimas 3 semanas sin mejoría clínica. En las pruebas complementarias destaca hipoalbuminemia (albúmina 1.9 g/dl), hipogammaglobulinemia e hipertrigliceridemia (200 mg/dl) sin elevación de parámetros inflamatorios, así como alfa-1-antitripsina fecal elevada. La endoscopia digestiva y anatomía patológica de biopsias de estómago, duodeno y colon no muestran alteraciones histológicas. Inicialmente se suplementa la lactancia materna con fórmula elemental. Ante la ausencia de mejoría clínica y antropométrica se inicia nutrición enteral continua con fórmula elemental, precisando posteriormente nutrición parenteral. La paciente continúa con diarrea osmótica compatible con enteropatía pierde proteínas. En el estudio genético de diarrea congénita se detecta una mutación en homocigosis en el gen DGAT1, modificándose entonces la nutrición a fórmula con muy bajo contenido lipídico (grasas 1,2% del valor energético) a base de proteína de suero de leche de vaca suplementada con aminoácidos, hidratados de carbono, vitaminas, minerales y oligoelementos. Presenta mejoría progresiva con resolución de la diarrea. Tras mejoría clínica, antropométrica y analítica; recibe el alta a los 6 meses de edad con tomas orales de fórmula enteral con bajo contenido lipídico. Actualmente tiene 2.5 años, con adecuado desarrollo ponderoestatural (peso 0,77DE, talla 1,10DE, IMC 0,13DE) y psicomotor, así como parámetros analíticos nutricionales normales. Sigue dieta baja en grasas suplementada con aceite de lino (lípidos 5,85% del valor calórico total), permaneciendo asintomática desde el punto de vista digestivo, con niveles normales de ácidos grasos esenciales.

Comentarios. La deficiencia de DGAT1 es una enfermedad muy rara, pero se debe considerar como diagnóstico diferencial ante una enteropatía pierdeproteínas en el primer año de vida. La restricción del aporte graso de la dieta logra controlar los síntomas digestivos y, junto con suplementación para evitar déficit de ácidos grasos esenciales, permite evolución pondo-estatural favorable.

14. DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE PITT-HOPKINS EN NIÑOS CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS.

Martínez Peñas S¹, García Sánchez N¹, Domínguez Jiménez M¹, Serrano Antón AT¹, Sánchez Soler MJ¹, Gil Ortega D¹, Ballesta Martínez MJ¹, Hidalgo Hidalgo V². ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia.

Introducción. El síndrome de Pitt-Hopkins (PTHS) es una enfermedad genética muy poco frecuente (1/ 300.000), habitualmente asociada a manifestaciones gastrointestinales: 75% estreñimiento grave, 50% reflujo gastroesofágico (RGE), 25% retraso del crecimiento postnatal, y frecuentes problemas de alimentación en la primera infancia. En ocasiones son los síntomas digestivos, junto con los rasgos faciales (en ocasiones sutiles) y la hipotonía, los síntomas guía para el diagnóstico de esta enfermedad genética.

Casos clínicos. Se presenta una serie de cuatro niñas con PTHS *de novo* y síntomas digestivos, diagnosticadas entre 2017-2023 (edad media al diagnóstico 3,5 años).

Caso 1: Escolar de 10 años, diagnóstico de PTHS (variante patogénica de tipo frameshift en heterocigosis en el gen TCF4) a los 4 años. En seguimiento en Digestivo infantil desde los 12 meses por estreñimiento refractario, asociado a rasgos particulares, retraso psicomotor, hipotonía, fallo de medro, y microcefalia. Presentó retraso madurativo de la alimentación (triturado hasta los 4 años).

Caso 2: Preescolar de 5 años, diagnóstico de PTHS (delección parcial en heterocigosis en el gen TCF4) a los 2 años tras estudio por retraso psicomotor, estreñimiento e hipotonía, con antecedente de atragantamientos frecuentes sin RGE desde época de lactante. El primer mes de vida presentó ictericia colestásica e hipertransaminasemia en probable déficit leve de alfa 1 antitripsina (genotipo MS). Sin afectación de peso o talla.

Caso 3: Preescolar de 3 años, diagnóstico de PTHS (por delección en heterocigosis en el gen TCF4) a los 11 meses tras estudio por retraso psicomotor y dismorfia, RGE, estancamiento ponderal y microcefalia desde los 6 meses de vida con sospecha de alergia a proteína de leche de vaca (fallo de medro y RGE que respondieron a fórmula hidrolizada al año de vida), y estreñimiento desde los 10 meses en tratamiento laxante. Rechazo de texturas sólidas en seguimiento por Unidad de Disfagia.

Caso 4: Preescolar de 2 años, diagnóstico de PTHS (variante patogénica de tipo missense en heterocigosis en el gen TCF4) a los 2 años tras estudio por retraso psicomotor e hipotonía, con estreñimiento refractario desde los 6 meses en tratamiento laxante.

En todos los casos el estreñimiento respondió a laxantes osmóticos, aunque precisó de dosis altas y prolongadas de macrogol (1-2 gramos/kilogramos/día).

Comentarios. En la serie presentada todas las pacientes mostraron síntomas gastrointestinales. La manifestación digestiva más frecuente fue el estreñimiento, seguida de RGE, fallo de medro y microcefalia, en consonancia con lo descrito en la literatura. Destacamos la relevancia de mantener un umbral de sospecha bajo respecto a la posible etiología genética subyacente a motivos de consulta frecuentes en Gastroenterología. Alcanzar un diagnóstico genético facilita un manejo clínico más preciso y permite un abordaje interdisciplinar personalizado, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

15. EL DESAFÍO DE LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN PACIENTES CON DREPANOCITOSIS. CONEXIÓN CON LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES DIGESTIVAS.

Mesonero Cavia S¹, Moya Ortega A², Robert Gil E², García Bernal M³, López Liñán MJ¹, García Puig R¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ²Servicio de Pediatría; ³Hematología infantil, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Mutua Terrassa. Terrassa, Barcelona.

Introducción. La drepanocitosis (SCD) suele afectar a múltiples órganos, incluidos el sistema pulmonar, neurológico, renal y cardiovascular. Sin embargo, su impacto en el sistema gastrointestinal y su asociación con enfermedades gastrointestinales autoinmunes (EAGI) son menos comprendidas. Durante las crisis vasooclusivas (COV), la lesión recurrente por hipoxia-reperusión contribuye al daño intestinal.

Casos clínicos. El estudio presenta una serie de casos que involucran a tres pacientes pediátricos con SCD, uno con diarrea crónica y dos con dolor abdominal, a los que finalmente se les diagnosticó enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y hepatitis autoinmune (HAI) respectivamente.

Caso 1: Niño senegalés (8 años) con SCD que presentó diarrea crónica y estancamiento ponderal. Se objetivó elevación de calprotectina fecal (FPC) y sangre oculta en heces. La colonoscopia reveló pancolitis con mucosa eritematosa, sobreelevada con pérdida de vascularidad y pequeñas úlceras. Se descartaron causas infecciosas. Finalmente, las biopsias confirmaron colitis ulcerosa (CU). Se probaron varios tratamientos, incluidos 5-ASA, azatioprina, corticosteroides, infliximab y ustekinumab a dosis intensificadas con falta de respuesta clínica y elevación persistente de la FCP. Actualmente con adalimumab y azatioprina pendiente de iniciar terapia dual.

Caso 2: Niña senegalesa (9 años) con SCD que presentó dolor abdominal y escasa ganancia ponderal de cuatro años de evolución. A pesar de una ecografía abdominal normal y serologías virales y de enfermedad celíaca negativas, persistía una elevación de las enzimas hepáticas. Los anticuerpos antimúsculo liso positivos llevaron a una biopsia hepática, lo que confirmó la HAI. El tratamiento con esteroides orales y azatioprina, seguido de un exitoso trasplante de médula ósea HLA compatible, resolvió tanto la SCD como la HAI.

Caso 3: Adolescente marroquí (15 años) con SCD presentó dolor abdominal persistente. Se identificó coledocolitiasis y, a pesar de la colecistectomía y el tratamiento con ácido ursodesoxicólico, el dolor abdominal persistió. Los niveles elevados de FCP y un examen anorrectal anormal impulsaron exploraciones complementarias adicionales. La cápsula endoscópica reveló úlceras duodenales y la histología de la colonoscopia granulomas epitelioides no necrotizantes aislados en la zona perianal, confirmándose enfermedad de Crohn (EC). Debido a factores sociales del paciente se inició tratamiento con budesonida oral de liberación entérica seguida de azatioprina logrando una remisión completa a día de hoy.



Figura 1. Examen rectal: replegue cutáneo, fisura intraglútea y papilas anales hipertróficas.



Figura 2. Cápsula endoscópica: muestra pequeñas úlceras duodenales.

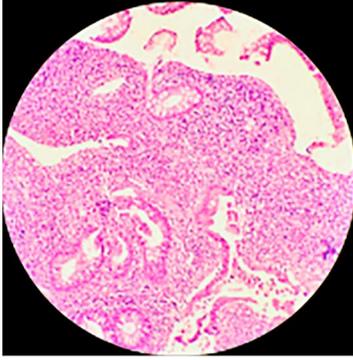


Figura 3. AP colon: mucosa desestructurada con infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario difuso.

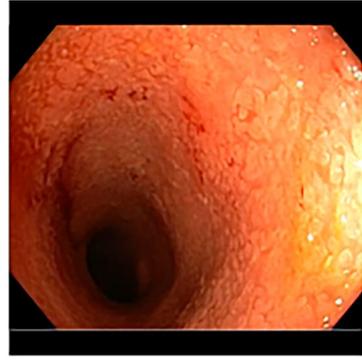


Figura 4. Colonoscopia: mucosa eritematosa y sobreelevada, pérdida de vascularidad y patrón regenerativo.

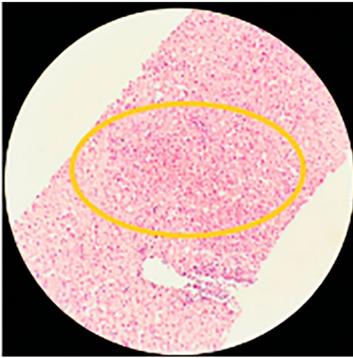


Figura 5. AP biopsia hepática: infiltración linfocítica leve y actividad inflamatoria lobulillar con necrosis focal de hepatocitos.

Comentarios. Se pretende destacar la importancia de incluir las enfermedades autoinmunes digestivas dentro del diagnóstico diferencial en pacientes con drepanocitosis y síntomas digestivos. Su diagnóstico, puede suponer un desafío por la mimetización con los síntomas de la propia enfermedad, conduciendo a un posible subdiagnóstico. Se recomienda una mayor conciencia al enfrentarse a pacientes con SCD y síntomas gastrointestinales recurrentes para evitar pasar por alto las EAIG, lo que podría resultar en una mayor morbilidad y mortalidad.

16. EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE STRONGKIDS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS. Monllau Espuis N¹, Urrutia Luis U¹, Lozano Marcos M², Bovo MV³, Alcaraz Hurtado A³, Montraveta Querol M³. ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad Nutrición Pediátrica; ³Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona.

Objetivos. Evaluar la implementación de un programa de cribado del estado nutricional en pacientes pediátricos hospitalizados en un hospital de tercer nivel. Realizar una valoración e intervención nutricional en los pacientes con riesgo moderado y alto.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo, de mayo a diciembre de 2023, en menores de 18 años hospitalizados. Se analiza el riesgo de desnutrición al ingreso y semanalmente, mediante la herramienta validada: "Screening Tool for Risk on Nutritional Status and Growth" (*STRONGkids*). Los pacientes son clasificados en riesgo bajo, 0 puntos; riesgo moderado, 1-3 puntos; y riesgo alto, 4-5 puntos. A su vez, se recogen las variables: edad, peso, percentil y desviación estándar (SD) al ingreso y semanalmente, tiempo de hospitalización, y la valoración nutricional.

Resultados. Se analizaron 482 pacientes con una edad media de 8,7 años (43% < 5 años, 17% 5-10 años, 40% > 10 años), que presentaron una media de 4,2 días de hospitalización. 418 (86%) precisaron ingreso menor a una semana, de ellos 8/418 (2%) presentaron un riesgo elevado de desnutrición y 3/8 pacientes fueron valorados por el equipo de nutrición. De los 64/482 (13%) pacientes que tuvieron un ingreso superior a una semana, 3/64 (5%) presentaron riesgo alto de desnutrición y 1/3 fue valorado por el equipo de nutrición. 16/64 (29%) pacientes presentaron riesgo intermedio y 11/16 pacientes fueron valorados nutricionalmente. Las principales barreras identificadas para realizar una valoración de los pacientes de alto y medio riesgo nutricional fueron la falta de comunicación de los resultados obtenidos al equipo de Nutrición, que se asocia a rotación en los recursos humanos, así como el conocimiento insuficiente sobre la importancia del diagnóstico de desnutrición.

Conclusiones. El riesgo nutricional en niños y adolescentes hospitalizados es una realidad frecuente y subdiagnosticada. En nuestro centro tras la implementación de la herramienta de cribado nutricional, *STRONGkids*, hemos obtenido información relevante que nos ha permitido realizar una valoración e intervención nutricional en un tercio de los pacientes con alto riesgo de desnutrición y en más de la mitad de riesgo moderado. Sin embargo, nos habíamos propuesto como objetivo realizar una evaluación y un plan nutricional en todos los pacientes de riesgo alto e intermedio ya que somos conocedores que la desnutrición pediátrica puede afectar la duración de la estancia hospitalaria, las tasas de infección y complicaciones, el desarrollo cognitivo y la calidad de vida general de los pacientes pediátricos. Por lo que podemos concluir que es preciso mejorar la articulación y la comunicación multi e interdisciplinaria para poder detectar y tratar a los pacientes en riesgo nutricional.

17. RIESGO DE SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN Y CARACTERÍSTICAS EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD INFANTO-JUVENIL DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA. Woods Kreisler N¹, Bunce LF¹, Corbacho Ripoll R², Rosell Camps A¹, Riera Llodrá JM¹. ¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Psiquiatría infanto-juvenil. Hospital Universitario Son Espases. Palma.

Objetivos. Describir las características de los pacientes hospitalizados en unidad de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en relación al riesgo de desarrollar síndrome de realimentación (SR).

Material y métodos. Revisión retrospectiva de pacientes entre 0 y 18 años hospitalizados en la unidad TCA de nuestra comunidad en relación al riesgo de desarrollar SR durante la primera semana de ingreso entre enero 2022 y diciembre 2023.

Resultados. Se incluyeron 59 pacientes y 77 hospitalizaciones. La edad media al ingreso fue de 14,4 años (DE 1,7), siendo 91,5% mujeres. El diagnóstico TCA fue anorexia nerviosa restrictiva en 79,7%. La disregulación emocional fue la comorbilidad más frecuente (9/59) sin identificar otras patologías orgánicas ni *exitus*. La estancia media fue 32,1 días (DE 19,7), el 75,3% fueron primeros ingresos. El IMC medio fue de 16,5 (DE 2,8) y la media de pérdida de peso de 12,6% (DE 9,2). Al ingreso presentaban: 9,1% ideación autolítica, 20,8% conductas purgativas, 57,1% ejercicio compensatorio, 5,2% uso de laxantes, 36% inanición más de 5 días y 70,4% amenorrea. Entre las constantes vitales: 57,9% presentaban temperatura menor a 36°, 26% bradicardia, 22,1% hipotensión sistólica y 61% hipotensión diastólica. Una paciente precisó monitorización estrecha por bradicardia extrema en cuidados intensivos. Analíticamente destacaban alteraciones iónicas en 46,7% de los ingresos (36/77 hipomagnesemia leve, 1/77 hipopotasemia leve y 1/77 hipofosfatemia leve), 49,2% descenso de leptina y 26% hepatitis asociada a la malnutrición. Se establecieron tres pautas de alimentación: estándar en 58,4% (aumento progresivo cada 48 horas), conservadora en 24,7% (aumento progresivo cada 72 horas) y completa desde el inicio en 16,9% (reingresos). El 32,5% precisó sonda nasogástrica. Se administró tiamina en 22,1% (mayor riesgo de SR por importante pérdida de peso aguda) y suero glucosado en 11,7% (2 por hipoglucemia y 7 al ingreso en urgencias). Tras la primera semana, el aumento medio de peso fue 4,2% (DE 2,2) y al alta el IMC medio fue 18,4 (2,3 DE). Al ingreso hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,005$) (IMC 16) en cuánto a edad (13,7 años vs 15,1 años), conductas purgativas (5,7% vs 33,3%), duración del ingreso (44 días vs 22 días), IMC (14,5 vs 18,2), porcentaje de pérdida de peso (15,4% vs 10,2%) y bradicardia (37,1% vs 83,3%).

Conclusiones. En nuestra cohorte se ha identificado alguna alteración analítica aislada pero ningún caso de SR. Es prioritario la monitorización estrecha e introducción lenta de la alimentación en aquellos pacientes con mayor de riesgo de desarrollar SR.

18. DIETA CETOGÉNICA: MÁS ALLÁ DE LA REDUCCIÓN DE CRISIS. Millán Borralló AM, Rivero de la Rosa MC, Pallarés Alameda M, Castillo Reguera Y, Martínez Martos Z, Balboa Vega MJ. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivos. Destacar los efectos beneficiosos de la dieta cetogénica (DC) a nivel neurocognitivo en pacientes con epilepsia refractaria seguidos en consultas de Nutrición y Neurología Pediátrica en un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional con muestra de 15 pacientes con epilepsia refractaria tratados con DC, entre 2017 y 2023. Se recogieron datos de filiación, variables sociodemográficas, clínica neurológica, características de la dieta cetogénica y efectos de la misma.

Resultados. Media de edad: 10 años (Rango: 19 meses-16 años). Utilizó dieta cetogénica clásica (DCC) el 80% y dieta Atkins modificada (DAM) 20%. El 100% inició la dieta en domicilio. Se usó vía oral en el 53%, gastrostomía 40% y mixto 7%. El 100% de los pacientes con DAM utilizaban la vía oral y eran mayores de 6 años (9, 12 y 16 años). Al inicio de la dieta, el 13% estaba en tratamiento con cuatro antiepilépticos, el 60% con tres, el 13% con dos y el 13% con un fármaco. La duración media de la DC fue de 21.5 meses (rango entre 1 y 56 meses). La tasa de abandono global fue 35,7%. De aquellos que abandonaron la dieta, el 40% presentó un abandono precoz (tres primeros meses) por inadecuada adherencia y mal funcionamiento. El resto, tuvo lugar tras haber completado al menos 6 meses de dieta, suspendiéndose por mal cumplimiento, absentismo de consultas y no cetosis. El 80% de los abandonos realizaba DC vía oral y el 80% utilizaba DCC. Se observaron efectos secundarios en 8 pacientes (53,3%). La mitad presentó estreñimiento, un 25% hiperlipidemia y el 37,5% hipercalcemia. De aquellos pacientes que completaron la DC (10 en total, 66%), se objetivó en el 40% reducción de crisis permitiendo retirada de al menos un fármaco en el 75%. Un paciente permitió retirada de todos. El 90% referían mejoras significativas a nivel neurocognitivo, destacando una mayor conexión con el medio, reinicio del lenguaje o mayor expresividad de este, reinicio de bipedestación, y mayor actividad neurocognitiva, permitiendo la mejora de su adaptación social. A nivel nutricional, los pacientes presentaban normnutrición un 70%, malnutrición leve 10% y moderada 20%. Tras seis meses de dieta, solo un paciente tenía malnutrición leve, siendo el resto normnutridos. Ninguno presentó sobrepeso.

Conclusiones. En nuestra muestra, se observa un mayor porcentaje de abandono con empleo de DCC y/o administración vía oral. Los efectos secundarios fueron leves no siendo necesario retirar dieta. No se aprecia impacto a nivel nutricional durante el tratamiento. Se obtienen datos concordantes con la bibliografía en cuanto a beneficios a nivel anticrisis pero destacamos especialmente mejoras significativas a nivel neurocognitivo, lo que apoya su uso precoz ante la mejora de calidad de vida de los pacientes.

19. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL PRECOZ EN EL PACIENTE CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA COMO HERRAMIENTA PREVENTIVA DE MALNUTRICIÓN. Fernández Marín A, Vázquez Gómez JA, García Muga I, Riaño Méndez B, Ibiricu Lecumberri A, Kortabarria Elguero M, Esteban Díez I, Ruiz del Prado MY. *Hospital San Pedro. Logroño.*

Objetivos. La desnutrición en pacientes con cardiopatías congénitas (CC) es una situación frecuente con una prevalencia del 15-64% según las series. La causa suele ser multifactorial, asociando un aumento de la demanda metabólica y una situación de bajo gasto cardiaco. El objetivo de este estudio es conocer si una intervención nutricional precoz es suficiente para mantener un estado nutricional adecuado, independientemente del tipo de CC.

Material y métodos. Se realizó un estudio entre enero y diciembre de 2023 de los pacientes con CC unicéntrico, de tipo prospectivo, con finalidad terapéutica o preventiva según cada caso. Los datos epidemiológicos, clínicos y antropométricos se obtuvieron de forma anónima de las historias clínicas electrónicas. Se recogió el riesgo nutricional de las CC de acuerdo con el último documento de consenso de la Asociación Española de Pediatría de 2023. Al variar los intervalos de seguimiento de acuerdo con la CC, se compararon los momentos temporales antes y después de la primera consulta, con un intervalo medio aproximado de 3 meses. Para la comparación antropométrica, se emplearon los datos de desviaciones estándar (DE) de la Organización Mundial de la Salud, así como los índices de Waterlow para el peso y la talla. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS®, considerando como significativo el hallazgo de $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 13 pacientes (61,5% mujeres) con diagnóstico posnatal de CC en el 61,5% de los casos, con una mediana de edad de 15 días desde el nacimiento. En 12 de los 13 pacientes (92,3%) el tipo de CC condicionaba un riesgo nutricional alto, realizando la valoración nutricional en el primer mes desde el nacimiento o el diagnóstico. De forma global, los valores promedios de DE e índices de Waterlow para peso y talla antes y después de la primera valoración se mantuvieron en rango de normalidad ($p=0,75$). El 46,15% de los pacientes ($n=6$) precisaron intervención nutricional ante síntomas de insuficiencia cardiaca ($n=3$) o tratamiento quirúrgico inminente ($n=3$), pautando en todos ellos una fórmula hipercalórica normoproteica. El valor promedio en este subgrupo para el peso en la primera consulta fue de $-0,95$ DE y de $-0,31$ DE a los 3 meses ($p=0,04$), con un índice de Waterlow para peso de 90,91% y 94,65% antes y después de la intervención, respectivamente ($p=0,03$). Con relación a la longitud, el resultado preintervención fue de $-0,26$ DE, siendo postintervención de $-0,30$ DE ($p=0,35$) para un índice de Waterlow de 98,63% y 97,2% ($p=0,42$).

Conclusiones. En este estudio, establecer un plan nutricional individualizado en el paciente con CC permitió mantener unos índices nutricionales adecuados. En el subgrupo de mayor vulnerabilidad clínica, permitió, además, una mejoría del peso, confirmando la importancia que el seguimiento nutricional tiene en estos pacientes.

20. PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO Y SITUACIÓN NUTRICIONAL DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO. Rodríguez Martín L, Manzano Infante MJ, Millán Jiménez A, De Juan Font M, Pérez García S. *Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.*

Introducción. La esofagitis eosinofílica (EEO) es una enfermedad crónica, que afecta negativamente a la calidad de vida, y cuyo abordaje dietético supone en ocasiones un importante desafío.

Material y métodos. Análisis transversal, observacional descriptivo, de pacientes diagnosticados de EEO en nuestro centro, entre los años 2016-2022. Se incluyeron los pacientes hasta 14 años de edad diagnosticados de EEO según criterios clínicos, endoscópicos y anatomopatológicos, en ausencia de otros trastornos eosinofílicos primarios. Se excluyeron pacientes que perdieron seguimiento o abandonaron el tratamiento.

Resultados. De un total de 34 pacientes incluidos, 26 fueron varones y 8 mujeres. Esto supone una incidencia de 0,56% en 7 años, en una población de 60.000 pacientes pediátricos, lo cual equivale a una incidencia anual de un 8,08 por cada 100.000. Se evaluaron los siguientes factores de riesgo: edad gestacional, con 8.8% de partos prematuros; Tipo de parto: 5 cesáreas y 29 eutócicos; Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses: solo 5 pacientes. Uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) en el 1^{er} año de vida: 17,74%; Antecedentes personales de alergias: 53% alergia a proteínas de leche de vaca y un 43% presentaba alergia a 3 o más alimentos (principalmente huevo y frutos secos, además de leche). Neumoalérgenos 32,35%. Antecedentes familiares de alergia 52% y 11,76% de EEO. Enfermedades concomitantes: 5 pacientes con gastritis por *H. pylori*. En nuestro estudio, apreciamos algún grado de malnutrición al diagnóstico en el 55,89% de los pacientes. De ellos, el 52,63% presentaba desnutrición leve, mejorando el 90% tras 1 año de tratamiento. El 31,5% presentaba desnutrición moderada, mejorando tan solo el 50% al año de tratamiento. Del 5,2% (1 paciente) con desnutrición severa, al año de tratamiento mejoró el índice nutricional sin alcanzar la normonutrición. 2 pacientes presentaban sobrepeso y obesidad, que mantuvieron al año. Analizando la extensión por tramos esofágicos afectados, esta es mayor (2 o 3 tramos) en el grupo de pacientes desnutridos vs normonutridos. Del total, 15 cambiaron de tratamiento por no alcanzar remisión histológica, 13 de ellos de IBP a corticoides. Del total, el 60% presentaba algún grado de desnutrición mejorando todos tras conseguir remisión con el cambio de tratamiento.

Conclusiones. Hay una alta incidencia de EEO en nuestra población con respecto a la descrita en la población general. Frecuentemente los pacientes afectados de EEO presentan algún grado de desnutrición al diagnóstico. En nuestra muestra, hay una alta prevalencia de alergias alimentarias y a neumoalérgenos. En ella, encontramos además relación entre número de restricciones dietéticas y desnutrición. La desnutrición es un signo presente con frecuencia al diagnóstico por lo que debemos incluir el diagnóstico de sospecha de EEO en pacientes con fallo de medro, pese a no presentar datos de disfunción esofágica.

21. DEFICIENCIA AISLADA CONGÉNITA DE LIPASA PANCREÁTICA; UN RARO TRASTORNO QUE DEBES CONOCER. García Volpe C¹, Meavilla Olivas S¹, De Los Santos Mercedes MM¹, Mínguez Rodríguez B¹, Llubero D¹, Amstrong J¹, Castejón Ponce E², Martín de Carpi FJ¹. ¹Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona. ²Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción. La deficiencia congénita de lipasa pancreática (PNLIP) es una forma monoenzimática poco común de insuficiencia pancreática exocrina caracterizada por una disminución de la absorción de grasas de la dieta que asocia esteatorrea y desnutrición. Trastorno de herencia recesiva por mutaciones en el gen PNLIP (10q26.1) existen muy pocos casos reportados. Presentamos un paciente con déficit de PNLIP confirmada genéticamente y su evolución a lo largo de 18 años.

Resumen del caso clínico. Paciente varón que desde periodo neonatal presenta deposiciones diarreicas y estancamiento ponderal tratado con varios cambios dietéticos sin mejoría. Estudio inmunoglobulinas normales, marcadores de celiaquía negativos, test del sudor normal (44mEq de Cl/L), deleciones de fibrosis quística negativas, IgE específicas a alimentos más frecuentes negativas. Destacaba déficit de vitamina A leve: 0,2 ug/ml (VN: 0,26-0,61). Test de gases espirados normales: H₂ ppm (VN < 20), metano 12 ppm (VN < 15). Mejoría parcial con fórmula hidrolizada, pero persiste estancamiento ponderal y asocia posteriormente deposiciones de aspecto esteatorreico, aceitosas y déficits de vitaminas liposolubles (A, D, E) por lo que a los 3 años de se realiza estudio de absorción de grasas: coeficiente de absorción < 70% y niveles plasmáticos de lipasa indetectables. Se establece entonces la PNLIP como sospecha diagnóstica. Estudio genético confirmatorio: deleción homocigota del exón 6 del gen PNLIP (PNLIP (NM_000936.3): c. (459+1_460-1)(571+1_572-1)del, siendo ambos padres portadores en heterocigosis. Dada la repercusión clínica, precisa tratamiento sustitutivo con enzimas pancreáticas y vitaminas liposolubles con mejoría del estado nutricional y normalización de los niveles de vitaminas. Coeficientes de absorción seriados normales. Ecografía abdominal: leve hepatomegalia, páncreas con ecogenicidad conservada con discreto adelgazamiento parenquimatoso. Densidad mineral ósea normal. A los 15 años presenta debut de Diabetes Mellitus tipo I con anticuerpos anti IA2 positivos. Evolución positiva con buen control nutricional, digestivo y endocrinológico.

Comentarios. Se describe un paciente con PNLIP que podría ser de los primeros con confirmación genética descrito en nuestro país según revisión de la literatura. La PNLIP debe incluirse en el diagnóstico diferencial de esteatorrea para evitar el retraso diagnóstico (3 años en nuestro caso) al tratarse de entidad poco conocida con bajo índice de sospecha. El tratamiento enzimático sustitutivo y el aporte de vitaminas liposolubles evita las graves consecuencias del déficit vitamínico crónico, la desnutrición y las molestias psico-sociales que implica la esteatorrea. Se sugiere que mutaciones en PNLIP pueden causar pancreatitis crónica no alcohólica. En nuestro caso no parece tener relación causal con su debut diabético.

22. ABORDAJE DE LA DISFAGIA OROFARÍNGEA, CAMBIOS EN LOS RESULTADOS DE LA ESCALA PEDI-EAT 10. Galindo García AC, Ros Arnal I, Romea Montañés MJ, García Romero R, Castejón Ponce E, Buades Pérez E, Salinas Uhalte A, Martín Costa A. *Servicio de Pediatría, Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Introducción. La disfagia es una patología cuya incidencia se encuentra en aumento en los pacientes en edad pediátrica, especialmente en niños prematuros y también en aquellos que presentan alteraciones en el neurodesarrollo. El diagnóstico de la disfagia puede resultar complejo, por ello se han desarrollado distintas herramientas para intentar llegar al mismo. La escala PEDI-EAT 10 es un instrumento de cribado que facilita el diagnóstico de esta patología y permite determinar la gravedad de la misma. El abordaje requiere un enfoque multidisciplinar, destacando las medidas logopédicas, conductuales y dietéticas, entre otras.

Objetivo. No existen trabajos que valoren la eficacia de las intervenciones realizada en disfagia orofaríngea, por lo que el objetivo es evaluarse las medidas terapéuticas (conductuales, dietéticas o logopédicas) aplicadas en los pacientes con disfagia son eficaces, reflejada en la mejoría de la puntuación de la escala PEDI-EAT 10 y otros aspectos relacionados con la ingesta. Se establecieron otros objetivos secundarios como evaluar si presentaban modificación del desarrollo ponderoestatural, si la incidencia de disfagia orofaríngea era superior en algunos grupos de pacientes o si precisó realizar estudio de la deglución y el resultado del mismo.

Material y métodos. Se realizó un estudio de cohortes observacional y prospectivo con un grupo de pacientes pediátricos con disfagia orofaríngea derivados a la consulta de Gastroenterología Pediátrica. Para ello, se seleccionaron pacientes entre 6 meses y 14 años, inicialmente se realizó una primera evaluación antropométrica, se consultaron los antecedentes personales, y cumplimentó de la escala PEDI-EAT 10 y otras cuestiones relacionadas con la ingesta. Seguidamente, se indicaron las medidas terapéuticas y se fijaba una segunda revisión tras 3-6 meses.

Resultados. Se reclutaron 16 pacientes con disfagia (hasta enero de 2023) presentando patología neurológica en el 57% de los casos y/o prematuridad en el 37% de los mismos. La puntuación media inicial del PEDI-EAT 10 fue de 18 puntos. En la reevaluación de 12 de los pacientes, tras ser valorados por la logopeda especialista en disfagia pediátrica y realizarse recomendaciones nutricionales, conductuales... la puntuación media fue 14 puntos ($p=0.04$ Wilcoxon). En los valores antropométricos según Z-score no se observaron diferencias estadísticamente significativas. En el 75% de los casos se completó estudio de la deglución con videofluoroscopia, mostrando aspiración en el 44% de los estudios (puntuación 6 o superior de la Escala Penetración Aspiración).

Conclusiones. La intervención sobre la disfagia, no produce una desaparición de la misma, dada la patología neurológica de base de muchos de estos pacientes, pero si consigue en un corto periodo de tiempo, producir una mejoría significativa de la misma. Además, estas intervenciones se asocian a una mejor situación nutricional.

23. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA EN PEDIATRÍA ¿ALGO NUEVO BAJO EL SOL? Gallego Vázquez S¹, Cañedo Villarroya E², Sánchez Trujillo L³, Fernández Leal A², Di Campli Zaghlul M², Martín Fernández C², De la Mano Hernández A², Muñoz Codoceo RA². ¹Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción. La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en Pediatría y su reconocimiento, diagnóstico diferencial y manejo precoz es clave para evitar secuelas y/o desenlaces fatales.

Presentamos este caso clínico como ejemplo de una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico a no ser que exista un elevado grado de sospecha.

Resumen del caso. Paciente de 21 meses traída a Urgencias por los servicios sanitarios tras episodio de desconexión de medio en domicilio en contexto de gastroenteritis aguda. A la llegada de los servicios sanitarios, se constata glucemia capilar de 25 mg/dl, por lo que se administra bolo de suero glucosado intravenoso previo traslado. A su llegada se encuentra ya consciente con glucemia capilar >70 mg/dl y beta hidroxibutirato de 0,5 mmol/L. Hermana gemela con mismo cuadro de deposiciones diarreicas y vómitos, aunque sin el antecedente de desconexión del medio, es trasladada así mismo a Urgencias para valoración. A su llegada presenta somnolencia intensa por lo que se extrae glucemia capilar de 31 mg/dl con beta hidroxibutirato de 0,4 mmol/L. En este caso, previo a la administración de glucosa i.v. se extrae muestra de sangre y orina para el diagnóstico diferencial de hipoglucemia hipocetósica. Durante el ingreso de ambas pacientes no se vuelve a evidenciar hipoglucemia, y las analíticas de Urgencias solo presentan alteraciones en los reactantes de fase aguda y rotavirus en heces positivo. La insulina, péptido C, acilcarnitinas y aminoácidos en sangre son normales, así como los cuerpos reductores y ácidos orgánicos en orina. Se solicita estudio genético detectándose en ambas niñas 2 mutaciones en el gen HMGCS2 compatibles con deficiencia de 3-Hidroxi-metilglutaril-Coa-Sintasa-2. Enzima implicada en la cetogénesis que puede dar lugar a hipoglucemias hipocetósicas graves durante infecciones y/o periodos de ayuno. Tras el diagnóstico se inician aportes de carnitina oral, dieta abundante en carbohidratos, discreta restricción grasa y administración nocturna almidón crudo de maíz para minimizar las hipoglucemias.

Comentarios. Aunque el hiperinsulismo y los trastornos de la b-oxidación de ácidos grasos son las causas más frecuentes de hipoglucemia hipocetósica, debemos recordar que no existen causas benignas de esta entidad por lo que ante su negatividad siempre debemos descartar trastornos de la cetogénesis. Su diagnóstico supone un reto, al no disponer de hallazgos analíticos específicos, por lo que las técnicas de genética serán clave. Es fundamental en el estudio inicial de las hipoglucemias, valorar siempre la existencia o no de cuerpos cetónicos y recoger muestras críticas para estudios posteriores antes de realizar correcciones. El manejo nutricional de estos pacientes se basa en evitar el ayuno, favoreciendo la ingesta de carbohidratos en situaciones de estrés y limitando el consumo de grasas en la dieta.

24. FENOTIPO CARACTERÍSTICO SUGERENTE DE ALTERACIÓN EN EL TEJIDO CONECTIVO COMO PISTA PARA EL DIAGNÓSTICO DE METABOLOPATÍA. Sánchez Trujillo L¹, Cañedo Villarroya E², Gallego Vázquez SM³, De La Mano Hernández A², Palomino Pérez L², Velasco Rodríguez-Belvis M², Puente Ubierna N², Muñoz Codoceo RA². ¹Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo.

Introducción. Los trastornos del metabolismo son enfermedades raras, con síntomas a menudo inespecíficos, precisando un elevado grado de sospecha para su diagnóstico. Presentamos un caso clínico de especial relevancia, siendo el único descrito en España.

Resumen del caso. Varón en seguimiento desde los primeros meses de vida por vómitos y retraso ponderoestatural. Antecedentes: gestación controlada, CIR a la semana 33, serologías negativas. Padres no consanguíneos. Ingres a los 8 meses de vida por vómitos que no mejoran tras exclusión de proteínas de leche de vaca y desnutrición crónica grave que precisa iniciar soporte nutricional enteral con sonda nasogástrica. A la exploración, presenta aspecto distrófico, aracnodactilia, escleróticas azules, piel redundante en manos, hipotonía axial y piramidalismo. Se completa estudio con hemograma, gasometría y bioquímica sanguíneas sin hallazgos; aminoácidos, acilcarnitinas y análisis de sialotransferrinas en sangre y sedimento, y ácidos orgánicos urinarios informados como normales. Ecografía abdominal sin hallazgos y resonancia magnética cerebral con polígono de Willis tortuoso. Se realiza cariotipo, CGH-Arrays y exoma que no encuentra alteraciones. Se realiza biopsia muscular que es normal. Durante su seguimiento aumentan los vómitos y datos de dismotilidad intestinal con cuadros pseudoclusivos, precisa gastrostomía y Nissen. Desarrolla paraparesia espástica, cataratas y divertículos vesicales manteniendo mismo soporte nutricional. Dada la tórpida evolución y el fenotipo clínico tan característico de alteración del tejido conectivo, se revisa estudio previo de aminoácidos en sangre objetivándose leve elevación de glutamina con disminución de citrulina, ornitina y prolina lo que lleva así mismo a revisar el exoma de manera dirigida detectándose alteraciones en el gen ALDH18A1 compatibles con deficiencia de delta-1-pirrolina-5-carboxilato sintetasa que confirman la sospecha diagnóstica.

Comentarios. La deficiencia de delta-1-pirrolina-5-carboxilato sintetasa produce una alteración en la biosíntesis de ornitina y prolina. La alteración de la ornitina condiciona un trastorno del ciclo de la urea con alteraciones de otros aminoácidos y posibilidad de hiperamoniemia en ayunas. La alteración de la prolina se manifiesta con datos sugerentes de trastorno del tejido conectivo (hiperlaxitud cutánea y articular, cataratas subcapsulares, tortuosidad vascular, dismotilidad gastrointestinal, etc.) con discapacidad intelectual. Fenotípicamente, nuestro paciente tiene gran similitud con el resto de los casos descritos en la literatura. El diagnóstico precoz de esta entidad permite un abordaje terapéutico nutricional con el aporte de aminoácidos pertinente y mejoría del pronóstico.

25. CETOSIS NORMOGLUCÉMICA EN DOS CASOS CON GLUCOGENOSIS IXA. Gutiérrez Vilar M, Ruiz Pons M, Pérez Rodríguez A, De la Barreda Heusser L, Alberto Alonso JR, Royo I, Gean E. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

Introducción. La glucogenosis IXa (GSD IXa) por déficit de actividad de la fosforilasa b quinasa hepática ligada al cromosoma X, está causada por un amplio rango de mutaciones en el gen PHKA2 y es la más frecuente de las formas de GSD IX. Se caracterizan por hepatomegalia, retraso del crecimiento, hipoglucemia de ayuno, cetosis, dislipemia y ligero aumento de las transaminasas. La hipoglucemia suele ser leve ya que la gluconeogénesis y la oxidación de ácidos grasos son funcionales provocando una cetosis más pronunciada. Presentamos dos pacientes con GSD IXa.

Casos clínicos. Ambos pacientes son varones, remitidos a la edad de dos años y medio, por clínica de distensión abdominal, hepatomegalia significativa (hasta 3,5 traveses de dedo) e hipercetosis al ayuno con normoglucemia. En el primer caso se realizó test de glucagón tras periodo de ayuno de 12 horas, sin lograr elevación de niveles de glucosa sérica, con descenso progresivo del ácido láctico desde 1,8 a 0,6 mmol/L. Analítica basal (tras ayuno nocturno de 9-10 h) con glucemias > 70 mg/dl y Beta-hidroxibutirato (BHB) de hasta 13.2 mg/dl, hipertransaminasemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, además de hipocrecimiento. Estudio genético: variante en hemiciois c.3397_3424del (p.Gln1133Lysfs*6) en gen PHKA2. En el segundo caso, destacaba hipotonía leve, retraso del lenguaje y estancamiento ponderal, con infiltración de la grasa hepática compatible con enfermedad de depósito, junto a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertransaminasemia e hiperuricemia en la analítica. En este caso el test de glucagón reveló un ligero ascenso de la glucemia (64 a 93 mg/dl) con descenso de láctico (2,2 a 1,3 mmol/L) y ascenso del BHB (19 a 22,9 mg/dl). Analítica basal (tras ayuno nocturno de 9-10 h) con glucemias 60-70 mg/dl y BHB de hasta 15 mg/dl. A los 4.5 años inicia episodios de dolores y musculares calambres en miembros inferiores sin elevación de creatinina y electromiograma normal. Estudio genético: variante en hemiciois c.2518_1G>A en gen PHKA2. Ambos pacientes mejoraron progresivamente desde el diagnóstico con medidas dietéticas, requiriendo el segundo caso tomas de almidón de maíz crudo nocturnas para control clínico y de la cetosis. Además, ambos se encuentran actualmente sin signos de hepatomegalia, con controles analíticos en rango adecuado.

Comentarios. La cetosis con normoglucemia constituye un fenotipo bioquímico frecuente en la GSD IXa y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes con intolerancia al ayuno con normoglucemia y cetonemia. No existen guías clínicas para el manejo de la GSD IX, pero opiniones de expertos recomiendan que dada las cifras de normoglucemia en muchos pacientes, la prevención del aumento de cuerpos cetónicos debe considerarse como un objetivo más importante para optimizar el control metabólico, mantenimiento concentraciones basales de BHB <3 mg/dl (<0,3 mmol/L) con normoglucemia.

26. DÉFICITS NUTRICIONALES EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA. Marset Gomis G¹, Fornos Sandoval S¹, Abu-Sharif Boigas F², Vélez García V², Burgos Berjillos I³, García Peris M⁴, Correcher Medina P⁴. ¹Sección de Gastroenterología y Hepatología Infantil; ²Dietista-Nutricionista, Unidad de Nutrición y Metabolopatías; ³Sección de Pediatría Infeciosa; ⁴Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Objetivos. La selectividad alimentaria es una característica común en individuos con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y puede tener consecuencias clínicas significativas, como se evidenció en dos pacientes que ingresaron en nuestro centro por escorbuto. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de deficiencias en la ingesta de macro y micronutrientes en este grupo de pacientes y determinar la necesidad de suplementación para prevenirlas

Material y métodos. Realizamos una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los 14 pacientes con TEA remitidos a las consultas de nutrición infantil de un hospital terciario desde diciembre de 2022 hasta diciembre de 2023. Recopilamos datos antropométricos, encuestas dietéticas de macro y micronutrientes, información clínica sobre patrones de alimentación, ingesta de suplementos nutricionales y datos analíticos disponibles.

Resultados. La relación peso/talla fue adecuada en un 69%, se encontró desnutrición en un 8%, otro 8% sobrepeso y un 15% obesidad. El 57% presentaba comorbilidad digestiva, y el 69% selectividad alimentaria. Se observó un déficit de carbohidratos en un 28.5%, especialmente en aquellos con dieta triturada, un 57% mostró ingesta elevada de grasas, de los que un 14% presentó niveles altos de colesterol sérico. El 64% mostraron una ingesta baja de omega 3. Respecto a los micronutrientes, destacó una ingesta deficiente de vitaminas liposolubles (Vitamina A: 61%, vitamina D: 92%, vitamina E: 46%, vitamina K: 54%), con niveles séricos bajos de vitamina D solo en el 31%. La baja ingesta de folatos (57%) y vitamina B12 (21.42%) fue frecuente. La ingesta de vitamina C fue adecuada en todos los casos excepto en los dos pacientes con escorbuto. Entre los minerales, los hallazgos más frecuentes fueron la ingesta baja de potasio (84%), sodio (30%), calcio (54%), magnesio (38%), flúor (61%), cobre (38%), selenio (38%), yodo (46%), zinc (30%), hierro (61%, con ferropenia sérica en el 23% de estos) y de fósforo (14,28%, hipofosfatemia solo en el 50%).

Conclusión. Los pacientes con TEA y patrones alimentarios restrictivos presentan deficiencias frecuentes en macro y micronutrientes. Los déficits no siempre se reflejan en los análisis de laboratorio, por lo que sería necesario monitorizar la ingesta para recomendar la suplementación de manera individualizada. La obesidad y el sobrepeso también son problemas debido a la preferencia por alimentos ricos en grasas y con bajo valor nutricional.

27. ¿SON ADECUADOS LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA GASTROINTESTINAL? Amar Devico YS, López Matiacci M, García Barba S, Olalla M, Martínez Escribano B, Pérez Fernández C, Raphael I, Barrio Torres J. *Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.*

Objetivos. Evaluar los hábitos alimentarios de niños y adolescentes de 4-16 años que acuden a consultas de Gastroenterología Pediátrica y su adecuación a las recomendaciones dietéticas. Estudiar la posible influencia de factores demográficos y clínicos en la calidad de la dieta y los patrones dietéticos

Material y métodos. Estudio transversal analítico en el que se invitó a los padres de niños de 4 a 16 años que consultaron en Gastroenterología Pediátrica entre febrero de 2022 y abril de 2023 a cumplimentar un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos alimentaria y registro de datos demográficos. Los pacientes se clasificaron en trastornos funcionales gastrointestinales (TFGI) (criterios de Roma IV) u orgánicos. La frecuencia de ingesta de diferentes alimentos y grupos de alimentos se comparó con las recomendaciones dietéticas (Kidmed, nutriplato). Se analizó la asociación entre las distintas variables (clínicas y antropométricas) y el patrón dietético. El análisis estadístico descriptivo e inferencial se realizó con SPSS 22.

Resultados. Nuestra muestra incluye 181 pacientes (niños: 46%, niñas: 54%), 119 tenía TFGI según Roma IV (65,7%), de estos últimos 57 (47,8% estreñimiento funcional y 26 (21,8%) dispepsia funcional) y 62 (34,3%) patología orgánica. No se encontraron diferencias significativas en el adecuado cumplimiento de las recomendaciones dietéticas entre pacientes con diferentes tipos de TFGI ($p > 0,05$) ni entre pacientes con patología funcional vs orgánica ($p > 0,05$). Cumplimentaron el cuestionario Kidmed 161 pacientes de los cuales solo el 21% presentó puntuación > 8 (realización de dieta mediterránea óptima), un 60% entre 4-7 (necesidad de mejorar) y 19% < 3 (baja calidad). Se compararon las respuestas para la encuesta Kidmed en cada grupo de pacientes según su patología, obteniéndose de media una puntuación de 5 (adherencia media a la dieta mediterránea), sin diferencias significativas entre los grupos ($p > 0,05$). Al comparar la ingesta de los principales grupos de alimentos con las directrices, el 43% de los niños cumplía las recomendaciones para los productos lácteos, 59% para el pescado, 62% para la carne, 67% para los huevos y 73% para las legumbres, pero solo el 20% cumplía las recomendaciones para la ingesta de frutas y verduras (10% verduras, 29% frutas). Además, el 47% de los niños bebía zumos industriales con regularidad, el 62% comía bollería industrial y el 55% comía alimentos precocinados al menos una vez a la semana.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes de nuestra consulta no cumplen las recomendaciones dietéticas actuales, especialmente en la ingesta de frutas y verduras, sin observarse diferencias entre los que tienen distintos tipos de patología.

28. INFLUENCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS QUE INGRESAN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS RESPECTO A NÚMERO DE COMPLICACIONES Y DÍAS DE ESTANCIA. Martínez Peñas S¹, García Sánchez N¹, Hidalgo Hidalgo V², Navalón Rubio M¹, Vives Piñera I¹, Gil Ortega D¹, Navarro Salmerón Z³. ¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Hospital Comarcal del Noroeste. Murcia. ³Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Introducción. La desnutrición es una complicación frecuente en niños oncológicos, con una prevalencia muy variable (6-50%) dependiendo del tipo de tumor, extensión y tratamiento. Durante su evolución pueden precisar ingreso en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) lo que supone estrés metabólico añadido. A pesar de esto, no existen herramientas de cribado nutricional validadas ni se conoce bien cómo el estado nutricional puede influir en el pronóstico. El objetivo de este estudio ha sido analizar la influencia del estado nutricional de los pacientes oncológicos que ingresan en UCIP respecto al número de complicaciones y días de estancia.

Material y métodos. Estudio descriptivo y analítico, observacional, y retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes oncológicos < 18 años que ingresaron desde 2018 a 2022 en UCIP de un hospital de tercer nivel. Se excluyeron: ingresos para sedación, colocación de vía central, técnica diagnóstica o historia incompleta. Se han analizado los datos confidencialmente en Excel y SPSS.

Resultados. De la muestra inicial de 62 pacientes, 33 reingresaron durante el periodo de estudio, contabilizando 129 ingresos totales, siendo el motivo principal por postoperatorio (55,8%) y los tumores sólidos los más frecuentes. El rango de edad iba de 8 meses-17 años (mediana de 9,15 años). El estado nutricional (EN) según Z-Score IMC (índice de masa corporal) de los 129 ingresos fue: 4 con desnutrición, 72 eunutrídos (18 en riesgo de desnutrición) y 18 sobrenutridos. No se obtuvo significación estadística al comparar EN con número de días de ingreso ni de complicaciones. Pero sí se obtuvo al comparar número de complicaciones y EN según Z-Score IMT (índice de masa triponderal) en pacientes desnutridos con respecto al resto (H Kruskal-Wallis= 4,382; p=0,036). De los 92 ingresos en los que se analizó la albúmina, 69 presentaron hipoalbuminemia, encontrándose significación estadística al comparar hipoalbuminemia y mayor estancia hospitalaria (Mediana 4 vs 3 días; H de Kruskal-Wallis= 4,411; p=0,036). También, se encontró asociación entre hipoalbuminemia y presentar mayor número de complicaciones (H de Kruskal-Wallis= 47,097; p=0,008).

Conclusiones. Los índices antropométricos estudiados parecen indicadores pronósticos deficientes para predecir la aparición de complicaciones y los días de estancia en UCIP quizás por la heterogeneidad y el pequeño tamaño muestral o por la variabilidad en las mediciones. Por el contrario, sería interesante incluir en la valoración nutricional parámetros bioquímicos dado que podrían asociarse a mayor número de complicaciones. Se necesitan más estudios, con un tamaño muestral mayor y homogéneo, para conseguir establecer una herramienta nutricional pronóstica validada en pacientes oncológicos al ingreso en UCIP, que permita realizar una intervención nutricional precoz y evitar el desarrollo de potenciales complicaciones.

29. LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ: XANTOMATOSIS CEREBROTENDINOSA. Pizarro Ruiz AM, Rodríguez Sánchez A, Martínez Tourné A, Fernández Bueno I, Benavente González JJ, Cortés Mora PA, González Bermúdez CA, Guzmán Quirós S. *Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.*

Introducción. La xantomatosis cerebrotendinosa (XCT) es un error congénito del metabolismo caracterizado por el depósito de lípidos en diferentes tejidos. Es de herencia autosómica recesiva, y está causada por una mutación en el gen CYP27A1 que condiciona el déficit mitocondrial de esteroil 27-hidroxilasa. Esto produce un defecto en la síntesis hepática de ácidos biliares (especialmente, quenodesoxicólico) y el consecuente depósito de metabolitos intermediarios (principalmente colestanol) siendo lo más característico la aparición temprana de cataratas, los xantomas tendinosos y una afectación neurológica progresiva. El diagnóstico definitivo es genético, existiendo alteraciones bioquímicas como la elevación de colestanol y de la relación colestanol/colesterol séricas así como de la excreción de alcoholes biliares en orina. El tratamiento consiste en la terapia de reemplazo con ácido quenodesoxicólico, que actúa restaurando la retroalimentación negativa en la síntesis endógena de los ácidos biliares, provocando así la reducción de las concentraciones de los metabolitos intermedios. De esta manera, la progresión de la enfermedad se puede frenar e incluso revertir si se administra el tratamiento de manera temprana.

Resumen del caso. Escolar de 11 años sin antecedentes perinatales de interés, en seguimiento por Neuropediatría por discapacidad intelectual, rasgos particulares y encefalopatía epiléptica, con antecedente de Síndrome de West, en el que se descubrieron mediante un estudio genético dos variantes patológicas en el gen CYP27A1, causantes de la XCT. Tras esto, se corroboró el diagnóstico mediante la medición de la concentración sérica de colestanol y de la excreción de alcoholes biliares en orina, ambos aumentados. Se realizó el estudio genético de la familia, encontrando en cada uno de los padres una de las variantes patogénicas del gen CYP27A1 y, además, se vieron las mismas dos variantes en el hermano de 19 años también en estudio por discapacidad intelectual rasgos particulares y antecedente de crisis en la infancia estudiado.

Comentarios. La xantomatosis cerebrotendinosa es una enfermedad rara que requiere su conocimiento y una sospecha clínica para el diagnóstico. Las manifestaciones clínicas son muy diversas, desde colestasis neonatal, cataratas, diarrea crónica, disfunción hepática y xantomas hasta problemas de aprendizaje, trastorno del espectro autista, piramidalismo, síndrome cerebeloso, neuropatía periférica, alteraciones psiquiátricas o demencia en edades más avanzadas. El diagnóstico definitivo es genético, además de las alteraciones bioquímicas comentadas, nuevos estudios han propuesto la 7 α -hidroxi-4-colesten-3-ona como un marcador prometedor para el diagnóstico y seguimiento. Esta enfermedad condiciona una afectación neurológica progresiva potencialmente tratable e incluso reversible con un inicio precoz del tratamiento por lo que algunos autores proponen su inclusión en el *screening* metabólico neonatal. Dado que una intervención temprana puede suponer una gran diferencia en el pronóstico a largo plazo, los objetivos de nuestro trabajo son dar a conocer esta enfermedad y proponer que se incluya el estudio del gen CYP27A1 en los paneles genéticos solicitados a pacientes que puedan presentar síntomas compatibles.

30. GALACTOSEMIA POR DÉFICIT DE GALT: VARIANTE CLÍNICA MUY POCO HABITUAL. Andrade Guerrero JD, Moráis López A, Bergua Martínez A, Borregón Rivilla E, Merinero Ausín I, Climent Alcalá FJ, Gutiérrez Alvaríño M, Hierro Llanillo ML. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Introducción. La galactosemia clásica es un trastorno metabólico hereditario en el que el cuerpo es incapaz de descomponer adecuadamente la galactosa. Los principales síntomas se manifiestan en las primeras semanas de vida como ictericia, vómitos, diarrea, fallo hepático, retraso en el desarrollo y problemas neurológicos.

Caso clínico. Neonato de 21 días de vida sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a urgencias por fiebre de 3 días de evolución de hasta 38,5°C, rinorrea y leve tos. Alimentado con lactancia materna exclusiva, con adecuada tolerancia de las tomas. Se realiza analítica sanguínea que muestra PCR 19,3 mg/L, PCT 1,64 ng/ml; y punción lumbar, obteniendo líquido de aspecto amarillento. Ingresa con antibioterapia con ampicilina + cefotaxima. Durante las primeras horas de ingreso presenta crisis comiciales focales en hemisferio izquierdo y posteriormente hemiparesia derecha. Se realiza TAC de urgencia que muestra infarto isquémico talámico izquierdo con hemorragia frontal izquierda y hematoma frontal derecho intraparenquimatoso. Se realiza craniectomía descompresiva de urgencia. Posteriormente mantuvo estancia prolongada en UCIP, presentando desde su ingreso 6 nuevas trombosis en diferentes localizaciones: seno venoso longitudinal superior, seno venoso transversal izquierdo, trombosis oclusiva extensa en miembro inferior derecho, superficial de brazo izquierdo, brazo derecho y yugular interna derecha. Ante el hallazgo de antitrombina III (AT-III) disminuida (28% para VN 80-120%) se inicia tratamiento con AT-III y anticoagulación. El estudio etiológico de trombofilia puso de manifiesto una alteración de la glicosilación de la AT-III. Se realizó en ese momento estudio de isoformas de transferrina, mostrando un valor de transferrina deficiente de carbohidratos de 74,5% (N< 1,3%). Con la sospecha de trastorno de glicosilación de proteínas se solicitó estudio genético, en el que se detectaron 2 mutaciones en el gen GALT que podría ser compatible con galactosemia tipo I. Se solicitó determinación de metabolitos de la enfermedad, mostrando elevación de galactitol urinario (1.001 mmol/mol creatinina para VN< 112) y galactonato urinario (141 mmol/mol creatinina para VN< 261). El estudio enzimático mostró actividad GALT muy disminuida 0,32 umol/h/ghb (N25,9±2,3DS) en eritrocitos, confirmando así el diagnóstico genético y bioquímico de galactosemia tipo I. Durante todo el seguimiento siempre mantuvo función hepática normal. Tras el diagnóstico, se inició tratamiento dietético con fórmula exenta de lactosa apta para galactosemia, observando la normalización del patrón de isoformas de transferrina y de la actividad de AT-III, que permitió la retirada de la anticoagulación tras 16 meses.

Conclusiones. La presentación clínica de este paciente, sin ningún tipo de afectación hepática, fue muy distinta a lo referido en la literatura para la galactosemia clásica, lo cual motivó que se retrasara su diagnóstico. El tratamiento mediante retirada de galactosa de la dieta normalizó los hallazgos analíticos, resolviendo la clínica trombótica.

31. MANTENIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA RESPUESTA Y MEJORA DE LA SALUD HEPÁTICA CON MARALIXIBAT EN PACIENTES CON COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA (CIFP): DATOS DE 2 AÑOS DEL ESTUDIO MARCH-ON. Miethke A¹, Moukarzel A², Porta G³, Covarrubias Esquer J⁴, Czubkowski P⁵, Ordóñez F⁶, Mosca A⁷, Aqul AA⁸, Squires RH⁹, Sokal E¹⁰, D'Agostino D¹¹, Baumann U¹², D'Antiga L¹³, Kasi N¹⁴, Laborde N¹⁵, Arkan C¹⁶, Lin CH¹⁷, Gilmour SM¹⁸, Mittal N¹⁹, Chiou FK²⁰, Horslen SP⁹, Huber WD²¹, Nunes T²², Leon E²², Lascau A²², Longpre L²², Mogul DB²², Baek M²², Vig P²², Vera F. Hupertz²³, Gonzalez-Peralta R²⁴, Ekong U²⁵, Hartley J²⁶, Laverdure N²⁷, Ovchinsky N²⁸, Thompson RJ²⁹.

¹Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Cincinnati, Ohio. ²Hôtel Dieu de France Saint Joseph University Hospital. Beirut, Lebanon. ³Hospital SÍrio-Libanês. São Paulo, Brazil. ⁴Nois de México SA de CV. Jalisco, Mexico. ⁵Gastroenterology, Hepatology, Nutritional Disorders and Pediatrics, The Children's Memorial Health Institute. Warsaw, Poland. ⁶Cardioinfantil Foundation-La Cardio. Bogotá, Colombia. ⁷Ospedale Pediatrico Bambino Gesù Ircs. Lazio, Italy. ⁸University of Texas Southwestern Medical Center. Dallas, Texas. ⁹UPMC Children's Hospital of Pittsburgh, Pediatrics. Pittsburgh, Pennsylvania. ¹⁰UCLouvain, Cliniques Universitaires St Luc, Pediatric Hepatology. Brussels, Belgium. ¹¹Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. ¹²Hannover Medical School, Pediatric Gastroenterology and Hepatology. Hannover, Germany. ¹³Paediatric Hepatology, Gastroenterology and Transplantation, Hospital Papa Giovanni XXIII. Bergamo, Italy. ¹⁴Medical University of South Carolina. Charleston, South Carolina. ¹⁵Hôpital des Enfants – CHU Toulouse. Toulouse, France. ¹⁶Koc University School of Medicine. Istanbul, Turkey. ¹⁷Children's Hospital Los Angeles. Los Angeles, California. ¹⁸University of Alberta, Pediatrics. Edmonton, Alberta, Canada. ¹⁹University of Texas Health Science Center at San Antonio. San Antonio, Texas. ²⁰KK Women's and Children's Hospital. Singapore. ²¹Medical University of Vienna. Vienna, Austria. ²²Mirum Pharmaceuticals, Inc. Foster City, California. ²³Cleveland Clinic Children's. Cleveland, Ohio. ²⁴AdventHealth for Children and AdventHealth Transplant Institute, Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Liver Transplant. Orlando, Florida. ²⁵MedStar Georgetown Transplant Institute, MedStar Georgetown University Hospital. Washington, DC. ²⁶Birmingham Women and Children's Hospital. Birmingham, United Kingdom. ²⁷Hôpital Femme Mère Enfant, Hospices Civils de Lyon, Pediatric Hepato Gastroenterology and Nutrition Unit. Lyon, France. ²⁸New York University Grossman School of Medicine. New York, New York. ²⁹Institute of Liver Studies, King's College London. London, United Kingdom.

Introducción. La colestasis intrahepática familiar progresiva (CIFP) es un grupo de trastornos genéticos que provocan alteraciones en la composición de la bilis, la colestasis y el prurito. Maralixibat (MRX), inhibidor del transportador ileal de ácidos biliares, de absorción mínima, evita la recirculación enterohepática de ácidos biliares. En el estudio MARCH (fase III, controlado con placebo, 26 semanas de duración), MRX (570 µg/kg dos veces/día) demostró mejoras significativas en prurito, ácidos biliares séricos (ABs), bilirrubina total (BT) y crecimiento en la variedad más amplia de genotipos de CIFP estudiados hasta la fecha. En el estudio MARCH-ON, extensión abierta de MARCH, reportamos el mantenimiento a largo plazo del efecto de hasta 2 años de tratamiento con MRX.

Métodos. Se evaluó el mantenimiento a largo plazo de la respuesta en pacientes aleatorizados originalmente para recibir MRX en MARCH que continuaron en tratamiento en MARCH-ON (grupo MRX-MRX): n= 33; BSEP [n= 14], FIC1 [n= 7], MDR3 [n=4], TJP2 [n=6], MYO5B [n=2]), y en pacientes que recibieron placebo (PBO) en MARCH y cambiaron a MRX abierto en MARCH-ON (grupo PBO-MRX): n= 27; BSEP [n= 14], FIC1 [n= 6], MDR3 [n=5], TJP2 [n= 1], MYO5B [n= 1]). Las principales evaluaciones incluyeron: prurito, ABs, BT, puntuaciones Z de crecimiento e incidencia de acontecimientos adversos durante el tratamiento (AADT). El inicio de administración de MRX para cada grupo se definió como valor inicial.

Resultados. Grupo MRX-MRX: la mediana (mín., máx.) de tiempo de tratamiento con MRX fue de 638 días (10, 1135). 13 de 33 pacientes alcanzaron la semana 104 al momento del análisis. Las mejoras

significativas observadas en las primeras 26 semanas del MARCH se mantuvieron hasta la semana 104 en MARCH-ON para prurito ($-2,03$, $p < 0,0001$), ABs ($-166 \mu\text{mol/L}$, $p = 0,003$), BT ($-1,6 \text{ mg/dl}$, $p = 0,02$) y crecimiento (puntuación Z de altura: $+0,40$, $p = 0,046$; puntuación Z del peso: $+0,52$, $p = 0,01$). Grupo PBO-MRX: la mediana de tiempo de tratamiento con MRX fue de 456 días (22, 720). 18 de 27 pacientes alcanzaron la semana 52 tratados con MRX en el momento del análisis. Las mejoras significativas hasta la semana 52 para prurito ($-1,1$, $p = 0,0001$), ABs ($-71 \mu\text{mol/L}$, $p = 0,03$) y crecimiento (puntuación Z de altura: $+0,37$, $p = 0,01$; puntuación Z del peso: $+0,32$, $p = 0,03$) coincidieron con las del grupo inicial de MRX en MARCH. Se observaron reducciones numéricas de BT ($-0,4 \text{ mg/dl}$; $p = 0,7$). Sin señales nuevas de seguridad identificadas. Los AADT más frecuentes estuvieron relacionados con el tracto GI. La diarrea (50%), en su mayoría, fue leve y transitoria.

Conclusión. Se observan mejoras significativas y sostenidas en prurito, ABs, BT y crecimiento con hasta 2 años de tratamiento con MRX en la variedad más amplia de genotipos de CIFP estudiados hasta la fecha. Estos datos sugieren una mejora general de la salud hepática con tratamiento con MRX que puede mantenerse a largo plazo.

32. IMPACTO DE MARALIXIBAT EN EL USO SIMULTÁNEO DE MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PRURITO COLESTÁSICO EN EL SÍNDROME DE ALAGILLE: EXPERIENCIA REAL EN ESTADOS UNIDOS. Howard R¹, Mogul D¹, León E¹, Turner-Rosenthal J¹, Stopka W², Goldstein I¹. ¹Mirum Pharmaceuticals, Inc. ²Beghou Consulting, LLC.

Introducción. Maralixibat (MRX), un inhibidor del transportador ileal de ácidos biliares (TIAB), está aprobado para el tratamiento del prurito colestásico en pacientes de ≥ 2 meses en la UE y de ≥ 3 meses con síndrome de Alagille (SA) en EE. UU. El objetivo del estudio es conocer el uso simultáneo real de los medicamentos al inicio del tratamiento con MRX en EE. UU. y su variación con el paso del tiempo.

Métodos. El análisis se basa en los datos farmacéuticos del programa *Mirum Access Plus* (MAP) en EE. UU. El programa MAP es un programa de educación y farmacia especializada exclusivo para pacientes que reciben MRX en EE. UU. Los datos del MAP se analizaron con pacientes que habían recibido su primer envío comercial de MRX antes del 1 de abril de 2022 y no habían interrumpido el tratamiento a fin de registrar las perspectivas de los medicamentos simultáneos en al menos 1 año. El equipo farmacéutico del MAP verifica la información sobre los medicamentos concomitantes antes de cada envío de MRX.

Resultados. Un total de 116 pacientes de EE. UU. fueron incluidos en el análisis (mediana de edad al inicio del tratamiento con MRX = 6 años; 53,4% de los pacientes eran varones; mediana de días de tratamiento con MRX = 480 días). Al inicio del tratamiento con MRX, los pacientes recibían una mediana de dos medicamentos para el prurito colestásico y un suplemento vitamínico o nutricional. El uso inicial de medicamentos simultáneos fue el siguiente: el 82,8% recibía un colerético, el 52,6% recibía un agonista del receptor X de pregnano (PXR), el 50,9% recibía un antihistamínico o medicamento para la alergia, el 11,2% recibía un secuestrante de ácidos biliares (BAS), el 11,2% recibía un antagonista opiáceo, el 2,6% recibía Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y el 74,1% recibía un suplemento vitamínico o nutricional. Durante el tratamiento con MRX, el 35,3% de los pacientes suspendió ≥ 1 medicamento simultáneo, el 18,9% suspendió ≥ 2 medicamentos simultáneos y el 6% suspendió ≥ 3 medicamentos simultáneos. El 38,5% suspendió un BAS durante el tratamiento con MRX, el 33,3% suspendió un ISRS, el 29,5% suspendió un agonista del PXR, el 23,7% suspendió un antihistamínico o medicamento para la alergia, el 23,1% suspendió un antagonista opiáceo, el 8,3% suspendió un colerético y el 18,6% suspendió un suplemento vitamínico o nutricional. La mediana de días de medicamentos concomitantes hasta la interrupción fue de 286 días.

Conclusiones. MRX tiene la capacidad de reducir significativamente la carga de polimedición durante el primer año de tratamiento en un contexto real de pacientes cuya gran mayoría está recibiendo varios medicamentos simultáneos al inicio del tratamiento.

33. HEPATITIS ALOINMUNE TRAS TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. ¿ESTAMOS ANTE LA CUARTA ENFERMEDAD HEPÁTICA AUTOINMUNE PEDIÁTRICA? Loverdos Eserverri I, González Salvador MR, Alonso Saladríguez A, Molera Busoms C, Martín de Carpi J. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat, Barcelona.*

Introducción. Las complicaciones hepáticas son frecuentes tras el trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) y representan un reto diagnóstico porque a menudo se entremezclan varias entidades. Los fenómenos aloinmunes son aquellos en los que la inmunidad del donante reacciona contra el receptor. Tras TPH la positividad de autoanticuerpos es frecuente y las citopenias son la manifestación autoinmune más frecuente. A nivel hepático solo se han reportado 3 casos de hepatitis aloinmune en la literatura. Presentamos 2 casos controlados en nuestro centro con énfasis en diferenciarlo de la enfermedad contra el huésped hepática.

Resumen de los casos. Paciente de 13 años que recibió TPH alogénico por leucemia linfoblástica aguda B. 7 meses tras el TPH desarrolló una hepatitis colestásica anictérica con hipertransaminasemia severa. El estudio etiológico evidenció hipergammaglobulinemia con positividad para anticuerpos anti músculo liso y antinucleares. La biopsia hepática mostró una hepatitis de interfase severa, infiltrado linfo-plasmocitario con leve proliferación ductulillar y expansión fibrosa portal. En la colangioresonancia se vio afectación de la vía biliar intra y extrahepática. La paciente fue diagnosticada de síndrome de overlap aloinmune (colangitis esclerosante aloinmune) y recibió tratamiento de inducción con corticoides con buena respuesta y ácido ursodesoxicólico. Dado que debía someterse a terapia con células CAR-T no se inició tratamiento con inmunosupresores y se suspendieron los corticoides 9 semanas tras el inicio sin evidenciar recaída hasta el momento actual. El segundo paciente es un chico de 14 años que recibió un TPH alogénico por una leucemia linfoblástica aguda B. Tres años post-TPH, ante una hipertransaminasemia leve-moderada intermitente con anticuerpos anti-nucleares e hipergammaglobulinemia positivos se realizó una biopsia hepática que halló cambios sugestivos de hepatitis autoinmune sin evidencia de inflamación a nivel ductulillar. Se realizó una colangioresonancia que fue normal. Se orientó como una hepatitis aloinmune y se pautó inducción con corticoides añadiendo posteriormente azatioprina. Obtuvo una buena respuesta con remisión bioquímica. Un año tras el inicio de tratamiento de corticoides se suspendieron por efectos adversos, quedando con azatioprina en monoterapia.

Comentarios. Presentamos esta forma de afectación hepática tras TPH que es indistinguible de las hepatopatías autoinmunes y que responde al tratamiento inmunomodulador. En ninguno de los 2 casos se evidencia lesión inmunomediada de los conductillos biliares, marcador histológico característico de la enfermedad del injerto contra el huésped hepático. Por este motivo, consideramos que es importante caracterizar bien esta entidad para establecer si se trata de una entidad diferenciada del mismo y optimizar su manejo.

34. DIAGNÓSTICO TARDÍO DE DÉFICIT DE 3-HIDROXI-5-C27-ESTEROIDE-OXIDORREDUCTASA: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Martos Anguita E, Bueno Suárez C, Medina Benítez E, Carabaño Aguado I, Salcedo Lobato E, González Granado LI. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Introducción. Los defectos de síntesis de ácidos biliares son un grupo de desórdenes muy infrecuente. El déficit de alguna de las enzimas implicadas en su síntesis genera ácidos biliares atípicos que resultan hepatotóxicos, lo que provoca clínicamente colestasis y progresión a cirrosis y fallo hepático. La detección temprana y un inicio de tratamiento precoz son claves para que este resulte eficaz.

Resumen caso clínico. Niño de 11 años remitido desde hematología por bicitopenia y esplenomegalia. En España desde los 9 años, procedente de Paraguay. Nacido de padres consanguíneos, sin antecedentes relevantes en período neonatal. Desde el año de vida en estudio por esplenomegalia, descartándose enfermedades infecciosas, malformativas o de depósito. No ictericia o prurito. Crecimiento normal. Tras llegar a España, es derivado desde otro hospital para retomar estudio, presentando en ese momento bicitopenia y esplenomegalia de 15.5 cm. Se realiza estudio diagnóstico dirigido a hepatopatía e inmunodeficiencias. En analítica: Aspartato aminotransferasa (AST) 55 U/L, alanina aminotransferasa (ALT) 34 U/L, gamma-glutamil transferasa (GGT) 24 U/L, bilirrubina 1,4 mg/dl, fosfatasa alcalina 393 U/L. Plaquetas 44x1.000/ μ l, leucocitos 2,1x1.000/ μ l, hemoglobina 11,4 g/dl. Ácidos biliares en plasma dentro del rango de la normalidad. Se realiza ecografía-doppler hepática que muestra signos de hipertensión portal y valores de elastografía alterados compatibles con F3 (mediana 10,7; DS 0,6). Se solicita exoma completo encontrándose variante c.486C>G, p.(-Ser162Arg) en homocigosis en el gen HSD3B7, considerada patogénica, que codifica para la enzima 3- β -hidroxi-A5-C27esteroide-oxidoreductasa. El diagnóstico se confirma tras demostrar excreción aumentada en orina de conjugados sulfato y glicosulfato de ácidos biliares 3-beta-hidroxi-5-delta (el mayoritario en este caso fue el ácido glico-trihidroxicolenoico). Vitaminas D, E y A por debajo del límite de la normalidad. Se completa estudio con biopsia hepática en la que se evidencian signos de colestasis crónica y cirrosis y endoscopia digestiva alta en la que se observó una variz grado I de trayecto corto en tercio distal de esófago, sin estigmas de riesgo de sangrado. Comenzó tratamiento sustitutivo con ácido cólico oral a 7 mg/kg/día. Tras un año de tratamiento, persiste la misma situación clínica sin mejoría de la analítica, valores de elastografía y endoscopia. Se realizan controles de metabolitos de ácidos biliares en orina para ajustar dosis de ácido cólico.

Comentarios. Aunque muy raras, las mutaciones del gen HSD3B7, pueden presentarse como un cuadro de hepatopatía crónica en el niño mayor. Su sospecha diagnóstica y confirmación enzimática o por análisis genético puede conducir al inicio precoz de tratamiento con ácido cólico y así evitar la evolución a la cirrosis.

35. SHUNTS CONGÉNITOS INTRAHEPÁTICOS: DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO EN UN HOSPITAL TERCIARIO. De la Calle Navarro E, Arrondo Esnaola A, Gavilán Santos L, Beloki Arruabarrena M, Cabaleiro Díez M. *Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa.*

Introducción y objetivos. Las comunicaciones portosistémicas son malformaciones vasculares que suponen un bypass parcial o total del paso de la sangre venosa por el sistema portal hepático. Está descrito clásicamente que los shunts suelen cerrarse espontáneamente en los primeros 1-2 años de vida. De no ser así, se sugiere la reparación del shunt por oclusión endovascular o cirugía. Existe escasa bibliografía al respecto de la evolución y del manejo más adecuado de estos pacientes. El objetivo de este estudio es revisar los pacientes con diagnóstico de shunt congénito intrahepático y describir su evolución postnatal.

Material y métodos. Estudio retrospectivo observacional descriptivo mediante revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de shunt portosistémico intrahepático en un hospital terciario desde el 2021 hasta 2024. Las variables cualitativas se analizan como porcentajes y las cuantitativas como mediana y rango intercuartílico. Se excluyeron los shunts extrahepáticos y variantes anatómicas que no suponían una comunicación portosistémica.

Resultados. Se incluyeron un total de 6 pacientes con diagnóstico de shunt portosistémico intrahepático. En 5 de ellos el diagnóstico fue prenatal. Se diagnosticó con más frecuencia en la ecografía del 2o trimestre a una edad gestacional mediana de 28 semanas (4). 5/6 fueron varones. En 5 se produjo un parto a término, con un peso natal de 3,06 kg (1,3) de mediana y su percentil 25-50. En tan solo un paciente, hubo un diagnóstico prenatal de retraso crecimiento intrauterino (CIR tipo II). Ninguno presentó cardiopatías significativas ni otras malformaciones. Ha todos se les realizó interconsulta a cardiología para valoración. Tampoco han tenido dificultades en la ganancia ponderal o el desarrollo psicomotor. En 3/6 se encontró shunt entre suprahepática media – rama porta izquierda. En 2/6 de suprahepática izquierda-porta izquierda. Realizamos analítica en el 5/6 pacientes, 2 de ellos presentaron leve elevación del amonio, autolimitada. Uno de ellos, el paciente sin diagnóstico prenatal, presentó una hiperbilirrubinemia indirecta que precisó varias tandas de fototerapia y en el estudio de extensión ecográfico se detectó el shunt, con evolución favorable. Se realizaron una mediana de 2,5 (1) ecografías por paciente. En 1 paciente se realizó una angioresonancia, siendo el de diagnóstico más antiguo. Se produjo el cierre espontáneo en 5/6 pacientes, ninguno requirió tratamiento intervencionista. Ocurriendo este a una mediana de 3 meses de vida (2).

Conclusión. De acuerdo con lo que propone la literatura actual, apoyado por nuestra pequeña serie, recomendamos un control ecográfico, analítico y clínico del desarrollo pondoestatural y psicomotor, y una actitud conservadora dado el cierre espontáneo en la mayoría de los pacientes.

36. HIPERTENSIÓN PORTAL SECUNDARIA A TRATAMIENTO TIOPURÍNICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN. de la Torre Monfort G¹, Murcia Clemente L¹, Valverde Viu MP¹, Calzado Agrasot MÁ², Claramunt Andreu G¹, Penalva Polo JC¹. ¹Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, Alicante. ²Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción. La azatioprina, fármaco inmunosupresor de la familia de las tiopurinas, está indicado en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para el mantenimiento de la remisión. Los efectos secundarios son frecuentes y pueden ser causa de suspensión del tratamiento en un 15% de pacientes. Entre ellos, se ha descrito la hipertensión portal idiopática, una entidad infrecuente y de etiología incierta, que puede comprometer el pronóstico de estos pacientes, por lo que se debe tener un alto grado de sospecha para su diagnóstico precoz.

Resumen del caso. Se presenta el caso de un paciente de 14 años con enfermedad de Crohn en tratamiento con azatioprina al que se le diagnosticó de hiperplasia nodular regenerativa secundaria a dicho fármaco tras detectar alteraciones analíticas en el perfil hepático y signos ecográficos de hipertensión portal. El diagnóstico se estableció mediante biopsia hepática, que mostró las alteraciones de la arquitectura hepática características de dicha entidad. La evolución al suspender el tratamiento está siendo favorable, con mejoría de los parámetros analíticos alterados previamente, con el objetivo de evidenciar la desaparición o estabilidad de los signos de hipertensión portal.

Comentarios. La hipertensión portal idiopática secundaria a tratamiento tiopurínico en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es un fenómeno poco frecuente y escasamente descrito en población pediátrica. Se trata de un diagnóstico de exclusión, en pacientes con datos clínicos-radiológicos de hipertensión portal, sin cirrosis ni alteraciones vasculares. El diagnóstico de certeza se establece mediante anatomía patológica, aunque esta engloba desde cambios mínimos hasta la presencia de hiperplasia nodular regenerativa, que es un tipo de lesión dosis-dependiente caracterizada por el daño de las células endoteliales de los sinusoides y las vénulas hepáticas, que deriva en la oclusión no trombótica de los vasos y la posterior aparición de fibrosis e hipertensión portal. Suele aparecer entre los 3 meses y los 3 años del inicio del tratamiento tiopurínico y aunque su mecanismo patogénico es desconocido, parece deberse a la depleción de glutatión por el uso de azatioprina y mercaptopurina. Hasta la fecha tan solo se han encontrado publicados casos aislados en población adulta, por lo que es importante tener en cuenta dicha entidad en pacientes pediátricos que se encuentren en tratamiento tiopurínico y presenten signos de hipertensión portal, sin otra causa de enfermedad hepática.

37. IMPORTANCIA DEL EXOMA CLÍNICO EN UN CASO DE COLESTASIS NEONATAL NO FILIADA.

Rollano Corroto I¹, Llorente Pelayo S¹, Palacios Sánchez M¹, Vega Pajares AI², García Calatayud S¹.
¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátricas; ²Unidad de Genética. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. La colestasis neonatal se caracteriza por ictericia, acolia o hipocolia, coluria y alteración de la función hepática con elevación de la bilirrubina directa y de los ácidos biliares séricos.

El diagnóstico diferencial no siempre es sencillo, pero es prioritario un diagnóstico precoz y urgente de algunas entidades que disponen de un tratamiento específico.

Resumen del caso. Presentamos una neonata sin antecedentes de interés, que ingresa a los 11 días de vida por dificultades en la alimentación, escasa ganancia ponderal, ictericia e hipocolia. A la exploración física destaca ictericia, mucosas secas, escaso panículo adiposo y dos manchas hiperpigmentadas en línea media de espalda. En sangre presenta acidosis metabólica, colestasis (bilirrubina directa 7,4 mg/dl) e hipertransaminasemia (GPT 179, GOT 76 U/L). En orina se detectan de cuerpos reductores positivos y ante sospecha de galactosemia se inicia una fórmula hidrolizada sin lactosa. Se realiza ecografía abdominal normal y gammagrafía hepatobiliar que descartan atresia de vías biliares iniciándose ácido ursodesoxicólico. El estudio genético posterior no confirmó la galactosemia. Durante el seguimiento se realiza fenotipo de alfa-1-AT, serología TORCH y estudio de mutaciones ligadas al Síndrome de Alagille todos negativos. En los primeros meses desarrolla dermatitis atópica grave precisando tacrolimus tópico, corticoterapia así como antihistamínicos y resinoolestiramina para el prurito. A los 15 meses inicia telarquia bilateral mostrando la ecografía abdominopélvica un quiste ovárico izquierdo. En sangre se detectan estrógenos > 300 U/L con LH y FSH normales, por lo que se inicia tratamiento de pubertad precoz periférica con anastrozol. La asociación de colestasis, manchas café con leche y pubertad precoz periférica levantan la sospecha de Síndrome de McCune-Albright. La gammagrafía ósea destaca un foco de captación patológico intenso en maxilar superior izquierdo. Se solicita estudio de mutaciones en el gen GNAS (NM_000516.7) del cromosoma 20 tanto en sangre periférica como en biopsias de hígado y piel, encontrándose la variante patogénica c.602G>A; p.(Arg201His) en la biopsia hepática.

Comentarios. El síndrome de McCune-Albright se caracteriza por la triada displasia fibrosa poliostótica, manchas café con leche y pubertad precoz, y muy infrecuentemente hepatitis colestásica neonatal. Es una enfermedad rara, poco prevalente cuyo diagnóstico se inicia con una sospecha clínica y es resultado de mutaciones somáticas del gen GNAS en algunos grupos de células (mosaicismo).

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abu-Sharif Boigas F, 180
Acuña Veyna CE, 149
Aguilera C, 82
Aguiló García M, 10
Aizpurua Amunarriz G, 71
Al Mashhadani N, 104
Alba Rubio C, 13
Alberto Alonso JR, 27, 112, 114, 179
Alcalá-Fernández J, 82
Alcaraz Castillo M, 160, 165
Alcaraz Hurtado A, 91, 170
Alcázar M, 70, 85
Alcolea Sánchez A, 36, 76
Almeida MS, 144
Alonso Pérez N, 9, 49, 51
Alonso Saladrígues A, 188
Alonso Vicente C, 9, 49, 51, 112, 114
Alós Díez M, 24, 62, 65
Alustiza Martínez E, 71
Álvarez Beltrán M, 7, 48, 79
Álvarez Carnero L, 117, 118
Amar Devico YS, 17, 40, 132, 138, 181
Amstrong J, 175
Andrade Díaz C, 153
Andrade Guerrero F, 137, 143
Andrade Guerrero JD, 137, 143, 184
Andrade Platas D, 10
Andrés AM, 20
Andrés Moreno AM, 150
Anguita-Ruiz A, 82
Aqul AA, 185
Aragón A, 13
Aragüete Mieres E, 158
Arcos Machancoses JV, 9, 49, 51, 77, 87
Arias Felipe AC, 86
Arias García L, 106
Arkan C, 185
Armesto González E, 106
Arrondo Esnaola A, 190
Arroyo MT, 106
Artero López J, 36, 137
Astudillo Lira DV, 38, 67
Aznal Sainz E, 89

B

Babio N, 85
Baek M, 185
Baeta Ruiz A, 163
Balboa Vega MJ, 64, 112, 114, 131, 172
Ballesta Martínez MJ, 167
Balmaseda Serrano EM, 9, 49, 51
Baños Fuerte R, 58
Barreno Barreno EC, 14
Barrio Torres J, 11, 15, 56, 99, 112, 114, 132, 181
Baumann U, 185
Bautista Castaño I, 60
Bayarri Moreno M, 120
Becerro Méndez L, 13
Beloki Arruabarrena M, 190
Benavente González JJ, 183
Bergua Martínez A, 137, 143, 184
Bermejo Delgado T, 99
Bernardos Martín E, 106
Betancourt J, 149
Betancourth Alvarenga JE, 164
Bezanilla López C, 136
Bilbao Catalá JR, 97
Blanco Rodríguez M, 15, 99
Blasco Alonso J, 55, 112, 114, 158
Blitz Castro E, 68, 79
Bodas Pinedo A, 121
Bolaños Alemán MM, 59
Bordón Sardiña E, 59, 60
Borobia A, 130
Borque Barrera P, 27
Borregón Rivilla E, 137, 143, 184
Boscá-Watts MM, 106
Bossini-Castillo L, 96
Botija Arcos G, 9, 49, 51, 112, 114, 119, 136
Bovo MV, 170
Brenes Ruiz Y, 106
Bret Zurita M, 19
Buades Pérez E, 29, 141, 176
Bueno G, 82
Bueno Suárez C, 31, 86, 189
Buitrago Sánchez NM, 19
Bujanda L, 106
Bunce LF, 171

Burgos Berjillos I, 180
Busquets D, 106
Busto Cuiñas MM, 112, 114
Bustos-Aibar M, 82

C

Cabaleiro Díez M, 190
Cabello Ruiz V, 69, 128, 146, 149
Cahuana Salazar M, 128
Calderón C, 87
Calviño Suárez C, 106
Calzado Agrasot MÁ, 66, 154, 191
Camargo Camero R, 106
Cando Ruiz AP, 144
Cañas Vinader L, 138
Cañedo Villaroya E, 13, 74, 139, 140, 177, 178
Cañizares Funes A, 119
Carabaño Aguado I, 31, 155, 189
Carhuas Canchan M, 42
Carmona FD, 96
Carratalá Calvo A, 77
Carrión Medina A, 131
Carrol P, 98
Casado Morentín I, 42
Castaño-Milla C, 106
Castaño Omañas J, 133
Castejón Ponce E, 16, 29, 73, 141, 175, 176
Castel de Lucas I, 31
Castilla Bolaños DC, 123
Castillejo de Villasante G, 15, 99, 149
Castillo Reguera Y, 131, 172
Castro-Collado C, 85
Castro Gutiérrez de Agüera C, 81
Castro Millán AM, 7, 112, 114, 151
Castro Valdeolmillos S, 26
Cavallé Pulla R, 97
Changllio Calle G, 17, 34, 40, 118
Chaparro M, 106
Chapinal Andrés AR, 147
Charco Torra R, 21, 61
Chicano Marín FJ, 112, 114
Chiou FK, 185
Cid París E, 9, 49, 51, 100
Cilleruelo Pascual ML, 9, 11, 12, 15, 49, 51, 56, 99
Claramunt Andreu G, 191
Climent Alcalá FJ, 184
Collado MC, 87
Colomé Rivero G, 10
Comalrena de Sobregau Martínez C, 91, 164
Corbacho Ripoll R, 171

Corona Bellostas MC, 73
Coronel Rodríguez C, 56
Correa-López N, 96
Correcher Medina P, 180
Correyero García L, 58
Cortés Mora PA, 183
Couto Rosende Y, 164
Covarrubias Esquer J, 185
Crehuá Gaudiza E, 7, 48, 77, 79, 87, 112, 114
Crespo Madrid N, 105
Crujeiras Martínez V, 112, 114
Cruz Bonilla A, 60
Cuadrado Caballero C, 9, 49, 51
Cuesta Martín de la Cámara R, 23
Cuevas Moreno A, 69, 128, 146
Czubkowski P, 185

D

D'Agostino D, 185
D'Antiga L, 185
De Cuevillas B, 85
De Diego Soler H, 14
De Jorge MÁ, 106
De Juan Font M, 174
De la Barreda Heusser L, 27, 179
De la Calle Navarro E, 190
De la Cruz Hidalgo MD, 131
De la Mano Hernández A, 7, 13, 74, 139, 140, 177, 178
De la Torre Monfort G, 191
De los Santos Mercedes MM, 78, 138, 142, 149, 175
De María Pallares P, 36
De Miguel-Etayo P, 85
Del Brío Castillo R, 7, 54, 151
Del Campo JA, 13
Del Olmo Segura P, 136
Del Rey Tomás-Biosca MM, 133
Delgado De la Poza JF, 91
Delgado Gálvez M, 117, 118
Delgado Ojeda J, 127
Delgado Pecellín I, 81
Delmiro A, 130
Di Campli Zaghlul M, 13, 74, 101, 102, 177, 139, 140, 147
Diago E, 130
Diago García B, 161
Díaz de Heredia Rubio MC, 69
Díaz Fernández P, 162
Díaz Martín JJ, 9, 49, 51, 88, 127
Díez Bayona V, 89, 93

Díez Vela E, 12
Domenech Marce E, 91
Domingo Belanche A, 126
Domínguez Jiménez M, 167
Domínguez Ortega G, 53, 54, 119, 147
Donat Aliaga E, 15, 66, 99, 112, 114, 154
Dorantes Bellido MA, 84
Durá Gil M, 42
Durán Vegue A, 106

E

Edo Monfort AI, 161
Egea Castillo N, 72
Eizaguirre Arocena FJ, 15, 99
Ekong U, 185
Encinas Hernández JL, 20, 150
Escartín Madurga L, 16, 112, 114, 163
Escribano Subías J, 70, 85
Espadaler Mazo J, 10
Espín Jaime B, 15, 99, 156
Esteban Díez I, 173
Esteve Comas M, 94
Etayo Etayo V, 89, 93
Fernandez Antuña L, 149
Fernández Atuán RL, 73
Fernández Bueno I, 183
Fernández Cebrián S, 112, 114
Fernández-Clotet A, 106
Fernández Fernández L, 160, 165
Fernández Fernández S, 9, 11, 12, 49, 51, 53, 54
Fernández González SM, 7, 9, 51
Fernández Leal A, 101, 102, 139, 140, 177
Fernández-Lorenzo AF, 112, 114
Fernández Marín A, 75, 173
Fernández Pastor FJ, 133
Fernández Tomé L, 19, 24, 62, 65, 150
Fernández Ventureira V, 9, 49, 51, 91, 149
Ferrand Ferri P, 84
Ferré-Pallàs N, 70
Ferrerías C, 130
Fiuzza A, 98
Flores-Rojas K, 85
Fornos Sandoval HS, 66, 180
Frauca Remacha E, 19, 20, 23, 24, 62, 65, 150
Freixas Bermejo M, 69, 91, 146

G

Gaboli M, 84
Galera Martínez R, 129, 166

Galicia Poblet G, 9, 49, 51
Galindo García AC, 29, 141, 152, 176
Gallardo Padilla M, 9, 51
Gallego Vázquez S, 177, 178
García P, 13
García Arenas D, 72
García Barba S, 132, 181
García Bernal M, 168
García Calatayud S, 15, 99, 162, 192
García Díaz A, 12, 53
García Fernández M, 87
García Hernández P, 74, 139, 140
García-Herrera Taillifer P, 145
García Jiménez A, 57, 143
García Martínez de Bartolomé R, 11
García Muga I, 75, 173
García Peris M, 180
García Puig R, 53, 91, 94, 149, 168
García Ramírez M, 44, 145, 158
García Rodríguez B, 152
García Romero M, 143
García Romero R, 7, 9, 16, 29, 48, 49, 51, 73, 79, 112, 114, 126, 141, 152, 176
García-Salido A, 106
García Sánchez N, 167, 182
García Tirado D, 91, 164, 149
García Vega M, 19, 24, 62, 65
García Volpe C, 7, 48, 78, 79, 138, 142, 175
Garre A, 106
Garriga García M, 7, 79
Gascón Galindo C, 7, 68, 79, 155
Gavilán Santos L, 190
Gayo Bellido M, 58
Gean E, 179
Genaró i Jornet P, 149
Germán Angulo P, 105
Germán Díaz M, 86
Gheorghita I, 85
Gil Arenas JA, 26, 64, 153, 157
Gil-Campos M, 85
Gil Ortega D, 167, 182
Gilbert Pérez JJ, 38, 67
Gilmour SM, 185
Girón Fernández-Crehuet F, 64
Gispert-Llauradó M, 70, 85
Goldstein I, 187
Gómez A, 130
Gómez Anca S, 36, 57
Gómez Perera R, 151
Gómez Roda F, 63
González Bermúdez CA, 183

González de Caldas Marchal R, 38, 67
González Forster EL, 34
González García A, 97
González Granado LI, 189
González Jiménez D, 7, 48, 79, 88
González-Lamuño Sanchís C, 9, 49, 51
González Marrachelli V, 77
González-Moles MÁ, 95
González-Peralta R, 185
González Riesco L, 116
González Sacristán R, 76
González Salvador MR, 14, 63, 116, 188
González Santana D, 59, 60
González Vicent M, 13
González Vives L, 58, 112, 114
Goterris Bonet L, 128
Gracia Campo A, 73
Grande Herrero L, 9, 49, 51, 112, 114
Granero Cendón R, 120
Guerra I, 106
Guerrero Rojas CC, 63
Guevara Caviedes N, 149
Gutiérrez Alvaríno M, 184
Gutiérrez Arroyo A, 23
Gutiérrez Casbas A, 106
Gutiérrez García M, 44
Gutiérrez Junquera C, 12, 53, 54
Gutiérrez Martínez JR, 7, 48
Gutiérrez Sánchez A, 72
Gutiérrez Vilar M, 27, 179
Guzmán Quirós S, 183

H

Hartley J, 185
Hermida C, 130
Hermida Vázquez S, 106
Hernández Ávila Y, 151
Hernández L, 106
Hernández V, 106
Hernández León N, 151
Hernández Oliveros F, 20, 36, 150
Hernández Peláez L, 164
Hernández Pérez PL, 57
Herrador López M, 96, 104, 134, 135
Herranz Sorribes C, 13
Herrera Llobat M, 27
Herrera Rodríguez JC, 124
Herrero Álvarez M, 11
Hervías Cruz D, 106
Hidalgo E, 22

Hidalgo Hidalgo V, 182, 167, 129, 166
Hidalgo Llompart E, 21, 61
Hidalgo Montes I, 112, 114
Hierro Llanillo L, 19, 20, 24, 62, 65, 150, 184
Higuera M, 122
Homez-Arias MR, 14
Horslen SP, 185
Howard R, 187
Huber WD, 185
Huguet Feixa A, 91, 149
Huguet JM, 106
Hupertz, 185

I

Ibiricu Lecumberri A, 173
Iglesias Irigaray A, 100
Iraistorza Terradillos I, 42, 97

J

Jair Morales V, 106
Jijón Andrade MC, 144
Jiménez Gómez J, 38, 67, 164
Jiménez Treviño S, 88
Jordán Mena A, 16
Jovani Casano C, 9, 49, 51, 112, 114, 161
Juampérez Goñi J, 21, 61
Jurado R, 13
Jurado-Castro JM, 85
Juste Ruiz M, 15, 99

K

Kasi N, 185
Kortabarria Elguero M, 75, 173

L

La Orden Izquierdo E, 11, 49, 112, 114
Laborde N, 185
Lamec Benítez Viera B, 14
Landaeta Rodríguez NA, 91
Larrarte King CM, 61
Larrarte MC, 18, 22
Larrea Tamayo E, 71, 88
Lascau A, 185
Laverdure N, 185
Leal Fernández A, 74
Legarda Tamará M, 42, 97
Leis R, 82, 85

Leo-Carnerero E, 106
León E, 185, 187
Leonardo Cabello MT, 162
Lin CH, 185
Lledín Barbancho MD, 19, 23, 24, 62, 65, 137
Llorens Capdevila M, 116
Llorente Pelayo S, 162, 192
Llubero D, 175
Longpre L, 185
López A, 130
López Cárdenes CM, 48, 68, 79
López García CM, 36
López Granados E, 23
López Liñán MJ, 168
López Lobato M, 84
López Matiacci M, 132, 181
López ML, 149
López Pérez J, 16
López Ruzafa E, 129, 166
López Sánchez B, 105
López Serrano P, 106
Loren Martín J, 160, 165
Lorenzo Garrido H, 9, 49, 51
Loverdos Eseverri I
Loverdos Eseverri I, 7, 48, 63, 79, 91, 112, 114, 188
Lozano Marcos M, 170
Lozano Ruf A, 112, 114
Lucas García J, 161
Lucendo AJ, 106
Luna-Paredes C, 68
Luque V, 70, 85

M

Madrugá Garrido M, 84
Magallares García L, 57
Mameli S, 18, 21, 22
Manceñido Marcos N, 106
Manzanares MP, 13
Manzano Infante MJ, 174
Marazuela Ramírez Á, 12
Marcos Gómez N, 100
Marín Gabriel JC, 31
Marín Pedrosa S, 106
Márquez-Mosquera L, 106
Marroquín Cordón MJ, 40
Marsset Gomis G, 66, 180
Marta Calvo M, 106
Martín Adrados A, 74, 101, 102, 139, 140
Martín Arranz MD, 106
Martín-Carbonell V, 85

Martín Cardona A, 94
Martín Costa A, 141, 152, 176
Martín de Carpi FJ, 14, 17, 34, 40, 63, 72, 78, 112, 114, 116, 117, 118, 142, 175, 188
Martín Fernández C, 101, 102
Martín Fernández C, 7, 13, 48, 74, 79, 139, 140, 147, 177
Martín González J, 160, 165
Martín González M, 129, 166
Martín Latorre M, 129, 166
Martín Masot R, 44, 55, 95, 96, 104, 112, 114, 127, 134, 135, 158
Martín Rivada A, 79, 151
Martínez Campos P, 25
Martínez Chicano D, 72
Martínez Costa C, 77, 87
Martínez de Zabarte Fernández JM, 112, 114
Martínez Escribano B, 9, 49, 51, 132, 181
Martínez Fernández M, 26, 46, 76, 81, 153, 156
Martínez Martos Z, 131, 172
Martínez-Ojinaga Nodal E, 15, 57, 99
Martínez Osorio J, 9, 40, 49, 51, 91, 121, 149
Martínez Peñas S, 167, 182
Martínez Pereira A, 17, 40, 138
Martínez Pérez J, 119
Martínez Tirado MP, 106
Martínez Tourné A, 183
Martínez Velasco S, 97
Martinón Torres N, 112, 114
Martos Anguita E, 31, 189
Maruy A, 124
Masedo González Á, 106
Masip Simó E, 66, 154
Masiques Mas I, 149
Masiques Mas ML, 112, 114
Mateo Abad M, 71
Meavilla Olivas S, 78, 138, 142, 149, 175
Medina Benítez E, 31, 86, 112, 114, 155, 189
Medina Martínez M, 48, 79
Mercadal-Hally MM, 18, 21, 22, 61
Merchán Ramírez E, 134, 135
Merinero Ausín I, 137, 143, 184
Merino Sánchez-Cañete A, 79
Merino Sanz N, 79
Mesonero Cavia S, 91, 94, 149, 168
Miethke A, 185
Miguel-Berges ML, 85
Milea Milea AC, 161
Millán Borrallo AM, 172
Millán Jiménez A, 112, 114, 174
Mimbrero G, 85

Mínguez Rodríguez B, 78, 138, 142, 175
Miñones Suárez L, 93
Miquel Sans M, 106
Miralbés Terraza S, 126
Miranda Cid MC, 15, 99
Mittal N, 185
Mogul DB, 185, 187
Molera Busoms C, 63, 188
Molina Angulo B, 13
Molina Arias M, 57, 112, 114
Molina Arriero G, 106
Molino JA, 22
Monfort Carretero L, 142
Monllau Espuis N, 170
Montells Fuster S, 40, 121
Montraveta Querol M, 9, 49, 51, 112, 114, 149, 170
Mora Massó L, 102
Moráis López A, 143, 137, 184
Morales Tatay JM, 77
Morales Tirado A, 68, 79
Moratilla Lapeña L, 20, 150
Morcillo Azcarate J, 46
Moreira A, 85
Moreno LA, 85
Moreno Álvarez A, 48, 49, 112, 114
Moreno Montero P, 136
Moreno Novillo MR, 105
Moreno Villares JM, 10
Moreno Zegarra C, 31
Moriczi M, 121, 129, 166
Mosca A, 185
Moukarzel A, 185
Moya Jiménez MJ, 120
Moya Ortega A, 91, 94, 168
Muñoz Alonso A, 81
Muñoz Bartolo G, 19, 23, 24, 62
Muñoz Bravo E, 147
Muñoz Codoceo RA, 13, 54, 74, 101, 102, 106, 112, 114, 119, 139, 140, 147, 177, 178
Muñoz González A, 13
Muñoz-Hernando J, 70
Murcia Clemente L, 191
Murray Hurtado M, 48, 79, 151

N

Nagore González C, 16
Navalón Rubio M, 182
Navarro Salmerón Z, 182'
Navas-Carretero S, 85

Navas López VM, 44, 55, 95, 96, 104, 112, 114, 127, 134, 135, 145, 158
Nestares T, 95, 96
Novoa Garnica C, 14
Nunes T, 185
Núñez Ramos R, 86, 146

O

Ochoa Sangrador C, 56, 133
Olalla M, 132, 181
Oliver Goicolea P, 9, 49, 51
Ordóñez F, 185
Ortiz Cantero E, 26, 64, 157
Ortiz Pérez P, 7, 44, 48, 55, 79, 121, 145, 158
Ortolà Castells X, 9, 49, 51
Ovchinsky N, 185
Oviedo Melgares L, 86
Ozcoidi Erro I, 71

P

P. Gisbert J, 106
Padilla Escobedo V, 117, 118
Padrós C, 22
Padrós Fornieles C, 18, 21, 61
Palacios Sánchez M, 162, 192
Pallarés Alameda M, 172
Palomino L, 13, 106, 112, 114, 119
Palomino Pérez L, 101, 102, 178
Panesso Romero M, 69
Parra Pineda P, 106
Pascau González-Garzón MJ, 25
Pascual Pérez AI, 88
Pascual Rupérez B, 126
Pastor-Villaescusa B, 85
Penalva Polo JC, 191
Peña Ferrera L, 59, 60
Peña Quintana L, 7, 59, 60, 112, 114
Peña Sainz-Pardo E, 36
Peñafiel Freire DM, 93
Peñarrubia Sanflorencio L, 142
Peñafiel Freire DM, 89
Perales Antón A, 71
Pérez Butragueño M, 58
Pérez Delgado R, 29
Pérez Fernández C, 132, 181
Pérez García de Blanes E, 26, 76
Pérez García S, 174
Pérez Hernández PL, 36
Pérez Lafuente M, 21

Pérez-Martínez I, 106
Pérez-Moneo Agapito B, 58, 112, 114
Pérez Navarro EM, 81
Pérez Porcuna T, 91, 94
Pérez Requena N, 91
Pérez Rodríguez A, 27, 179
Pérez Sixto C, 99
Pérez Solís D, 15, 56, 99
Pérez Suárez R, 87
Perucho-Gorrita E, 70
Picáns-Leis R, 85
Pina Pino C, 13
Pinto Rivera DM, 34
Piqueras Cano M, 106
Pizarro Ruiz AM, 183
Pociello Almiñana N, 91, 149
Polo Miquel B, 66, 154
Polo Rangel D, 116
Ponce Corredor L, 142
Porta G, 185
Poyatos Cantón E, 91
Puente Ubierna N, 9, 49, 51, 54, 147, 178
Pujol Muncunill G, 14, 17, 34, 91, 112, 114, 116,
117, 118, 149

Q

Quiles Blanco MJ, 24, 62, 65
Quintero Bernabeu J, 18, 21, 22, 61
Quiñones Torrelo C, 77

R

Ramírez de la Piscina P, 106
Ramos L, 106
Ramos Boluda E, 76
Ramos Casado MV, 86
Ramos Cela M, 162
Ramos-García P, 95
Ramos López MP, 54
Ramos Rueda N, 112, 114
Ramos Varela JC, 59
Raphael I, 132, 181
Raya Muñoz J, 69, 128, 146
Recio Linares A, 54, 136
Redecillas Ferreiro S, 69, 128, 146
Reed Coloma C, 144
Remacha Almerich MC, 163
Rendo Vázquez A, 9, 49, 51
Requena F, 82
Rey Velasco M, 78
Reyes Domínguez A, 48, 59, 60

Riaño Méndez B, 173
Riera Llodrá JM, 171
Rivera Cuello M, 134, 135
Rivero de la Rosa MC, 131, 172
Rivero M, 106
Roa Esparza I, 42
Robert Gil E, 94, 168
Robles Alonso V, 106
Roca Comas A, 91, 149
Rodríguez Garrido V, 128
Rodríguez Gómez JM, 13
Rodríguez Grau MC, 106
Rodríguez Gutiérrez S, 60
Rodríguez-Herrera A, 98
Rodríguez-Lago I, 106
Rodríguez Manchón S, 54
Rodríguez Martín L, 174
Rodríguez Martínez A, 46, 64, 76, 81, 84, 112,
114, 153, 156, 157
Rodríguez Martínez G, 163, 152
Rodríguez Ortega R, 135
Rodríguez-Palmero M, 10
Rodríguez Ramos A, 133
Rodríguez Salas M, 38, 67
Rodríguez Sánchez A, 183
Roger García Puig R, 54
Rollano Corroto I, 192
Román India C, 160, 165
Román Riechmann E, 12, 15, 56, 99
Romea Montañés MJ, 73, 176
Romero Rondán P, 131
Roncero Sánchez-Cano I, 75
Ros Arnal I, 16, 29, 73, 112, 114, 126, 141, 152, 176
Rosa López AJ, 135, 145
Rosell Camps A, 171
Royo I, 179
Rubio Murillo M, 26, 46, 64, 153, 156
Ruiz Arévalo I, 38, 67
Ruiz C, 122
Ruiz CJ, 149
Ruiz Castellano N, 89, 93, 112, 114
Ruiz-Cerulla A, 106
Ruiz de Valbuena Maíz M, 65
Ruiz del Prado MY, 75, 173
Ruiz Hernández CJ, 117, 118, 121
Ruiz Pons M, 27, 179

S

Saavedra Santana P, 59
Saez Pérez P, 149

Sáinz Arnau E, 106
Salas-Salvadó J, 85
Salcedo Allende MT, 22, 61
Salcedo Lobato E, 7, 31, 48, 68, 79, 155, 189
Salinas Uhalte A, 29, 73, 141, 152, 176
Saloni Gómez N, 89, 93
Salvá Arteaga M, 75
Samarra A, 87
Samper Villagrasa P, 86
San Juan Acosta ME, 27
San Miguel López L, 100
Sánchez Andrés A, 126
Sánchez Delgado G, 134, 135
Sánchez Gallego P, 38, 67
Sánchez Llorente P, 13
Sánchez Malo MJ, 93
Sánchez Rodríguez I, 160, 165
Sánchez Sánchez C, 112, 114, 121
Sánchez Soler MJ, 167
Sánchez Trujillo L, 100, 147, 177, 178
Sánchez Zapardiel E, 23
Sánchez-Valverde Visus F, 15, 89, 93, 99
Santamaría Orleans A, 127
Santana Ramos MA, 158
Santiago Martínez S, 164
Santos López B, 29, 141
Santucci N, 125
Sánxhez-Malo MJ, 89
Sanz Aznar P, 126, 152
Sanz Pérez CM, 163
Sarmiento M, 20
Sarría Osés JM, 57
Sebastián Viana T, 11
Segarra Cantón Ó, 69, 112, 114, 128, 146
Sellas Vila I, 100
Sendra Rumbau P, 106
Senosiain Ibero N, 75
Serna Berna JV, 164
Serradilla J, 20
Serradilla Rodríguez J, 150
Serrano Antón AT, 167
Serrano Fernández P, 76
Serrano Troncoso E, 138
Serrano Vela JI, 99
Sevilla García O, 71
Sierra Capitán P, 26, 64, 157
Sierra San Nicolás S, 7, 48, 54, 151
Sokal E, 185
Soria López M, 9, 10, 34, 49, 51, 119, 160, 165
Squires RH, 185
Stewart S, 130

Stopka W, 187
Suárez Traba OM, 101

T

Tabares González A, 48, 68, 79, 112, 114, 155
Taló Reixach M, 116
Tardillo Marín C, 106
Tena García PG, 12, 53
Termes Escalé M, 72
Terner-Rosenthal J, 187
Thompson RJ, 185
Torcuato Rubio E, 7, 44, 48, 55, 79, 95, 96, 104, 158
Torices Pajares A, 23
Torres-Martos Á, 82
Torres Peral R, 9, 15, 49, 51, 56, 99, 112, 114
Trabazo del Castillo M, 117
Tutau Gómez C, 7, 42, 48, 79, 97

U

Urrutia Luis U, 170
Urruzuno Tellería P, 9, 49, 51

V

Valero Arredondo I, 55, 145
Valldosera Gomis G, 106
Valls Arévalo Á, 77
Valverde Fernández J, 46, 81, 84, 153, 156
Valverde Molina J, 10
Valverde Viu MP, 191
Van Den Heuvel H, 78
Van Domselaar M, 106
Vargas Rincón C, 123
Vázquez-Cobela R, 85
Vázquez Gómez JA, 13, 75, 173
Vázquez Morón JM, 106
Vecino López R, 9, 15, 49, 51, 99
Vega P, 106
Vega Pajares AI, 192
Vegas Álvarez AM, 9, 49, 51, 112, 114
Velasco-Benítez CA, 122, 123, 124, 125
Velasco Rodríguez-Belvis M, 13, 101, 102, 106, 112, 114, 119, 178
Velasco-Suárez DA, 125
Vélez García V, 180
Vera F, 185
Vergara B, 13
Vicente Lidón R, 106

Vicente Quesada A, 149
Vicente Santamaría S, 7, 48, 68, 79, 112, 114, 155
Vig P, 185
Vila Miravet V, 11, 17, 34, 40, 53, 54, 117, 118
Villaronga Flaqué M, 78
Violadé Guerrero F, 26, 46, 76, 81, 84, 153, 156

Violant-Holz V, 116
Vives Piñera I, 182

W

Woods Kreisler N, 171



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN
PEDIÁTRICA