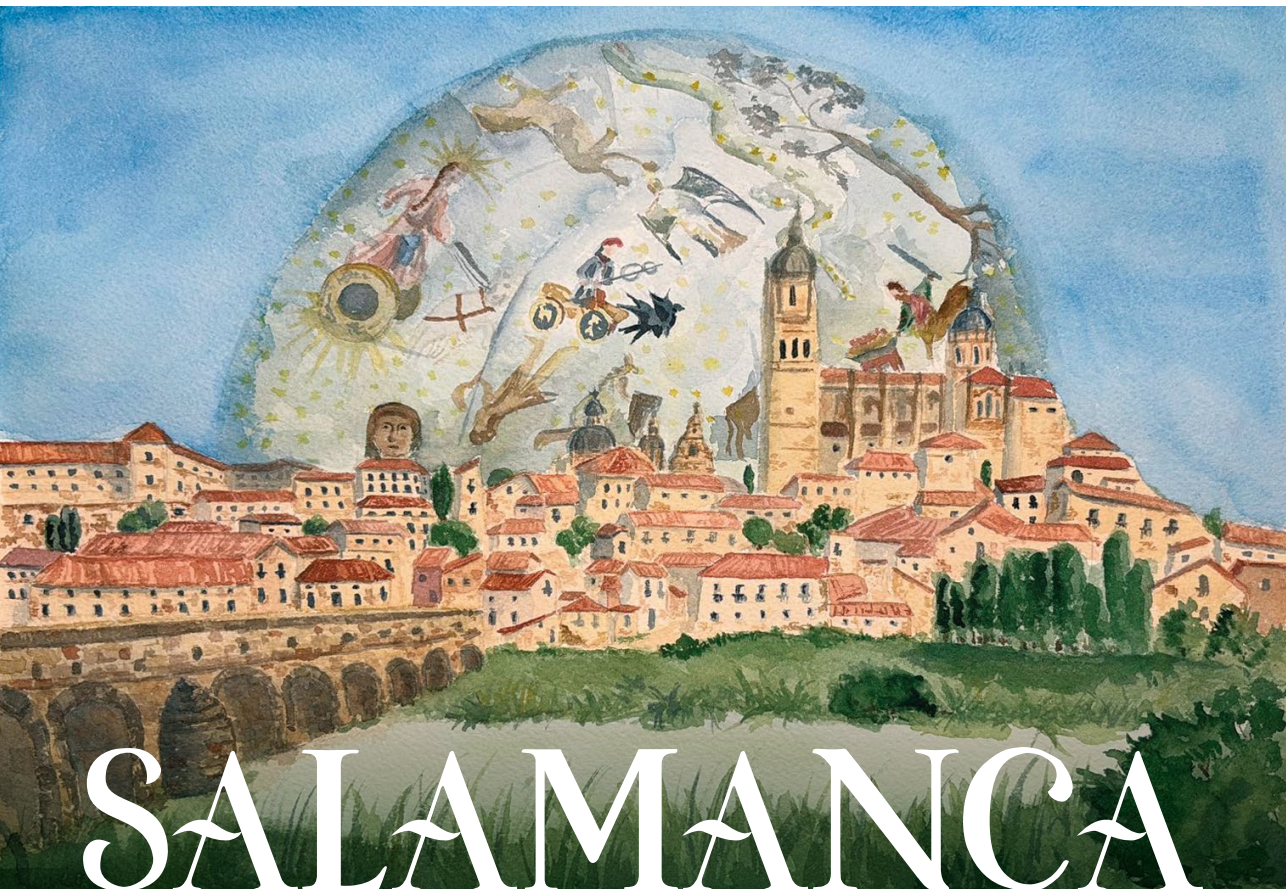


XXXII CONGRESO SEGHNIP



SALAMANCA

14/16 de mayo de 2026

Libro de Comunicaciones, Casos y Pósteres



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.

© 2026 E-MEDFARMA 2020, S.L.
C/ Rosa Sensat, 3. 08005 Barcelona
ERGON® – www.ergon.es

ISBN: 979-13-991900-1-4

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

XXXII Congreso de la SEGHNP *Salamanca, del 14 al 16 de mayo de 2026*

Presidente	Ricardo Torres Peral
Vocales	Haydeé Expósito de Mena Ana María García Morán Olga González Calderón Javier Pellegrini Belinchón Pablo Prieto Matos

COMITÉ CIENTÍFICO

Carmen Alonso
María Alós Díez
José David Andrade
J. Vicent Arcos
María Jesús Balboa
Elena Balmaseda
Josefa Barrio
Patricia Barros
Ana Bergua
Miriam Blanco
Javier Blasco
Andrés Bodas
Vanessa Cabello
Alejandro Canals
Iván Carabaño
Laurentina Carvallo
Isabel Casas
Esperanza Castejón
Ana María Castro
Agustín De la Mano
Mariela Mercedes De los Santos
Paloma Donado
Ester Donat
Francisco Javier Eizaguirre
Pablo Ercoli
Haydee Expósito
Ana Fernández de Valderrama
Rafael Galera
Gonzalo Galicia Poblet
Roger García
Salvador García Calatayud

Carmen García-Plata
Diana García Tirado
Marta Germán Díaz
Rafael González
David González
Jesús González
Carolina Gutiérrez
Myriam Herrero
Iñaki Irastorza
Carmen Jovani
Enrique La Orden
María Legarda
María Dolores Lledín
Enrique Llerena
Sandra Llorente
Miguel Ángel López
Helena Lorenzo
Inés Loverdos
Verónica Luque
Rafael Martín
Johana Martínez
Cecilia Martínez
Beatriz Martínez
Nazareth Martinón
Silvia Meavilla
María Margaret Mercadal
Saray Mesonero
Beatriz Mínguez
Carmen Miranda
Cristina Molera
Montse Montraveta
Ana Moráis

Ana Moreno
José Manuel Moreno
Gema Muñoz Bartolo
Mercedes Murray
María Navalón
Miriam Palacios
Consuelo Pedrón
Begoña Pérez-Moneo
David Pérez Solís
Neus Pociello
Begoña Polo
Gemma Pujol
María José Quiles
Juana María Riera
María del Carmen Rivero
Gloria Rodrigo
Alfonso Rodríguez
Silvia Rodríguez Manchón
Carlos Romero
Antonio Rosell
Pablo Sáez
Enrique Salcedo
César Sánchez
Oscar Segarra
Marta Soria
Ricardo Torres
Carlos Trillo
Rosmari Vázquez
Raquel Vecino
Saioa Vicente
Víctor Vila

SVMARIO

MESA HEPATOLOGÍA: COMUNICACIONES A LA MESA.....	7
MESA NUTRICIÓN: COMUNICACIONES A LA MESA.....	16
SESIÓN DE CASOS ENDOSCÓPICOS.....	25
COMUNICACIONES ORALES SIMULTÁNEAS	42
GASTROENTEROLOGÍA 1.....	42
GASTROENTEROLOGÍA 2.....	51
NUTRICIÓN	60
HEPATOLOGÍA.....	69
MESA GASTROENTEROLOGÍA: COMUNICACIONES A LA MESA.....	78
COMUNICACIONES ORALES BREVES.....	88
GASTROENTEROLOGÍA 1.....	88
GASTROENTEROLOGÍA 2.....	101
NUTRICIÓN	113
NUTRICIÓN-HEPATOLOGÍA.....	125
PÓSTERES.....	138
ÍNDICE DE AUTORES.....	159

MESA HEPATOLOGÍA

COMUNICACIONES A LA MESA

EVALUACIÓN DEL COBRE INTERCAMBIABLE COMO BIOMARCADOR DIAGNÓSTICO NO INVASIVO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DE WILSON: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO. Novoa Garnica C¹, Quintero Bernabéu J², Larrarte King M², Arias Dimas Á³, Loverdos Eseverri I¹, Llorente Pelayo S⁴, García Tirado D⁵, Martín de Carpi J¹, Artuch Iriberrí R³, Molera Busoms C¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ³Servicio de Laboratorio de Bioquímica. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona. ²Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁴Departamento de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ⁵Departamento de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell.

Objetivo. La enfermedad de Wilson (EW) es una patología rara de diagnóstico complejo en edad pediátrica debido a la variabilidad fenotípica y a las limitaciones de los biomarcadores clásicos, lo que favorece el infradiagnóstico y el retraso terapéutico. El cobre intercambiable (CI) y su fracción relativa (REC) emergen como biomarcadores específicos, aunque con evidencia pediátrica limitada. Nuestro objetivo fue evaluar la utilidad diagnóstica del REC en una cohorte pediátrica con EW al debut, explorando así mismo su potencial valor frente a los biomarcadores clásicos y su aplicabilidad en el seguimiento clínico.

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico con grupo control < 18 años afectados de EW confirmado mediante estudio genético y/o score de Leipzig ≥ 4 . Se determinó el CI y el REC en suero al debut de la enfermedad, previo a iniciar tratamiento, y durante el seguimiento (3,6,12 y 24 meses post inicio). El grupo control estuvo constituido por sujetos ≤ 18 años sanos. Se realizó análisis descriptivo y comparativo de los valores de REC entre ambos grupos. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas y analíticas a través de las historias clínicas y se analizaron los datos con SPSS v29.

Resultados. Se incluyeron 22 pacientes (18 al debut, 64% varones), con mediana de edad de 7 años (RIC: 5–11). Al debut, 19 presentaban afectación hepática, 1 neurológica y 2 fenotipo mixto. Se realizó seguimiento en 22 pacientes a los 3 meses y en 20 a los 6,12 y 24 meses. Los valores de REC al debut fueron marcadamente elevados, con una mediana de 23,9% (RIC: 7,3–48,9), encontrándose elevados en todos los pacientes con EW. El grupo control incluyó 93 sujetos, con una mediana de REC de 4,1% (RIC: 3,2–4,8), observándose una clara separación entre ambos grupos sin solapamiento clínicamente relevante. El REC mostró un rendimiento diagnóstico excelente, con sensibilidad, especificidad y valores predictivos del 100%, y un área bajo la curva ROC de 1,00 para un punto de corte > 15%, con reducción progresiva de los valores a los distintos puntos temporales, aunque con variabilidad interindividual. Los biomarcadores clásicos mostraron elevada heterogeneidad, con valores medianos de ceruloplasmina de 68,5 mg/dl (RIQ 39,5–115) y de cupruria en 24 horas de 120,5 $\mu\text{g}/24\text{ h}$ (RIQ 109–193). Incluso en pacientes con enfermedad de Wilson confirmada, la ceruloplasmina (11%) y la cupruria (20%) no alcanzaron los umbrales diagnósticos al evaluarse de forma aislada, lo que evidencia su limitada utilidad diagnóstica como pruebas únicas.

Conclusiones. El REC discrimina de forma clara y consistente entre pacientes pediátricos con EW y controles, mostrando un rendimiento diagnóstico superior al de los biomarcadores clásicos. Estos resultados preliminares apoyan su uso como herramienta diagnóstica no invasiva, robusta y clínicamente relevante en pediatría, con potencial aplicación en el diagnóstico precoz de la enfermedad.

VARIABILIDAD EN EL MANEJO DE LA CAVERNOMATOSIS PORTAL (CVP) EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN ESPAÑA: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA NACIONAL. García Tirado D¹, Molera Busoms C², Mercadal Hally M³, Padros Fornieles C³, Loverdos Eseverri I², Quintero Bernabéu J³. ¹Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell. ²Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo. Describir el manejo diagnóstico, terapéutico y de seguimiento de la CVP pediátrica en España y analizar la variabilidad existente entre centros, incluyendo posibles diferencias según el volumen asistencial.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo basado en una encuesta nacional dirigida a hospitales españoles con seguimiento activo de pacientes pediátricos con CVP. La encuesta se difundió a través del grupo de trabajo de Hepatología Pediátrica de la SEGHP. El cuestionario, diseñado mediante la plataforma REDCap, recogió información sobre factores de riesgo y estrategias de prevención, diagnóstico inicial, estudio de trombofilia, cribado de complicaciones, tratamiento médico, endoscópico, quirúrgico y radiológico, indicación de trasplante hepático y transición a unidades de adultos. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas y una comparación exploratoria entre centros de alto y bajo volumen asistencial.

Resultados. Participaron 11 centros hospitalarios, con un total estimado de 150–170 pacientes pediátricos diagnosticados en los últimos 10 años. La mediana de pacientes por centro fue de 6 (rango 1–60), concentrándose la mayoría de los casos en centros terciarios con programa de trasplante hepático pediátrico. Seis centros realizan seguimiento compartido con hospitales de referencia. La cateterización umbilical neonatal es un factor de riesgo frecuente de CVP; sin embargo, solo cinco centros disponen de protocolos específicos de prevención y monitorización de la trombosis portal aguda (TPA). El control ecográfico con Doppler, el estudio de factores protrombóticos y el uso de anticoagulación profiláctica tras la TPA mostraron una elevada variabilidad. En el diagnóstico inicial, únicamente cinco centros completan de forma sistemática el estudio con angio-TC y solo un centro realiza biopsia hepática de manera rutinaria. El cribado endoscópico de varices esofágicas se realiza en 10 centros; siete emplean profilaxis endoscópica primaria y 10 secundaria. La mayoría asocia betabloqueantes en la profilaxis secundaria, reservando su uso en la profilaxis primaria para situaciones seleccionadas. La valoración neuropsicológica sistemática se realiza en dos centros y el cribado pulmonar estructurado en cuatro. El tratamiento quirúrgico derivativo se lleva a cabo en cinco centros, aunque solo tres realizan *shunt* de Rex (1–5/año.) Dos centros realizan recanalización portal mediante radiología intervencionista (3/año). La profilaxis antitrombótica tras la derivación portal es heterogénea. El trasplante hepático fue excepcional y limitado a complicaciones graves. Solo cuatro centros disponen de programas estructurados de transición a unidades de adultos.

Conclusiones. El manejo de la CVP pediátrica en España presenta una elevada variabilidad entre centros. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar recomendaciones nacionales consensuadas y establecer centros de referencia para homogeneizar la atención, optimizar el tratamiento y probablemente mejorar el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

EVALUACIÓN DE LA RIGIDEZ ESPLÉNICA MEDIANTE ELASTOGRAFÍA SHEAR WAVE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN PORTAL. Tomàs Heras A¹, Mercadal Hally M², Coma Muñoz A³, Padrós Fornieles C², Miserachs Barba M², Muyo P², Mameli S², Quintero Bernabéu J². ¹Servicio de Pediatría; ²Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico; ³Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos. La hemorragia digestiva alta (HDA) por varices gastroesofágicas es una complicación de elevada morbimortalidad en pacientes pediátricos con hipertensión portal (HTP). La estratificación del riesgo mediante métodos no invasivos es un reto clínico. El estudio pretende evaluar la utilidad diagnóstica de la rigidez esplénica medida por elastografía *shear wave* (ESW) para predecir la presencia de varices.

Material y métodos. Estudio prospectivo unicéntrico entre octubre 2024 y diciembre 2025 que incluyó pacientes pediátricos con HTP, incorporados al programa de profilaxis de HDA mediante endoscopia digestiva alta (EDA), junto con un grupo control comparable en edad y sexo, a los que se realizó una elastografía esplénica. Se recogieron datos clínicos y analíticos mediante revisión de historias clínicas. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIQ). Las comparaciones se realizaron mediante test de Chi-cuadrado o U de Mann-Whitney, considerando significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron 68 pacientes: 34 con HTP y 34 controles. La mediana de edad fue de 10 años (RIQ 7–12,8) y el 58,8% varones. Los pacientes con HTP presentaban esplenomegalia, con una mediana de plaquetas de 113.500/ μ l (RIQ 87.250–155.000). La etiología principal fue fibrosis/cirrosis hepática (55,9%; 19/34), seguida de cavernomatosis portal (35,3%; 12/34). La comparación con la cohorte control no mostró diferencias significativas en la rigidez esplénica (11,65 vs. 11,2 kPa; $p = 0,21$), ni al analizar los subgrupos etiológicos frente a los controles (11,9 kPa y 13,5 kPa vs. 11,2 kPa, respectivamente; $p = 0,18$ y $p = 0,15$). La EDA identificó varices esofágicas en 14 pacientes (41,2%; 14/34), el 85,7% de grado I, y dos pacientes grado II–III. Seis pacientes estaban en tratamiento con betabloqueantes por varices gástricas o gastropatía portal. La rigidez esplénica fue similar entre los pacientes con y sin varices (10,1 vs. 12,3 kPa; $p = 0,263$) y no mostró diferencias significativas entre las etiologías de fibrosis/cirrosis y cavernomatosis portal (11,9 vs. 13,5 kPa; $p = 1,0$). Tres pacientes (8,8%) presentaron HDA en un intervalo de ± 6 meses respecto a la elastografía, sin diferencias significativas en la rigidez esplénica comparado con el resto de la cohorte (9,0 vs. 11,9 kPa; $p = 0,213$). Tampoco se observaron diferencias significativas entre los pacientes tratados o no con betabloqueantes (10,4 vs. 11,65 kPa; $p = 0,47$).

Conclusiones. La rigidez esplénica medida por ESW no mostró asociación significativa con la presencia de varices, la etiología de la HTP, el tratamiento con betabloqueantes ni la aparición de HDA. Tampoco se observaron diferencias frente al grupo control, limitando su uso como marcador aislado de HTP en pediatría. Se requieren estudios adicionales para establecer su utilidad en la identificación y estratificación de varices clínicamente significativas.

PERFIL INMUNOLÓGICO DIFERENCIAL Y RESISTENCIA A LA REGRESIÓN DE LA FIBROSIS EN EL RECHAZO SUBCLÍNICO RICO EN CÉLULAS PLASMÁTICAS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO.

Quintero Bernabéu J¹, Miserachs Barba M¹, Mercadal Hally M¹, Padrós Fornieles C¹, Muyo Hernández P¹, Larrarte King M¹, Molino Gahete J², Salcedo Allende M³. ¹Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico; ²Servicio de Cirugía Pediátrica; ³Servicio de Anatomía Patológica. Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus. Barcelona.

Objetivos. En el trasplante hepático pediátrico, las biopsias protocolizadas revelan con frecuencia alteraciones subclínicas —principalmente inflamación y fibrosis— a pesar de pruebas hepáticas normales. Dentro de este espectro de lesión subclínica del injerto, identificamos un fenotipo distintivo caracterizado por un infiltrado denso de células plasmáticas (rechazo celular agudo subclínico rico en células plasmáticas, *Plasma Cell-Rich Subclinical Subclinical T-Cell Mediated Rejection*, PCR/S-TCMR). El objetivo de este estudio fue definir su prevalencia, sus características inmunopatológicas y la respuesta histológica a la intensificación estandarizada de la inmunosupresión.

Materiales y métodos. Se llevó a cabo un estudio de cohortes prospectivo, unicéntrico, que incluyó a 167 receptores pediátricos de trasplante hepático sometidos a 299 biopsias entre 2018 y 2024. El S-TCMR se definió como una puntuación Banff RAI ≥ 2 , y la fibrosis se evaluó mediante la escala de Ishak. Los pacientes con S-TCMR recibieron intensificación de la inmunosupresión según un protocolo guiado por histología. El PCR/S-TCMR se definió por la presencia de $\geq 30\%$ de células plasmáticas en los infiltrados portales y/o perivenulares. Un año después de la intensificación, se realizaron biopsias de seguimiento y una reevaluación de anticuerpos específicos frente al donante (DSA) y autoanticuerpos para valorar nuevamente la inflamación y la fibrosis. Se empleó regresión logística multivariable para analizar las asociaciones con las características inmunopatológicas y la respuesta histológica.

Resultados. De los 71 pacientes con S-TCMR, 18 (25,4%) presentaron PCR/S-TCMR. Este fenotipo se asoció de forma significativa con positividad para C4d (OR 5,06; IC 95%: 1,60–15,97; $p = 0,004$) y mostró una tendencia hacia una mayor prevalencia de DSA de clase II (OR 3,11; IC 95%: 0,95–10,21; $p = 0,06$). Los autoanticuerpos fueron positivos en el 92,3% de los casos de PCR/S-TCMR, aunque los títulos y los niveles de IgG fueron similares a los de otros subtipos de S-TCMR. La mejoría histológica de la inflamación se observó tanto en el grupo PCR/S-TCMR como en el no PCR/S-TCMR; sin embargo, el PCR/S-TCMR se asoció de manera independiente con una reducción marcada en la probabilidad de regresión de la fibrosis (OR 28,6; IC 95%: 3,1–265,4; $p < 0,001$). Los infiltrados ricos en células plasmáticas se concentraron en biopsias protocolizadas a los 2 años, lo que sugiere un fenotipo temprano posrasplante con una ventana temporal restringida.

Conclusiones. El PCR/S-TCMR representa un subtipo distinto y clínicamente relevante de rechazo subclínico, caracterizado por infiltrados ricos en células plasmáticas, rasgos de rechazo mediado por anticuerpos y una limitada reversibilidad de la fibrosis a pesar de la mejoría inflamatoria. Su impacto clínico requiere ser evaluado en estudios prospectivos multicéntricos.

RECHAZO SUBCLÍNICO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: RESPUESTA HISTOLÓGICA TRAS LA MODIFICACIÓN DE LA INMUNOSUPRESIÓN. Quintero Bernabéu J¹, Juamperez Goñi J¹, Mercadal Hally M¹, Padrós Fornieles C¹, Muyo Hernández P¹, Mameli S¹, Molino Gahete J², Salcedo Allende M³. ¹Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico; ²Servicio de Cirugía Pediátrica; ⁴Servicio de Anatomía Patológica. Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus. Barcelona.

Objetivos. En el trasplante hepático pediátrico, las biopsias de seguimiento suelen revelar alteraciones histológicas subclínicas a pesar de pruebas de función hepática normales. Estos hallazgos, que incluyen inflamación, fibrosis y cambios mediados por el sistema inmune, sugieren mecanismos aloinmunes y autoinmunes superpuestos con posibles consecuencias a largo plazo. Entre estas alteraciones, el rechazo subclínico mediado por células T (S-TCMR, por sus siglas en inglés) constituye un fenómeno frecuente, detectable únicamente mediante biopsia protocolizada. El objetivo del estudio fue evaluar los resultados clínicos e histológicos tras la intensificación de la inmunosupresión en pacientes con S-TCMR, así como los factores inmunológicos asociados con la resolución del S-TCMR y la regresión de la fibrosis.

Métodos. Se realizó un estudio de cohortes prospectivo unicéntrico que incluyó a 167 niños sometidos a 299 biopsias hepáticas (214 protocolizadas y 85 tras modificaciones de la inmunosupresión) entre 2018 y 2024. La inmunosupresión se ajustó siguiendo un protocolo preestablecido guiado por histología, intensificando el tratamiento en pacientes con rechazo subclínico mediado por células T (S-TCMR; Índice de Actividad de Rechazo (RAI) según criterios de Banff $\geq 2/9$) detectado en biopsias protocolizadas.

Resultados. Se identificó S-TCMR en 71 de 214 biopsias protocolizadas (33,2%), con fibrosis (Ishak ≥ 2) en 38 de ellas (53,5%). Tras la intensificación inmunosupresora guiada por el protocolo, 57/71 pacientes (80,3%) lograron resolución de S-TCMR a los 12 meses, y 8 de 12 mostraron mejora adicional a los 24 meses. La fibrosis retrocedió ≥ 1 estadio de Ishak en 21/38 pacientes (55,3%). Los pacientes con respuesta de autoanticuerpos presentaron mejores resultados tanto en S-TCMR ($p = 0,006$) como en fibrosis ($p = 0,05$). Los pacientes positivos para anticuerpos donante-específicos mostraron menor resolución de S-TCMR (OR 3,3; $p = 0,1$) y mayor riesgo de fibrosis persistente (OR 4,8; $p = 0,03$). El S-TCMR rico en células plasmáticas (PCR/S-TCMR; 18/71, 25,4%) presentó regresión de fibrosis marcadamente reducida (OR 11,0; $p < 0,001$), indicando resistencia a la inmunosupresión estándar.

Conclusiones. La intensificación inmunosupresora guiada por histología y protocolizada revirtió de manera efectiva la mayoría de los S-TCMR y la fibrosis, destacando la importancia de las biopsias protocolizadas a largo plazo para una terapia individualizada en pLT.

INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA (2017–2026): INCIDENCIA, FACTORES PRONÓSTICOS Y EFECTO DEL INICIO PRECOZ DE N-ACETILCISTEÍNA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. Quiles Blanco MJ^{1,5}, Alós Díez M^{1,5}, Rodríguez Álvarez D², De Miguel Lavisier B³, Alonso García LA⁴, Martínez A^{1,5}, Lledín Barbancho MD^{1,5}, Frauca Remacha E^{1,5}. ¹Hepatología Pediátrica; ²Cuidados Intensivos Pediátricos; ³Urgencias Pediátricas; ⁴Pediatría General. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁵ERN TransplantChild. ERN Rare Liver.

Introducción y objetivos. La intoxicación por paracetamol representa una causa relevante de daño hepático agudo en pediatría. El objetivo del estudio fue analizar retrospectivamente la incidencia de intoxicación por paracetamol en niños atendidos en un hospital con programa de trasplante hepático, evaluar el impacto del inicio temprano de N-acetilcisteína (NAC) y explorar factores clínicos y analíticos asociados con mayor gravedad.

Métodos. Se realizó un estudio retrospectivo de consultas o derivaciones por sobreingesta de paracetamol entre 2017 y 2026. Se analizaron variables demográficas, dosis, tiempo hasta la consulta y parámetros analíticos. Se identificaron 281 episodios, diferenciando dos cohortes: ingesta voluntaria (n = 105) e ingesta accidental (n = 171). Se definió dosis tóxica aguda como ≥ 150 mg/kg/día en mayores de 3 meses o ≥ 75 mg/kg/día en menores de 3 meses (154/281). La hepatotoxicidad en intoxicaciones agudas se valoró mediante el nomograma de Rumack-Matthew.

Resultados. En las ingestas accidentales la mediana de edad fue 2,0 años, con un tiempo medio hasta la consulta de 5,1 horas. 62 pacientes alcanzaron rango de intoxicación. Se observó correlación positiva entre la demora asistencial y parámetros de gravedad (INR, AST y ALT; $p \leq 0,008$). En menores de 6 meses se detectó mayor elevación de ALT ($p = 0,027$). En tres casos la consulta se retrasó por desconocimiento del error, clasificándose como intoxicaciones subagudas. Se registraron dos casos graves con necesidad de inclusión urgente en lista de trasplante hepático. En la sobreingesta con finalidad autolítica (n = 105) predominó el sexo femenino (83,8%), con una mediana de 14,6 años; el 36,2% refirió coingesta. La proporción de ingestas autolíticas aumentó significativamente tras febrero de 2020 (42,7% vs. 16,2%; $p = 0,002$). Se registraron 17 fallos hepáticos, la necesidad de terapias avanzadas fue infrecuente (hemodiafiltración y plasmaféresis n = 5, inclusión en lista de trasplante n = 4). Un paciente falleció en lista tras sobredosificación subaguda y otro falleció tras recibir trasplante (antecedente autolítico). El tiempo hasta la primera atención en urgencias se asoció con incremento de INR (test de Cuzick, $p < 0,001$), mayor probabilidad de ingreso en cuidados intensivos pediátricos y tendencia a inclusión en lista de trasplante ($p = 0,071$). La elevación grave de transaminasas (> 1.000 U/L) fue más frecuente en ingestas autolíticas que accidentales (27,3% vs. 13,1%; $p = 0,039$), asociándose independientemente con la dosis ingerida ($p = 0,003$). El pico de transaminasas se observó principalmente a las 48–72 horas.

Conclusiones. La intoxicación por paracetamol constituye un problema relevante de salud pública en pediatría, con un aumento significativo de casos desde 2020, especialmente en adolescentes. La demora en el inicio de NAC se asocia con mayor riesgo de fallo hepático agudo, subrayando la importancia del reconocimiento precoz y la intervención temprana. Es fundamental reforzar la educación sobre el uso seguro del paracetamol para prevenir intoxicaciones accidentales y optimizar estrategias de detección y manejo en contextos de sobreingesta voluntaria.

UTILIDAD DE LA ELASTOGRAFÍA TRANSITORIA EN LA EVALUACIÓN NO INVASIVA DE LA FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS DE HÍGADO.

Molera Busoms C¹, Salcedo Allende MT², Mercadal Hally M³, Loverdos Eseverri I¹, Juampérez Goñi J³, Larrarte King M³, Martín de Carpi J¹, Quintero Bernabéu J³. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción y objetivos. La biopsia hepática continúa siendo el patrón de referencia para la evaluación de la fibrosis tras el trasplante, aunque su carácter invasivo limita su uso repetido en población pediátrica. La elastografía transitoria (FibroScan®) surge como una alternativa no invasiva prometedora. El objetivo principal fue evaluar la concordancia entre la rigidez hepática obtenidos mediante FibroScan® y las escalas histológicas Liver Allograft Fibrosis Score (LAFS) y METAVIR, así como con marcadores indirectos de fibrosis (APRI y FIB-4), en pacientes pediátricos trasplantados hepáticos.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo que incluyó pacientes pediátricos trasplantados hepáticos sometidos a elastografía transitoria coincidente con biopsias hepáticas protocolizadas a los 2, 5, 10 y 15 años postrasplante. Se compararon los valores de rigidez hepática con las escalas histológicas LAFS y METAVIR y con marcadores bioquímicos de fibrosis. Se analizaron variables demográficas, clínicas, elastográficas, bioquímicas e histológicas. La validez técnica del FibroScan® se definió mediante tasa de éxito > 60%, rango intercuartílico < 30% y ≥ 10 mediciones válidas, utilizando sondas según el perímetro torácico. El análisis estadístico incluyó coeficiente kappa, sensibilidad (S), especificidad (E) y valores predictivos, mediante el programa PSPP 2.0.1.

Resultados. Se incluyeron 74 pacientes (51,4% mujeres), con edad mediana de 11 años (RIC: 5) y edad mediana al trasplante de 3 años (RIC: 3). La principal indicación de trasplante fue la atresia de vías biliares (43,2%). El tipo de trasplante más frecuente fue el cadavérico completo (44,9%) y el tratamiento inmunosupresor predominante tacrolimus más corticoides (54,2%). Todos los pacientes presentaban valores de ALT normales (mediana 24 UI/L (18–35). La concordancia entre FibroScan® y LAFS fue del 87,1% (IC95%: 85,4–88,7), con S entre el 80,3–86,5% y E entre el 44,4–50%, según el subtipo histológico (siendo mayor en el de neovascularización). Con respecto a METAVIR, la concordancia alcanzó el 90,1% (IC95%: 89,1–91,0), con S del 80,3% y E del 100%. La concordancia con APRI fue del 91,2% (S 81,4%; E 100%) y con FIB-4 del 88,7% y 77%, respectivamente. El 86,5% de los estudios presentó validez técnica adecuada, superior en menores de 10 años (97%) frente a mayores de 10 años (77,5%). Se observaron diferencias significativas según el tipo de donante ($p = 0,012$), con mayor rigidez en el donante cadavérico reducido. No se halló asociación con los niveles de tacrolimus.

Conclusiones. La elastografía transitoria es una herramienta no invasiva fiable, reproducible y precisa para la evaluación de la fibrosis hepática en pacientes pediátricos trasplantados, con elevada concordancia histológica. Los marcadores indirectos de fibrosis pueden representar un buen método para el cribaje inicial dada la alta sensibilidad, aunque su especificidad es variable.

CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DE LA ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA TRANSITORIA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: CORRELACIÓN CON LA HISTOLOGÍA HEPÁTICA Y CON MARCADORES NO INVASIVOS DE FIBROSIS. Benítez Viera B, Molera Busoms C, Loverdos Eserverri I, Jou Muñoz C, Álvarez Pibert L, Martín de Carpi J. *Hospital Sant Joan De Déu. Barcelona.*

Introducción y objetivos. La elastografía hepática transitoria o FibroScan® es un método no invasivo para evaluar fibrosis. Ante la heterogeneidad y falta de validación en pediatría, este estudio evalúa su fiabilidad, reproducibilidad y precisión diagnóstica en niños con hepatopatías crónicas. El objetivo principal es validar el FibroScan® frente a la histología hepática para determinar su utilidad diagnóstica y pronóstica, y como objetivo secundario se compara su rendimiento frente a marcadores séricos no invasivos FIB-4 y APRI.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo y analítico de pacientes seguidos en la Unidad de Hepatología Pediátrica con enfermedad hepática crónica a los que se hubiera realizado biopsia hepática y FibroScan® en un período < 6 meses. Se analizan datos demográficos, parámetros elastográficos y bioquímicos para determinar la correlación de Spearman, concordancia (índice kappa) y capacidad diagnóstica (AUC) de FibroScan®, FIB-4 y APRI utilizando Python como análisis estadístico.

Resultados. Se incluyeron 62 pacientes (54,8% varones). La edad mediana fue 13 (5,6) años. Los diagnósticos más frecuentes fueron la hepatopatía autoinmune (32,3%), hipertransaminasemia no filiada (25,8%) y esteatosis hepática (19,4%). La hipertransaminasemia fue el patrón bioquímico predominante en 81,8%, seguido de colestasis en 21,2%. Las exploraciones de elastografía incluídas cumplieron criterios de fiabilidad, con IQR < 30% en los 62 pacientes. La rigidez hepática medida mediante FibroScan® tiene correlación fuerte ($p = 0,64$; $p < 0,00$) con el grado de fibrosis histológica y excelente capacidad diagnóstica (AUC 0,85) para fibrosis significativa ($F \geq 2$) y 0,90 para avanzada ($F \geq 3$), alcanzando precisión casi perfecta en cirrosis (F4) AUC 0,99. Aunque FIB-4 y APRI mostraron capacidad limitada para replicar resultados del FibroScan®, FIB-4 demostró mejor rendimiento diagnóstico (AUC 0,73–0,77) en fibrosis moderada y avanzada. En cambio, APRI mostró pobre capacidad diagnóstica (AUC < 0,70) con baja sensibilidad (43%) y alta especificidad (94%) en cirrosis. Los pacientes con hepatopatía autoinmune presentaron valores de rigidez hepática ligeramente superiores (mediana 8,1 vs. 7,0 kPa) con IQR 6,05–20,15 kPa, sin significación estadística ($p = 0,067$). En el estudio, no se observó correlación significativa entre los valores de rigidez hepática y de AST ($p = 0,068$) o ALT ($p = 0,065$). Esto indica que, en ausencia de hipertransaminasemia marcada, la inflamación hepatocelular no tuvo impacto relevante sobre la rigidez medida mediante FibroScan®. Sin embargo, hubo correlación moderada con los marcadores de colestasis, especialmente la bilirrubina directa ($p = 0,55$), por lo que puede contribuir al aumento de rigidez hepática.

Conclusión. En nuestra experiencia, el FibroScan® constituye una herramienta diagnóstica no invasiva, fiable, reproducible y precisa para detectar fibrosis significativa con buena correlación histológica. Su rendimiento es superior a los marcadores séricos. No obstante, presenta limitaciones para diferenciar entre estadios iniciales e intermedios de fibrosis, especialmente en actividad inflamatoria, por lo que debe interpretarse junto con datos clínicos, analíticos e histológicos.

EVALUACIÓN COMPARATIVA DE DIFERENTES MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS EN LA ENFERMEDAD HEPÁTICA ESTEATÓSICA PEDIÁTRICA. Molera Busoms C¹, Tregnaghi KT¹, García Ezquerro R¹, Loverdos Eseverri I¹, Del Olmo Segura P², De Diego Soler H¹, García Tirado D¹, Ladera González E³, Martín de Carpi J¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ³Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos. La hepatopatía esteatósica pediátrica engloba diferentes etiologías, siendo la esteatosis hepática asociada a síndrome metabólico la principal causa. Su diagnóstico se establece mediante la detección de esteatosis (imagen o histología) y al menos un factor de riesgo cardiometabólico. La cuantificación precisa de la esteatosis es importante para el diagnóstico, la estratificación del riesgo y el seguimiento. El objetivo del estudio fue describir las características clínicas y analíticas de una cohorte pediátrica con esteatosis y evaluar la utilidad diagnóstica y concordancia de la ecografía, FibroScan-CAP y la Resonancia Magnética (RM).

Material y métodos. Se presentan resultados preliminares de un estudio descriptivo prospectivo de una cohorte pediátrica con esteatosis hepática. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, bioquímicas y metabólicas, así como resultados de ecografía abdominal con modalidad de imágenes de atenuación (ATI), elastografía transitoria (FibroScan®) con parámetro de atenuación controlada (CAP) y resonancia magnética (RM) con cálculo de densidad protónica de fracción grasa (Multiecho MRquantif®). La esteatosis se categorizó mediante escalas semicuantitativas. Se realizaron análisis descriptivos, correlación de Spearman y comparaciones no paramétricas utilizando SPSSv31.

Resultados. Se incluyeron 125 pacientes (70,4% varones) con mediana de edad de 12 años (RIC 12–14) e IMC 28 kg/m² (RIC 22–31). Los principales factores de riesgo cardiometabólico fueron el sobrepeso y la obesidad (68,8%), mientras que el 24% no presentó factores de riesgo. Las medianas de ALT fueron de 34,5 UI/L (RIC 19,8–73,5), GGT 27,5 UI/L (RIC 19–47,8) y LDL 86,5 mg/dl (RIC 68,5–104). Se realizó ATI en 100% de los pacientes, CAP en 76%, RM en 49,6% y biopsia en 22,4%. Entre los evaluados por RM, 46% presentó esteatosis moderada–grave, con correlación significativa con ALT ($p = 0,608$; $p < 0,001$), GGT ($p = 0,425$; $p < 0,001$) e IMC ($p = 0,273$; $p = 0,033$). En el grupo evaluado por CAP, el 58% mostró esteatosis grave. Los valores de CAP se correlacionaron de forma débil pero significativa con GGT ($p = 0,24$; $p = 0,027$) e IMC ($p = 0,25$; $p = 0,018$), sin asociación significativa con ALT ($p = 0,175$; $p = 0,099$). La correlación entre técnicas fue baja-moderada, siendo mayor entre CAP y RM ($p = 0,31$), con concordancia aceptable ($\kappa = 0,23$). El ATI mostró correlaciones y concordancias más débiles con el resto.

Conclusiones. En esta cohorte pediátrica, se detectó una elevada prevalencia de sobrepeso/obesidad, confirmando el papel central del síndrome metabólico en la hepatopatía esteatósica. No obstante, una proporción relevante carecía de factores de riesgo, subrayando la heterogeneidad etiológica. El CAP mostró una adecuada capacidad para la detección y cuantificación de la esteatosis, con correlación débil pero significativa con parámetros metabólicos y analíticos, así como mayor correlación con la RM que el ATI. La RM se perfila como el método más preciso, mientras que el CAP constituye una alternativa accesible y complementaria. La limitada concordancia entre técnicas resalta la necesidad de estrategias diagnósticas integradas y estudios longitudinales.

MESA NUTRICIÓN

COMUNICACIONES A LA MESA

ESTADO NUTRICIONAL Y COMPOSICIÓN CORPORAL DE PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA MENORES DE 6 AÑOS EN TRATAMIENTO CON MODULADORES DE CFTR EN TRIPLE TERAPIA.

Murray Hurtado M¹, Garriga García M², Rodríguez Martínez A³, Álvarez Beltrán M⁴, Martín Fernández C⁵, Vicente Santamaría S⁶, Suárez González M⁷, Gascón Galindo C², Tabares González A², López Cárdenas CM², Rico Pérez C², Muñoz Alonso A³, Freixas Bermejo M⁴, Viñas Torné C⁴, De La Mano Hernández A⁵, Castro Millán AM¹, Woods Kreisler N¹, González Jiménez D⁷ y Grupo de trabajo de Fibrosis Quística y Páncreas de la SEGHPN. ¹Unidad de Nutrición y Errores innatos del metabolismo. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ²Unidad de Fibrosis Quística. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ⁵Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁶Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁷Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivos. Evaluar cambios en el estado nutricional y composición corporal de pacientes con fibrosis quística (FQ) tras iniciar tratamiento con eleexacftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI).

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico del grupo de trabajo de FQ de la SEGHPN en una cohorte de pacientes menores de 6 años con FQ en tratamiento con ETI. Se recogieron variables antropométricas y de composición corporal (bioimpedanciometría) al inicio, 6 y 12 meses de ETI. Peso, talla e IMC se estandarizaron mediante Z-scores según las tablas de referencia de la OMS. Se consideró desnutrición (IMC < p10) y objetivo nutricional (IMC > p50). Datos recogidos mediante REDcap. Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico. Análisis estadístico: pruebas de Wilcoxon mediante Stata V18.0.

Resultados. Se reclutaron 37 pacientes (edad media 4,2 años $\pm$ 0,9; 2,4–5,8). El 54% eran mujeres, 76% portadores en heterocigosis de la mutación DF508, 95% diagnosticados mediante cribado neonatal y el 86% eran insuficientes pancreáticos. Se observó un aumento de peso y talla a los 6 y 12 meses en valores absolutos, pero no en los respectivos Z-score ni en el IMC. Al inicio un 49% cumplía el objetivo nutricional, a los 6 meses el 42% ($p = 0,625$) y a los 12 meses el 50% ($p = 0,375$). Se observó un descenso de desnutrición: 14% al inicio vs. 6% a los 6 meses ($p > 0,05$) y 8% a los 12 meses ($p > 0,05$), y un aumento de sobrepeso: 8% al inicio, 18% a los 6 meses ($p = 0,250$) y 16% a los 12 meses ($p > 0,05$). Respecto a la bioimpedancia se observó un aumento de la resistencia a los 6 meses: Md 655 (RI 597–801) vs. Md 737 (RI 648–836) $p = 0,003$. Un incremento del porcentaje de masa grasa entre 0–6 meses: Md 19,9 (RI 4,4–27,2) vs. Md 21,4 (RI 18,6–28,3) $p = 0,066$ y un descenso entre los 6 y 12 meses Md 25,9 (RI 18,9–28,6) vs. Md 21,2 (RI 19,7–25,7) $p = 0,068$. Se observó un incremento del ángulo de fase entre 6 y 12 meses: Md 5,93 (RI 5,10–6,42) vs. Md 6,09 (RI 5,49–7,36) $p = 0,002$ y entre el inicio y 12 meses: Md 5,80 (RI 4,96–6,85) vs. Md 6,09 (RI 5,70–7,29) $p = 0,048$.

Conclusiones. En este grupo etario el tratamiento con ETI no produjo cambios significativos en la somatometría, probablemente debido a la menor evolución de la enfermedad y al diagnóstico precoz mediante cribado neonatal, que permite un adecuado soporte nutricional desde edades tempranas. Sí se observaron modificaciones en la composición corporal, lo que sugiere que la bioimpedancia puede aportar información relevante y complementar la valoración nutricional en estos pacientes.

EFFECTO DE LOS MODULADORES DE CFTR EN LOS NIVELES DE VITAMINAS LIPOSOLUBLES EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA MENORES DE 6 AÑOS.

Crehuá Gaudiza E¹, López Cárdenes C², García Romero R³, Rodríguez Martínez A⁴, Masip Simó E⁵, García Tirado D⁶, Martín Fernández C⁷, Suárez González M⁸, Vicente Santamaría S⁹, Loverdos Eserverri I¹⁰, Meavilla Olivas S¹⁰, Moreno Álvarez A¹¹, Solar Boga A¹¹, Woods Kreisler N¹², Reyes Domínguez A¹³, Mesonero Cavia S¹⁴, Gascón Galindo C², Tabares González A², Garriga García M², Rico Pérez C², Muñoz Alonso A⁴, De La Mano Hernández A⁷, Riera JM¹⁵, González Jiménez D⁸ y Grupo de trabajo de Fibrosis Quística y Páncreas de la SEGHP. ¹Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ²Unidad de Fibrosis Quística. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁵Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ⁶Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁷Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁸Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁹Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹⁰Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona. ¹¹Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña. ¹²Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹³Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ¹⁴Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ¹⁵Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Son Espases. Palma.

Objetivo. Analizar los cambios en los niveles séricos de vitaminas liposolubles en pacientes menores de 6 años con fibrosis quística (FQ) tras el inicio de tratamiento con moduladores de CFTR.

Material y métodos. Estudio prospectivo y multicéntrico del grupo de trabajo de FQ de la SEGHP en una cohorte de pacientes menores de 6 años con FQ en tratamiento con moduladores CFTR en triple terapia: elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI). Se recogieron datos demográficos, clínicos y analíticos antes del inicio del tratamiento. Se analizaron los niveles séricos de retinol, calcidiol y alfatocoferol de forma basal, a los 6 y 12 meses del tratamiento. Se consideraron los siguientes valores de referencia: niveles de vitamina D insuficientes < 30 ng/ml y deficientes < 20 ng/ml, deficiencia de vitamina A se definió como < 30 µg/dl y de vitamina E < 500 µg/dl. Los datos fueron recogidos mediante la plataforma REDcap. El análisis estadístico se realizó mediante Stata V18.0, se utilizaron las pruebas t de Student pareada y test de McNemar. Se consideró significación estadística $p < 0,05$.

Resultados. Se reclutaron 62 pacientes, con edades comprendidas entre 1,8 y 6,0 años (media $4,0 \pm 1,2$ años). El 47% eran mujeres, y el 56% eran portadores en heterocigosis de la mutación DF508. El 94% habían sido diagnosticados mediante cribado neonatal y el 87% asociaban insuficiencia pancreática exocrina. A lo largo de todo el seguimiento realizado, no se observaron cambios significativos en los niveles séricos de retinol y alfatocoferol. Sin embargo, sí se observó un aumento de los niveles de calcidiol entre los 6 a 12 meses de $6,0$ ng/ml (IC 95% $3,8-8,3$) $p < 0,0001$ y entre los 0 y 12 meses de $2,9$ ng/ml (IC 95% $0,5-5,2$) $p = 0,0183$. Previamente al inicio del tratamiento, el 8% tenía niveles deficientes de vitamina D, y el 31% insuficientes. A pesar del incremento en los valores absolutos, no se observaron cambios en estas proporciones durante el seguimiento: a los 12 meses, el 6% tenían niveles deficientes y el 27% insuficientes. Respecto a la vitamina A, se observó un descenso de la proporción de pacientes deficientes: de 19% al inicio al 7% a los 12 meses, sin alcanzar significación estadística ($p = 0,146$). En relación a la vitamina E, todos los pacientes tuvieron niveles normales, que no se vieron afectados por el tratamiento.

Conclusiones. El tratamiento con ETI en menores de 6 años produce un incremento significativo de los niveles de vitamina D, así como parece disminuir el riesgo de deficiencia de vitamina A. Nuestros resultados sugieren la necesidad de monitorizar los niveles séricos de vitamina D de forma precoz tras el inicio del tratamiento, para así poder optimizar las dosis utilizadas para su suplementación.

LA VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL MUESTRA BUENA CONCORDANCIA CON LA DEXA EN LA CARACTERIZACIÓN NUTRICIONAL DE RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO. Andrade Guerrero JD, Lledín Barbancho MD, Borregón Rivilla E, Bergua Martínez A, Merinero Ausín I, Andrade Guerrero F, García Vega M, Moráis López AB. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivos. 1) Describir los parámetros de valoración morfofuncional (VMF) en una cohorte de receptores de trasplante hepático (TH). 2) Evaluar la concordancia y utilidad de técnicas de composición corporal a pie de cama [bioimpedanciometría (BIA) y ecografía nutricional] en comparación con la absorciometría de rayos X de energía dual (DEXA).

Material y métodos. Estudio transversal unicéntrico en un hospital de tercer nivel sobre niños con antecedente de TH antes de los 18 meses de edad por atresia de vías biliares (AB). Se realizó VMF que incluyó antropometría, BIA y ecografía nutricional (medición del tejido adiposo preperitoneal y del músculo recto anterior del cuádriceps), y DEXA para valoración de composición corporal. Todos los participantes fueron evaluados en ayunas, en situación de estabilidad clínica y con función hepática normal. Se recolectaron variables demográficas y clínicas vinculadas al trasplante. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSSv24.0.

Resultados. Se incluyeron 28 pacientes (39% varones; edad media $8,5 \pm 1,8$ años) con diagnóstico de AB y trasplantados antes de los 18 meses de edad (media 0,86 años), el 71% de donante vivo. El perfil nutricional mostró muy discreta afectación de la talla (Z-score $-0,82 \pm 0,99$) y del ángulo de fase (AF) (Z-score $-0,89 \pm 0,96$), manteniendo normalidad en peso e IMC. En el análisis de concordancia, la BIA demostró una correlación excelente con la DEXA en la determinación de masa grasa ($r = 0,9$), masa magra ($r = 0,98$) y masa celular ($r = 0,9$), con significación estadística en todos los compartimentos ($p < 0,05$). La integración de la ecografía nutricional optimizó la precisión diagnóstica del estudio. Los modelos de regresión lineal para la estimación de la grasa corporal que integran BIA y ecografía (tejido adiposo superficial y preperitoneal) alcanzaron un coeficiente de determinación $R^2 = 0,96$ ($p < 0,05$). Asimismo, el análisis del tejido adiposo preperitoneal mediante ecografía mostró correlación con la grasa visceral medida por DEXA ($r = 0,66$; $p < 0,05$), demostrando alta equivalencia tanto en masa como en volumen y área. El análisis ecográfico de los parámetros morfológicos musculares (circunferencia, área y diámetros) exhibió una alta capacidad predictiva respecto a la masa magra y celular medidas por DEXA ($R^2 = 0,88$; $p < 0,05$), respaldando la fiabilidad de la ecografía para la categorización de la masa muscular. En el análisis funcional, la relación entre la contracción muscular y el AF mostró una correlación positiva débil-moderada, pero no alcanzó significación estadística ($0,33$; $p = 0,11$).

Conclusiones. El estudio confirma una elevada concordancia entre las técnicas de VMF y la DEXA. La integración de BIA y ecografía permite una caracterización fenotípica precisa de los compartimentos graso y muscular, sin exposición a radiación ionizante. Ambas herramientas son prometedoras como nuevo estándar para la valoración nutricional personalizada y segura en el TH pediátrico.

GRADO DE ACUERDO ENTRE DXA Y BIVA EN LA EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD: DATOS DEL ENSAYO CLÍNICO TREPO. Herrador-López M¹, Martín-Masot R¹, Merchán Ramírez ME², Rivera Cuello M¹, Sánchez Delgado G^{2,3}, Navas-López VM¹. ¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Department of Physiology, Sport and Health. University Research Institute (iMUDS). Universidad de Granada. Granada. ³Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, IBS.Granada. Centro de Investigación Biomédica en Red en Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición.

Introducción. La evaluación de la composición corporal en adolescentes con obesidad es clave para una valoración clínica más precisa que el índice de masa corporal, tanto en la práctica asistencial como en investigación. Aunque la absorciometría dual de rayos X (DXA) se considera el método de referencia para la determinación de la composición corporal, su disponibilidad es limitada en muchos entornos clínicos. El análisis de impedancia bioeléctrica vectorial (BIVA) se utiliza como una alternativa más accesible, pero su comportamiento en población pediátrica con obesidad requiere una validación específica frente a DXA.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional basado en las mediciones basales de 26 adolescentes con obesidad incluidos en el ensayo clínico TREPO. La composición corporal se evaluó mediante DXA, considerada método de referencia, y mediante análisis de BIVA utilizando un dispositivo Akern. El grado de acuerdo entre ambas técnicas para el porcentaje de masa grasa (%MG), la masa grasa (MG) y la masa libre de grasa (MLG) se analizó mediante el método de Bland-Altman. La presencia de heterocedasticidad se evaluó mediante regresión lineal de las diferencias frente a la media de ambos métodos.

Resultados. Para el porcentaje de masa grasa, el análisis de Bland-Altman mostró un sesgo medio de 10,23 puntos porcentuales (DXA – BIVA), lo que indica una infraestimación sistemática del %MG por parte de BIVA. Los límites de concordancia al 95% oscilaron entre 1,56 y 18,91 puntos porcentuales. No se observó heterocedasticidad, ya que las diferencias no se asociaron con la magnitud del porcentaje de masa grasa ($p = 0,25$). En la masa grasa expresada en kilogramos, BIVA infraestimó de forma sistemática los valores obtenidos por DXA, con un sesgo medio de 8,85 kg y límites de concordancia al 95% entre 0,25 y 17,45 kg. En este caso se identificó heterocedasticidad (pendiente = 0,19; $p = 0,044$). Respecto a la masa libre de grasa, el análisis de Bland-Altman mostró un sesgo medio de -8,23 kg (DXA – BIVA), reflejando una sobreestimación sistemática por parte de BIVA. Los límites de concordancia al 95% fueron amplios (-19,06 a 2,60 kg). Se observó una tendencia marginal a la heterocedasticidad ($p = 0,06$).

Conclusiones. En adolescentes con obesidad, BIVA infraestima de forma consistente el porcentaje y la cantidad absoluta de masa grasa y sobreestima la masa libre de grasa en comparación con DXA. La amplitud de los límites de concordancia y la presencia de heterocedasticidad en la MG indican que BIVA no es intercambiable con DXA para la evaluación individual precisa de la composición corporal, aunque podría tener utilidad en seguimiento longitudinal.

DEFICIENCIA DE COBRE Y OTROS MICRONUTRIENTES EN NUTRICIÓN ENTERAL PROLONGADA POR VÍA YEYUNAL VS. GÁSTRICA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. Del Castillo Martínez BM, Raya Muñoz J, Freixas Bermejo M, Álvarez Beltrán M, Cabello Ruiz V, Redecillas Ferreiro S, Segarra Cantón Ó. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Objetivos. Evaluar y comparar la prevalencia de deficiencia de cobre y otros micronutrientes (zinc, hierro y selenio) en pacientes pediátricos con nutrición enteral prolongada, analizando el impacto diferencial según la vía de administración, yeyunal (post-pilórica) frente a gástrica, dado que la absorción de cobre se produce principalmente a nivel gástrico, duodenal y yeyuno proximal, lo cual podría condicionar déficits en la alimentación post-pilórica exclusiva.

Material y métodos. Estudio de cohortes prospectivo y unicéntrico en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron pacientes (0–18 años) que recibían un 80% o más de su nutrición enteral mediante dispositivo durante más de 3 meses, sin malabsorción previa, clasificados en: nutrición yeyunal (NY: sonda transpilórica o gastroyeyunostomía) y nutrición gástrica (NG: sonda nasogástrica o gastrostomía). Se recogieron variables demográficas, diagnóstico, tipo de acceso, duración de la nutrición enteral, fórmula utilizada y aporte estimado de micronutrientes. Se analizaron longitudinalmente los niveles séricos de cobre, zinc, hierro y selenio, registrando el número de determinaciones, el tiempo hasta la primera determinación, el tiempo hasta el déficit, la coexistencia de déficits, la sintomatología y la necesidad de suplementación. Se realizó un análisis descriptivo y comparativo entre cohortes.

Resultados. Se analizaron 46 pacientes (N:31 NY; N:15 NG), mayoritariamente varones y menores de 10 años. La indicación principal de dispositivo fue la disfagia (54,8% NY; 33,3% NG). A pesar de recibir aportes adecuados de micronutrientes mediante fórmulas estándar (mediana de cobre: 91 µg/100 ml), se observaron diferencias en cuanto al déficit de micronutrientes. La prevalencia de déficit de cobre fue marcadamente superior en el grupo NY (9 de 31) frente al grupo NG (1 de 15). El déficit de cobre apareció de forma más precoz en pacientes con NY (mediana: 368 días) en comparación con el grupo NG (868 días). El hierro fue el déficit más prevalente en ambas cohortes (71% NY; 60% NG). De los 10 pacientes con déficit de cobre, el 60% presentó manifestaciones clínicas (anemia y neutropenia), las cuales revirtieron tras el tratamiento con sulfato de cobre (mediana administrada: 35 µg/kg/d) por vía gástrica. Asimismo, se detectó déficit de selenio en 4 pacientes y de zinc en 1 paciente, todos pertenecientes al grupo NY. Ninguno de estos déficits requirió tratamiento dado su carácter asintomático y recuperación posterior. Solo un paciente presentó déficit combinado de selenio, cobre y hierro, perteneciente al grupo NY.

Conclusiones. La deficiencia de cobre es una complicación relevante en la nutrición enteral prolongada en pediatría, siendo significativamente más frecuente y precoz en la vía yeyunal. Estos hallazgos subrayan la importancia de una monitorización sistemática y protocolizada de micronutrientes en pacientes con nutrición post-pilórica para prevenir complicaciones hematológicas graves mediante una monitorización y suplementación individualizada.

VALORACIÓN CLÍNICA Y NUTRICIONAL DE PACIENTES CON ENTEROPATÍA PIERDE-PROTEÍNAS SECUNDARIA A CARDIOPATÍA CONGÉNITA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS TRATADOS CON OCTREÓTIDO. De Juan Font M¹, Camacho Nieto E¹, López A², Trabada Echarri M¹, Gil Villanueva N², Miranda Cid MC¹, Tolín Hernani MM¹, Sánchez Sánchez C¹. ¹Servicio de Gastroenterología Pediátrica; ²Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. La enteropatía pierde-proteínas (EPP) es una complicación grave en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas, especialmente tras cirugía tipo Fontan, caracterizada por pérdida proteica significativa y desnutrición progresiva. Los pacientes precisan reposición de albúmina e inmunoglobulinas frecuentemente, el octreótido surge como alternativa terapéutica, aunque la evidencia es limitada. El objetivo es evaluar la evolución bioquímica, clínica y nutricional, así como la seguridad del tratamiento con octreótido en pacientes pediátricos con EPP secundaria a cardiopatía congénita, y su capacidad reducir los requerimientos de albúmina e inmunoglobulinas.

Material y métodos. Estudio observacional longitudinal de una cohorte de pacientes pediátricos con EPP tratados con octreótido, valorados por Cardiología y Nutrición Pediátrica entre 2021 y la actualidad, realizándose un análisis descriptivo y comparaciones pareadas mediante prueba de Wilcoxon. Se tomaron como variables intra-sujeto: albúmina, proteínas totales, frecuencia de reposición de albúmina e inmunoglobulinas, evolución clínica y efectos adversos en 1, 3, 6 y 12 meses.

Resultados. Se incluyeron 8 pacientes, de los cuales el 75% presentaban síntomas previo al inicio del tratamiento: 50% edemas y 25% malnutrición. La albúmina basal fue de 3,0 g/dl (mediana; rango 1,9–3,2). Tras el inicio del tratamiento, la albúmina aumentó significativamente al mes (+0,5 g/dl; $p = 0,016$), con una mejora máxima de +0,7 g/dl respecto al basal ($p = 0,016$). La proporción de pacientes con albúmina $\geq 3,5$ g/dl pasó de 0% a 50%. Las proteínas totales mostraron incremento paralelo (+0,9 g/dl; $p = 0,023$). La mejoría de albúmina y proteínas totales precedió sistemáticamente a la recuperación ponderal. La recuperación antropométrica fue progresiva, evidenciándose principalmente a los 6 meses post-tratamiento, con normalización de IMC en el 62,5% de pacientes. Hasta el 77% de los pacientes precisaba suplementación hiperproteica previo al uso de octreótido, reduciéndose a 62,5% a los 6 meses y 50% a los 12 meses. Estos hallazgos se acompañaron de una evolución clínica favorable, con disminución de edemas y menor necesidad de diuréticos. En cuanto a seguridad, no se registraron complicaciones graves que motivaran la suspensión del tratamiento. Como efectos adversos, un 37,5% presentaron dolor abdominal tras la infusión y un único paciente presentó rash cutáneo post-infusión resuelto tras disminución del ritmo. Se registró un único fallecimiento, no relacionado con octreótido.

Conclusiones. El octreótido se asoció a mejoría clínica y bioquímica significativa en pacientes pediátricos con EPP secundaria a cardiopatía congénita, permitiendo espaciar la reposición de albúmina e inmunoglobulinas y mejorando la estabilidad nutricional, con efecto inicial sobre parámetros analíticos proteicos y repercusión tardía en los parámetros antropométricos. El perfil de seguridad fue favorable, sin complicaciones graves ni interrupciones del tratamiento. Estos hallazgos refuerzan su relevancia terapéutica en el manejo de EPP, con potencial para mejorar la calidad de vida y el manejo nutricional de estos pacientes.

GRASA PREPERITONEAL Y GRASA SUBCUTÁNEA MEDIDAS POR ECOGRAFÍA EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA OBESA: CORRELACIÓN CON MARCADORES METABÓLICOS Y UTILIDAD DIAGNÓSTICA EN LA ESTEATOSIS HEPÁTICA. González Pérez M¹, Recio Linares A¹, Botija Arcos G¹, Del Olmo Segura P¹, Bezanilla López C², Barasoain Millán A², Rubio Pizarro V¹, Laoufir K¹. ¹Sección de Gastroenterología, Servicio de Pediatría; ²Sección de Endocrinología, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Evaluar la asociación entre la grasa preperitoneal (GPP) y subcutánea (GSC) medidas por ecografía y variables clínicas y metabólicas, incluyendo sexo, Z-score de IMC, tensión arterial, perímetro abdominal, resistencia a la insulina, prediabetes, diabetes, esteatosis hepática y síndrome metabólico. Asimismo, determinar la capacidad diagnóstica de ambas medidas ecográficas para detectar esteatosis hepática e identificar puntos de corte con adecuada sensibilidad y especificidad.

Material y métodos. Estudio piloto, observacional transversal y analítico que incluyó a niños y adolescentes ≥ 9 años con obesidad ($\text{IMC} > +2$ DE según las referencias de Sobradillo 2004), evaluados entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2025. En todos los pacientes se determinó la GPP y GSC, mediante 3 mediciones repetidas de cada una de ellas realizadas por el mismo observador. Se registraron variables antropométricas, la tensión arterial, parámetros bioquímicos en sangre (perfiles hepático, lipídico, glucídico) y se realizó elastografía hepática mediante UGAP (*ultrasound-guided attenuation parameter*) para la detección de esteatosis.

Resultados. Se incluyeron 20 pacientes (9 varones, 11 mujeres; edad $13,2 \pm 1,9$ años; Z-IMC $3,6 \pm 1,9$). La GSC media fue $2,6 \pm 0,9$ cm y la GPP $1,0 \pm 0,4$ cm. El 100% presentó circunferencia abdominal alterada; 40% hipertensión y dislipemia; 20% prediabetes, esteatosis hepática y síndrome metabólico; sin casos de hipercolesterolemia ni diabetes. Las mediciones de grasa mostraron muy buena concordancia intraobservador, con un coeficiente de correlación intraclase de 0,988 para la GSC y de 0,991 para la GPP. En los análisis de asociación (Mann-Whitney), la GSC mostró diferencias aunque sin alcanzar la significación estadística, para sexo (rangos: varón 8,39; mujer 12,23; $p = 0,149$), dislipemia (no 9,35; sí 12,38; $p = 0,247$) y esteatosis (no 9,5; sí 14,5; $p = 0,130$). En las variables cuantitativas (Rho de Spearman), la GSC se correlacionó significativamente con Z-IMC ($r = 0,66$; $p = 0,01$) y circunferencia abdominal ($r = 0,64$; $p = 0,03$). Para la GPP no hubo asociación con variables ni cuali ni cuantitativas. La capacidad diagnóstica para la detección de esteatosis fue aceptable en el caso de la GSC (AUC 0,750; IC 95% 0,505–0,995), mientras que la GPP mostró un rendimiento inferior (AUC 0,469; IC 95% 0,134–0,803).

Conclusiones. Las mediciones ecográficas de GSC y GPP mostraron una fiabilidad excelente intraobservador. La GSC se asoció significativamente con el Z-IMC y la circunferencia abdominal, mientras que la GPP no evidenció relación con ninguna variable. Se observó cierta asociación entre la GSC y el sexo (mujer), la dislipemia y la esteatosis, aunque sin alcanzar significación estadística. La capacidad diagnóstica para esteatosis fue aceptable únicamente para la GSC. En conjunto, los hallazgos indican que la GSC es un marcador antropométrico más útil clínicamente que la GPP en esta población. Haría falta un mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

ECOGRAFÍA NUTRICIONAL: PUNTO ANATÓMICO ÓPTIMO PARA LA EVALUACIÓN MUSCULAR EN PEDIATRÍA. Martín Morales JM¹, Busto Cuiñas M¹, Fernández Filgueira M². ¹Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ²Hospital Arquitecto Marcide. Ferrol, A Coruña.

Objetivo. La ecografía muscular representa una herramienta prometedora para la evaluación del estado nutricional en pediatría. Hay controversia sobre el punto anatómico óptimo para la medición del músculo. El objetivo es determinar qué punto de medición ecográfica del músculo recto anterior del cuádriceps, zona media (proximal) o unión de tercio medio y distal (distal), se asocia mejor con indicadores clásicos de masa muscular.

Material y métodos. Estudio observacional transversal en 41 pacientes (22 mujeres y 19 hombres) entre 4 y 16 años sin enfermedad activa ni desnutrición. Un mismo observador realizó medidas antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro braquial y pliegues cutáneos (bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco). Se estimó la masa libre de grasa (MLG) mediante las ecuaciones de Siri y Slaughter. Se midieron el grosor muscular y el área del músculo recto anterior en dos localizaciones (proximal y distal). El análisis estadístico se realizó con R e incluyó estadística descriptiva y correlaciones de Spearman entre las variables ecográficas y los indicadores antropométricos. Las diferencias entre las correlaciones obtenidas en los dos puntos anatómicos se evaluaron mediante pruebas para correlaciones dependientes. Asimismo, se llevaron a cabo análisis ajustados por edad y sexo. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados. La mediana de edad fue de 10,0 [8,6–11,8] años, mediana de Z-score IMC de 0,08 [–0,74–0,96]. La mediana de MLG fue de 27,6 [22,9–33,4] kg y del área muscular proximal de 3,92 [3,12–4,88] cm². El área muscular proximal mostró las correlaciones más elevadas con la MLG estimada por Siri ($\rho = 0,856$; $p < 0,001$) y Slaughter ($\rho = 0,827$; $p < 0,001$), siendo significativamente mayores que las obtenidas en el punto distal ($p = 0,003$ y $p = 0,011$, respectivamente), al igual que el grosor muscular. Tras ajustar por edad y sexo, ambas localizaciones permanecieron significativamente asociadas con la MLG, aunque con mayor magnitud para el área proximal (r parcial $\approx 0,82$ frente a 0,67). Cuando se ajustó por Z-score IMC además de edad y sexo solamente mantuvo la asociación la localización proximal (p parcial = 0,41, $p = 0,008$ frente a p parcial = 0,18, $p = 0,27$). También se observó una correlación significativa entre el área muscular y el perímetro braquial (proximal $\rho = 0,713$, distal $\rho = 0,512$, $p = 0,031$).

Conclusiones. La medición ecográfica en la zona media del recto anterior del cuádriceps se asoció de forma más estrecha con los indicadores de masa muscular que la medición distal, incluso tras controlar por edad, sexo y Z-score de IMC. Este hallazgo posiciona a dicha localización como el punto anatómico óptimo para la evaluación ecográfica muscular en niños.

CRECIMIENTO, COMPOSICIÓN NUTRICIONAL DE LA DIETA Y PATRÓN DE INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS EN LACTANTES, SEGÚN EL MÉTODO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA: MÉTODO TRADICIONAL VS. BABY-LED WEANING. Aranda Conchello E¹, García Romero R¹, Javierre Miranda E², Jiménez Pérez E³, Gracia Campo A⁴, López Campos M³, Royo Pérez ND⁵, Beltrán García S³, Sancho Rodríguez ML³, Rodríguez Sanz ML⁵, Gracia Torralba L², Delgado Bueno A², Ros Arnal I¹, Castejón Ponce E¹. ¹Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud de Zuera. Zaragoza. ³Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Valdespartera. Zaragoza. ⁴Unidad de Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁵Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Parque Goya. Zaragoza.

Objetivos. Analizar la existencia de diferencias en las medidas antropométricas y el crecimiento de lactantes sanos entre los 6 y los 12 meses de edad según el método de alimentación complementaria empleado: tradicional o *Baby-Led Weaning* (BLW). Como objetivo secundario, comparar la composición dietética, la edad de introducción de distintos grupos de alimentos y texturas, así como los problemas detectados con cada método.

Material y métodos. Estudio observacional, longitudinal, prospectivo en el que participaron 9 pediatras de 3 centros de salud diferentes, sobre una muestra de lactantes sanos de entre 6 y 12 meses de edad. Se clasificaron en dos grupos según el método de alimentación complementaria recomendado: tradicional o BLW. Se recogieron medidas antropométricas (peso, longitud e índice de masa corporal) a los 6, 9 y 12 meses de edad, así como la variación de dichas medidas entre los periodos 6–9 meses y 9–12 meses. Posteriormente, se realizó un subanálisis en 23 lactantes en el que se evaluó la composición nutricional de la dieta mediante encuesta dietética de 48h, analizando el aporte de macronutrientes y micronutrientes. Asimismo, se recogió información sobre la edad de introducción de distintos grupos de alimentos y texturas, y los problemas asociados a cada método de alimentación complementaria.

Resultados. Se obtuvo una muestra de 58 lactantes (30 método tradicional, 28 BLW). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las medidas antropométricas a los 6, 9 y 12 meses de edad, ni en la variación del crecimiento entre los intervalos analizados, observándose valores adecuados para la edad en ambos grupos. En el subanálisis dietético, se observaron diferencias en la composición de la dieta, los lactantes que seguían el método tradicional presentaron un mayor porcentaje de ingesta de hidratos de carbono y un mayor aporte de vitamina C, con diferencias estadísticamente significativas frente al grupo BLW. No se observaron diferencias significativas en el resto de macronutrientes ni micronutrientes. Además, se detectaron diferencias significativas en el patrón de introducción de alimentos y texturas, siendo más temprana en el grupo BLW la introducción de legumbres, yema de huevo y alimentos en forma de trozos.

Conclusiones. Aunque el crecimiento de los lactantes fue similar independientemente del método de alimentación complementaria utilizado, el enfoque elegido sí influyó en cómo, cuándo y qué comen durante el primer año de vida. Estos resultados refuerzan la idea de la importancia de un adecuado asesoramiento nutricional según el método de alimentación complementaria elegido y que la elección del método de alimentación podría tener un papel clave en la configuración temprana del comportamiento alimentario, más allá del crecimiento.

ESOFAGITIS GRAVE EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE CROHN Y ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: RETO DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO. Olalla Ruiz M, Martínez Escribano B, Barrio Torres J. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Introducción. La presencia de esofagitis en pacientes pediátricos con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y esofagitis eosinofílica (EoE) coexistentes representa un reto diagnóstico y terapéutico.

Resumen del caso. Adolescente de 15 años con antecedente de enfermedad atópica y alergias alimentarias, con enfermedad de Crohn moderada grave diagnosticada a los 8 años con clínica de diarrea, dolor abdominal, pérdida ponderal y afectación ileo-colónica. Esófago normal. Tratamiento inicial: infliximab (IFX) + azatioprina con buen control. A los 3 años, se realiza control endoscópico por aumento persistente de calprotectinas (asintomática). La imagen endoscópica y AP en colon muestran mejoría respecto al diagnóstico, pero en esófago presenta erosiones longitudinales con fibrina en toda su extensión y en AP: > 50 eos/CGA, microabscesos, espongiosis; siendo diagnosticada de EoE. Respecto a la EoE, se pauta tratamiento con IBP, sin respuesta endoscópica ni histológica y tras esto budesonida viscosa, con mejoría de síntomas (cumplimiento intermitente). Respecto al Crohn: IFX y azatioprina 2 años más, siendo diagnosticada de psoriasis de cuero cabelludo, por lo que cambiamos a ustekinumab con control de psoriasis pero empeoramiento de Crohn. Nuevo brote de EII, en esófago: surcos longitudinales con fibrina y aftas aisladas. AP: hipereosinofilia en células de superficie, 2 Eos/CGA, no microabscesos, fibrosis de lámina propia. Cambiamos tratamiento a upadacitinib y añadimos esomeprazol 80 mg como tratamiento de esofagitis de Crohn, manteniendo budesonida viscosa. En los siguientes 6 meses, aumento de reactantes de fase aguda, calprotectinas y disfagia progresivos. Presenta episodio febril con empeoramiento brusco de disfagia, dolor y negación a la ingesta. Endoscopia urgente con diagnóstico de esofagitis herpética sobre base de Crohn esofágico. Se trata con aciclovir intravenoso quedando asintomática. Control gastro-colonoscopia 15 días después con mejoría de lesión esofágica (no eosinófilos) y colonoscopia que macroscópicamente muestra progresión de EII. Cambiamos diana terapéutica a risankizumab reiniciando disfagia, nos planteamos si el cuadro tiene relación con EoE o Crohn. Asociamos dupilumab, resolviendo disfagia en 3 semanas y presentando mejoría analítica y de calprotectina a los 3 meses. Pendiente de control endoscópico.

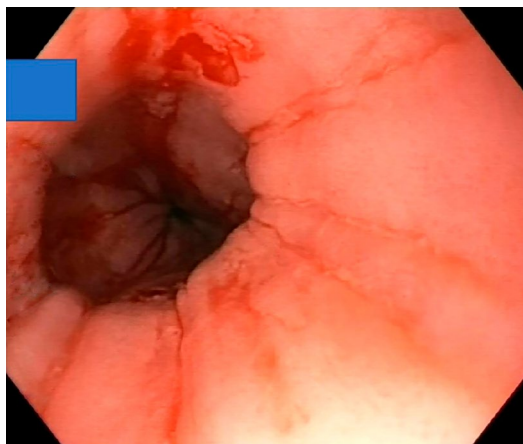


Figura 1. Tres años con IFX + azatioprina, asintomática. Diagnóstico de EoE.

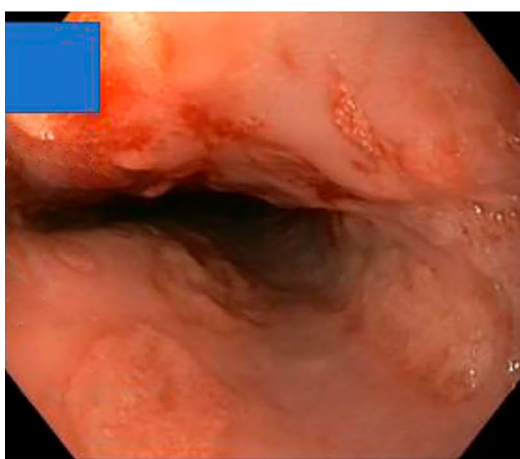
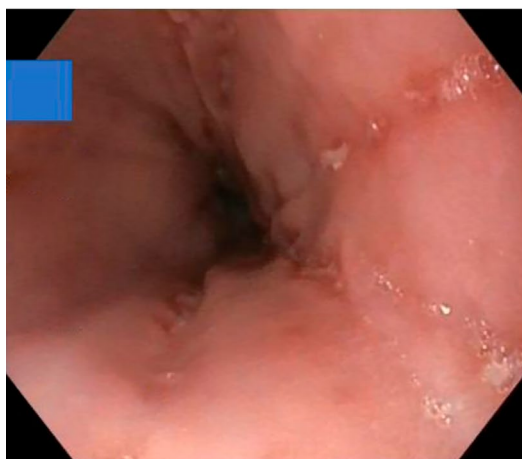
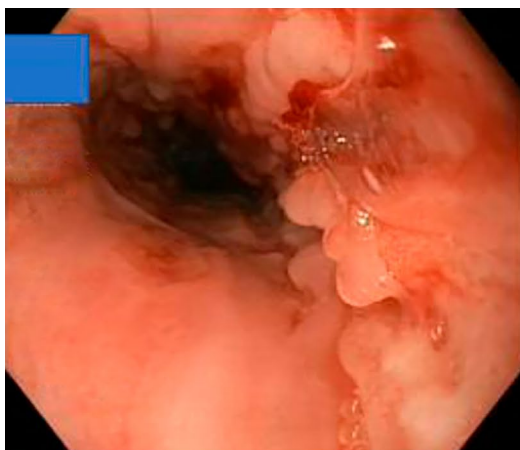
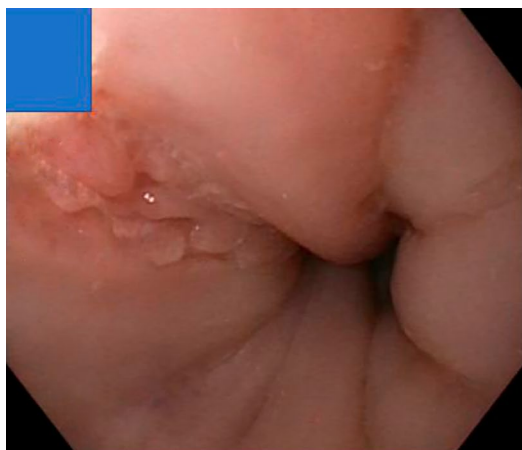


Figura 2. Tratamiento con ustekinumab + budesónida viscosa, clínica de dolor abdominal, diarrea, fiebre, no disfagia.

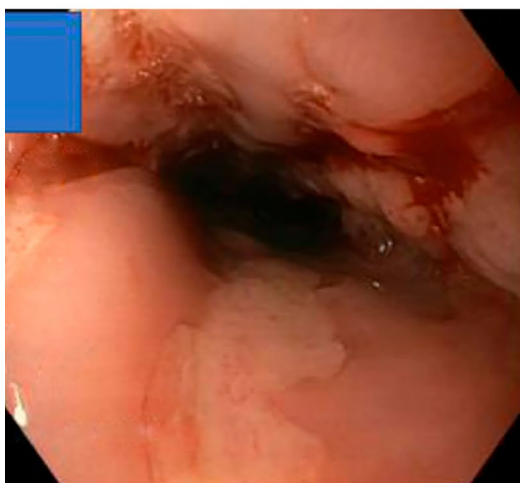


Figura 3. Esofagitis aguda ulcerada, sin evidencia de microorganismos fúngicos, presencia de inmunorreacción a Herpes en estas muestras, a ser encuadrada en un contexto clínico de enfermedad de Crohn.

Comentario. El interés de este caso radica en el reto diagnóstico terapéutico que supone la coexistencia de 2 enfermedades que pueden tener lesiones endoscópicas e histológicas similares. Pone de manifiesto las limitaciones de la anatomía patológica aislada para valorar la actividad clínica esofágica, destacando el papel central de la endoscopia y de la evolución clínica en la toma de decisiones terapéuticas. La mejoría de la disfagia tras el inicio de dupilumab, pese a la ausencia de eosinofilia histológica, sugiere que la actividad clínica de la esofagitis eosinofílica puede persistir más allá de los hallazgos microscópicos. No obstante, el inicio de risankizumab impide atribuir la respuesta a un único tratamiento.

MANEJO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS ESOFÁGICA COMPLEJA EN PACIENTE CON DISQUERATOSIS CONGÉNITA Y ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED. Espigado Colombo E¹, Betancourt Castellano JC², Guarner Argente C², Loverdos Eseverri I⁴, Martín de Carpi J⁴, Vila Miravet V⁴. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ³Unidad de Endoscopia, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. ⁴Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción. La displaqueratosis congénita (DC) es un trastorno hereditario de los telómeros caracterizado por afectación multiorgánica, incluyendo el tracto gastrointestinal. El trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH) constituye el tratamiento del fallo medular, pero puede asociarse a complicaciones digestivas como la enfermedad injerto contra huésped (EICH). Los pacientes con DC pueden desarrollar estenosis esofágica por incapacidad del epitelio esofágico para mantener su regeneración epitelial. También está descrita la asociación entre EICH y estenosis esofágica por inflamación inmunomediada. Presentamos el caso de un paciente sometido a alo-TPH por una DC que desarrolla estenosis grave en esófago cervical.

Resumen del caso. Paciente con antecedente de retraso del crecimiento intrauterino, retraso psicomotor, hipotonía, hipoplasia cerebelosa, disfagia, úlcera lingual crónica, infecciones de repetición, pancitopenia e hipoplasia medular. Diagnosticado a los 4 años de DC con mutación en el gen *RTEL1*. Recibe alo-TPH desarrollando EICH a nivel cutáneo y digestivo con mucositis grave. Por disfagia grave persistente precisa colocación de gastrostomía. A los 8 años se realiza gastroscopia, observando membrana en cricofaríngeo que no permite progresar por lo que se completa exploración vía retrógrada a través de la gastrostomía, observando esófago fibrótico y anillado con estenosis progresiva desde esófago medio hasta esófago cervical. Recibe alimentación exclusiva por gastrostomía. Valorado en nuestro centro a los 10 años de edad se propone iniciar sesiones de dilatación endoscópica por disfagia grave sin tolerar secreciones. Gastroscopia: membrana cricofaríngea sin poder objetivar orificio. Bajo control radiológico se pasa guía de nitinol consiguiendo canalizar hasta esófago distal. A través de la guía se pasa balón de dilatación, permitiendo introducir gastroscopio de 6 mm hasta esófago cervical, observando mucosa de aspecto cicatricial y friable. Se completa la exploración a través de la gastrostomía, observando esófago con cambios cicatriciales, anillos fibróticos y estenosis en tramos proximales. Se dilata a través de guía por segmentos hasta cricofaríngeo. Las biopsias mostraron epitelio escamoso con displaqueratocitos y cuerpos apoptóticos focales, hallazgos compatibles tanto con EICH como con DC. Ha recibido 2 sesiones de dilatación en un intervalo de 5 semanas. En la primera se dilata hasta 8 mm y en la segunda hasta 9,5 mm. Está pendiente de nueva sesión de dilatación. Tras ambas sesiones el paciente puede tragar textura líquida y puré sin dificultad.

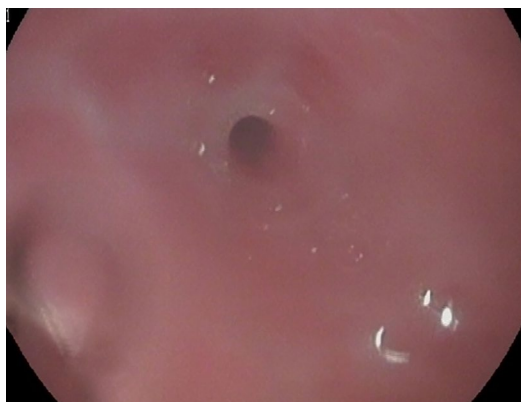


Figura 1. Membrana.

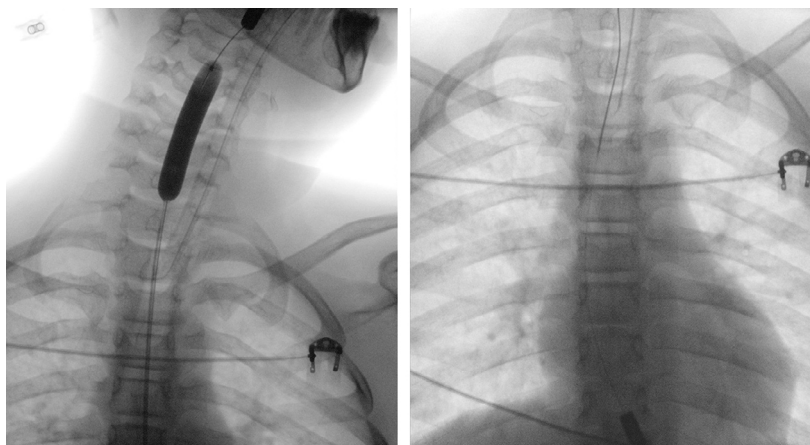


Figura 3. Control Rx antero-retrógrado



Figura 3. Dilatación.

Comentarios. Presentamos un caso excepcional de estenosis esofágica proximal compleja en un paciente pediátrico con DC y antecedente de alo-TPH. La causa probablemente se deba a una combinación de daño mucoso crónico por la telomeropatía y la inflamación inmunomediada del EICH. El estudio histológico ayuda a determinar el origen, aunque existe la posibilidad de encontrar hallazgos mixtos. En estenosis proximales membranosas, la combinación de control radiológico y el acceso retrógrado por ostomía es fundamental para una correcta dilatación y evitar complicaciones.

RECTORRAGIA RECURRENTE EN NIÑO DE 5 AÑOS CON HALLAZGO INESPERADO. López-Seoane Puente FJ, Martínez-Ojinaga Nodal E, Vecino López R, Ávila Ramírez LF, Bodas Pinedo A. *Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Introducción. La hemorragia gastrointestinal en la edad pediátrica constituye un motivo de consulta poco frecuente, aunque puede representar el primer signo de patología digestiva potencialmente grave. En los niños es más habitual la hemorragia digestiva baja, cuya etiología es amplia e incluye desde fisuras anales hasta patología inflamatoria o infecciosa, pólipos, malformaciones congénitas o vasculares y procesos alérgicos.

Caso clínico. Varón de 5 años derivado a consulta de digestivo por rectorragia. Como antecedentes familiares destacaba abuela materna con cáncer de colon diagnosticado en torno a los 30 años y padre portador de HLA B27 sin enfermedad asociada. En la anamnesis refería dos episodios de sangrado rectal en menos de un mes: uno mezclado con heces formadas y otro como rectorragia franca aislada. Presentaba hábito deposicional normal, con deposición diaria tipo Bristol 4. En atención primaria se realizó exploración física sin hallazgo de fisuras ni fistulas. La analítica sanguínea no mostró anemia ni ferropenia con serología de enfermedad celíaca negativa. El estudio de heces fue positivo para *Dientamoeba fragilis*, con calprotectina fecal negativa y sangre oculta en heces positiva. La ecografía abdominal no mostró alteraciones. Tras la valoración en consulta especializada se solicitó ileocolonoscopia para estudio de hemorragia digestiva baja. No se objetivaron lesiones polipoides, vasculares, úlceras ni sangrado activo. Sin embargo, en recto se identificó una lesión bien delimitada de 3–4 cm, de morfología circular con bordes sobreelevados y con patrón mucoso diferente al colon, realizándose biopsias de la lesión. El estudio anatomopatológico mostró mucosa oxíntica sin alteraciones histológicas significativas y ausencia de mucosa colónica. Ante el hallazgo de mucosa gástrica ectópica se realizó gammagrafía con Tecnecio-99, que resultó normal. Se completó el estudio con ecografía transanal, que evidenció a 4,5 cm del margen anal una placa hipoeecogénica de engrosamiento de la pared posterior del recto de 11 mm. Tras discusión en comité médico-quirúrgico se planteó a la familia como primera opción el abordaje transanal endorrectal para resección mucosa y submucosa, pero dada la ausencia de nuevos episodios de sangrado desde hace varios meses los padres han preferido actitud expectante, sin iniciarse tampoco tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones.

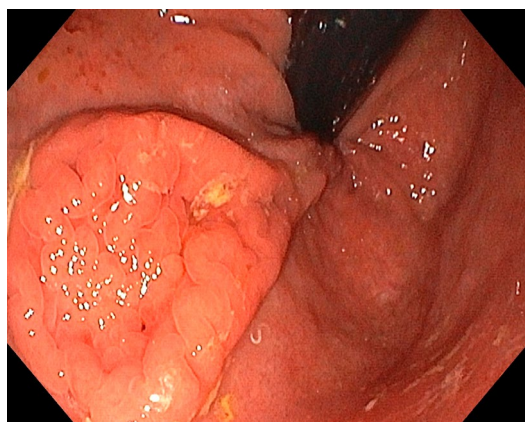


Figura 1.

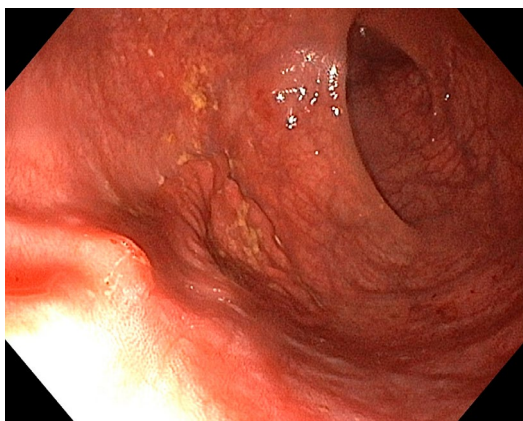


Figura 2.

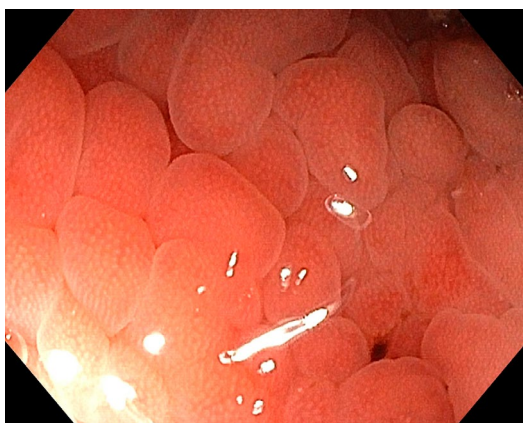


Figura 3.

Discusión. Desde la descripción del primer caso de heterotopia gástrica rectal en la infancia hace más de 80 años, se han comunicado aproximadamente 31 casos pediátricos, con una mediana de edad al diagnóstico de 3 años. El síntoma más frecuente es el sangrado rectal, seguido de dolor o tenesmo rectal. El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones puede disminuir el sangrado, pero no induce la regresión de la lesión. La mucosectomía endoscópica endorrectal ha demostrado una elevada tasa de éxito, desplazando al abordaje quirúrgico clásico y reduciendo el riesgo de complicaciones como la incontinencia fecal.

CUERPO EXTRAÑO ESOFÁGICO COMO CAUSA INFRECUENTE DE DISFAGIA PROGRESIVA Y SÍNDROME CONSTITUCIONAL EN EDAD PEDIÁTRICA. Silva Caparrós N, Pérez Vereda M, Luengo Mangas A, Montes Araujo P, Rodríguez Martínez A. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología, Nutrición y Metabolopatía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción. La disfagia progresiva en edad pediátrica asociada a síndrome constitucional es poco frecuente pero de gran relevancia, obligando a descartar patología estructural, inflamatoria o tumoral del esófago. Los cuerpos extraños esofágicos suelen producir clínica aguda, su presentación crónica es excepcional simular otras entidades digestivas, retrasando el diagnóstico.

Caso clínico. Niña de 4 años con disfagia de 10 meses de evolución, inicialmente para sólidos y posteriormente también para líquidos, que pasó de episodios esporádicos a diarios con cada ingesta. Asociaba síndrome constitucional con pérdida ponderal de 2 kg en el último mes y episodios de atragantamiento tras las comidas con expulsión de saliva espesa, mucosidad y alimentos digeridos, acompañados de tos por mal manejo de secreciones, sin cianosis ni dificultad respiratoria, junto con epigastralgia moderada. Mantenía el apetito, pero limitaba la ingesta por miedo a nuevos episodios, sin relación con alimentos específicos ni con un horario concreto; los episodios interferían ocasionalmente con el descanso nocturno. Durante el ingreso, se objetivaron impactaciones con sólidos con buena tolerancia a líquidos y purés. Las pruebas iniciales mostraron radiografía de tórax y analítica sin alteraciones significativas. La endoscopia digestiva alta evidenció una estenosis esofágica a 15 cm de la arcada dentaria impidiendo el paso del endoscopio, con mucosa y motilidad conservadas hasta dicho nivel y esofagitis leve focal en el estudio anatomopatológico. La tomografía computarizada torácica se objetivó una lesión mediastínica compatible con quiste broncogénico o de duplicación esofágica, recomendándose completar estudio con resonancia magnética, que fue sugestiva de quiste de duplicación esofágica colapsado con dudosa comunicación con la luz esofágica. Ante la persistencia de la clínica y los hallazgos de imagen se indicó intervención quirúrgica, identificándose un cuerpo extraño impactado en la pared esofágica como origen de la estenosis y del cuadro clínico.

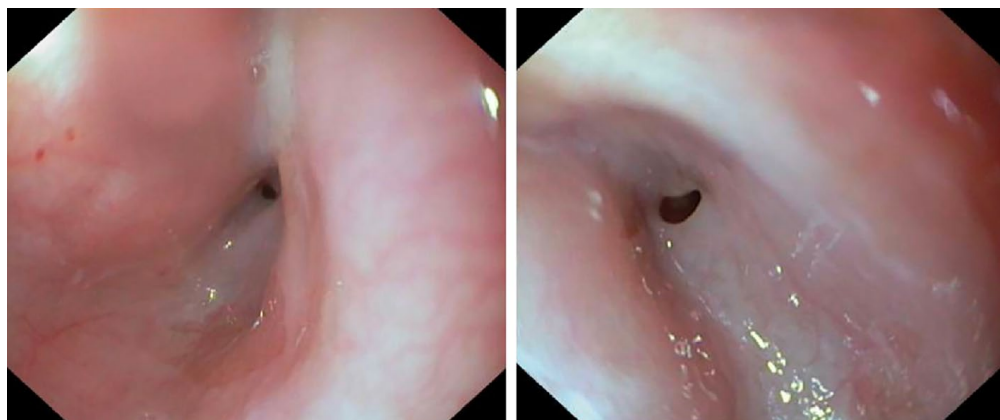


Figura 1. Endoscopia digestiva alta con estenosis esofágica a 15 cm de la arcada dentaria que impide el paso del endoscopio y mínima esofagitis focal en el estudio histológico.

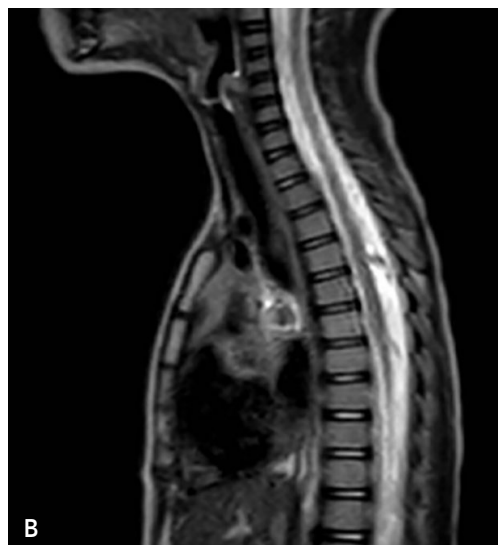


Figura 2. A) Tomografía computarizada torácica muestra lesión paraesofágica ovoidea con calcificación excéntrica y efecto compresivo sobre esófago y tráquea, sugestiva de quiste mediastínico. B) Resonancia magnética con lesión bilaminar paraesofágica y paratraqueal que realza con gadolinio, compatible con quiste de duplicación esofágica colapsado y responsable de dilatación retrógrada del esófago proximal.



Figura 3. Cuerpo extraño rígido con forma de estrella de cinco puntas, localizado en el espesor de la pared esofágica y responsable de la estenosis y del drenaje seroso asociado.

Conclusiones. Los cuerpos extraños esofágicos pueden presentarse en la edad pediátrica con clínica crónica y progresiva, simulando patología estructural mediastínica o esofágica. En pacientes con disfagia persistente y pérdida ponderal, incluso sin antecedente claro de ingesta, deben incluirse en el diagnóstico diferencial, ya que el reconocimiento precoz evita retrasos diagnósticos y complicaciones graves.

COMORBILIDADES ESOFÁGICAS Y PULMONARES DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES AFECTOS DE ATRESIA DE ESÓFAGO CONGÉNITA. García Tirado D, Comalrena de Sobregrau C, González García M, Pedrosa Domínguez M, Susanna Calero M, Larramona Carrera H, Núñez García B. *Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Introducción. La atresia de esófago con fístula traqueoesofágica (TE) es una patología congénita poco frecuente que, a pesar de los avances quirúrgicos, puede asociarse a complicaciones digestivas y respiratorias tardías. La estenosis de la anastomosis es una de las secuelas más habituales y las dilataciones endoscópicas constituyen el tratamiento de elección, aunque no están exentas de lesiones de la mucosa esofágica. En pacientes con clínica respiratoria recurrente o de difícil control, debe considerarse la posibilidad de fístula traqueoesofágica residual o adquirida. Presentamos un caso endoscópico ilustrativo en el que la realización conjunta de endoscopia digestiva alta y broncoscopia permitió un diagnóstico preciso, con hallazgos de especial interés.

Resumen del caso. Paciente con atresia de esófago tipo III, intervenida en período neonatal en centro externo. Durante el primer año de vida precisó cuatro dilataciones endoscópicas seriadas por estenosis de la anastomosis esófago-esofágica, realizándose la última en 2020 hasta un diámetro de 12 mm, con desaparición posterior de los vómitos. En el control endoscópico de 2021 se objetivó buen paso del endoscopio convencional y la presencia de un pseudodivertículo preanastomótico, sin otros hallazgos relevantes. Tras un periodo de estabilidad clínica se realizó pH-metría esofágica, que mostró reflujo gastroesofágico leve-moderado, iniciándose tratamiento con inhibidores de la bomba de protones. Posteriormente se completó el estudio con pH-impedanciometría, sin episodios de reflujo en rango patológico, aunque con descenso significativo de la impedancia basal nocturna (1.633 ohmios), sugestivo de alteración crónica de la mucosa esofágica. La paciente es seguida por Neumología desde el nacimiento por traqueomalacia, rinitis y asma bronquial, con reagudizaciones respiratorias frecuentes en los últimos meses que motivaron la indicación de tratamiento biológico, iniciándose dupilumab en mayo de 2025. Ante empeoramiento clínico posterior, con episodios de fiebre asociados a infección respiratoria, se instauró tratamiento con ampicilina nebulizada, asociada a corticoide y broncodilatador inhalado, con mejoría parcial. Ante la sospecha de refistulización TE se realizó endoscopia digestiva alta y broncoscopia simultáneas, objetivándose una fístula traqueoesofágica de gran tamaño, con paso del broncoscopio desde la tráquea al esófago. La endoscopia digestiva mostró un esófago con puentes mucosos y laceraciones cicatriciales secundarias a desgarros mucosos superficiales durante dilataciones previas, así como candidiasis esofágica asociada. Se instauró tratamiento antifúngico oral y se decidió intento de cierre endoscópico de la fístula mediante ácido tricloroacético (TCA), quedando pendiente de reevaluación endoscópica.

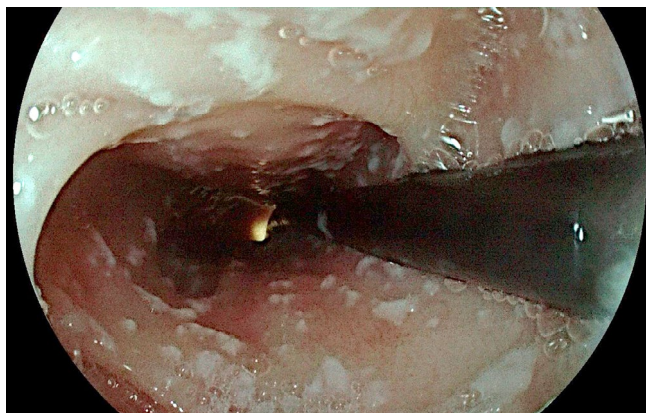


Figura 1. Fístula TE.

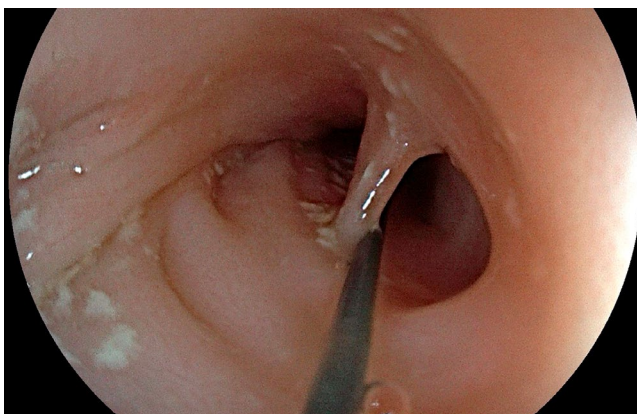


Figura 2. Puente mucoso.



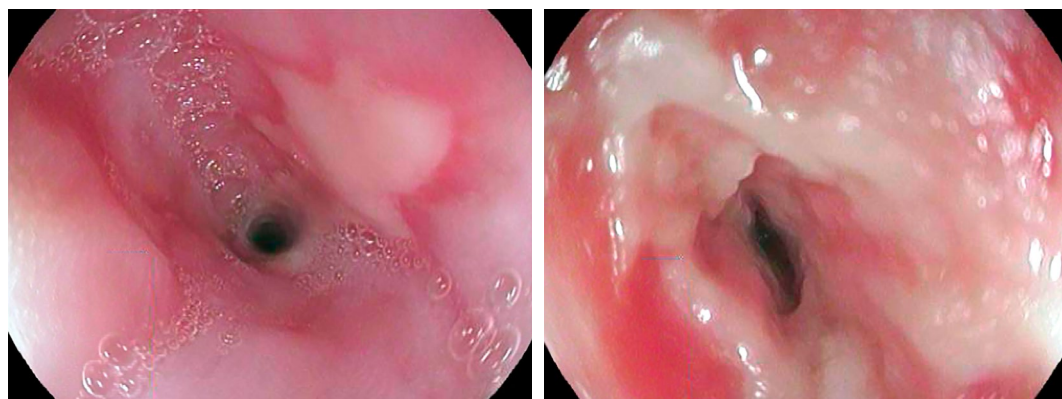
Figura 3. Candidiasis.

Comentarios. La endoscopia y broncoscopia combinadas permitieron el diagnóstico en un sólo acto endoscópico. El riesgo de refistulización TE aumenta en presencia de complicaciones anastomóticas y traqueomalacia. El tratamiento con TCA constituye una alternativa mínimamente invasiva en pacientes seleccionados. Los puentes mucosos esofágicos se consideran complicaciones menores y, en ausencia de síntomas, no requieren tratamiento. El uso de corticoides y antibioterapia favoreció la aparición de candidiasis esofágica.

ESTENOSIS PÉPTICA. Munera Barrios MT, Ortiz Pérez P, Martín Masot R, Díaz Diñeiro M, Navas López VM. *Hospital Regional Universitario Materno-Infantil de Málaga. Málaga.*

Introducción. Las estenosis esofágicas en edad pediátrica son entidades poco frecuentes y pueden tener múltiples etiologías, entre las que destaca la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) grave. La endoscopia digestiva superior (EDS) constituye una herramienta fundamental tanto para el diagnóstico y tratamiento como para el seguimiento evolutivo de estas lesiones.

Caso clínico. Varón de 3 años que consultó por vómitos y leve dolor supraumbilical intermitente de larga evolución, con alivio tras los episodios de vómitos. Asociaba estreñimiento y una progresión de síntomas esofágicos, incluyendo disfagia, sensación de nudo precordial, expulsión oral de alimentos no deglutidos y polidipsia durante las comidas. Presentaba antropometría sin alteraciones. Un mes después de la primera valoración se realizó una EDS ante la sospecha de un trastorno eosinofílico primario. El estudio endoscópico mostró mucosa esofágica edematosa con lesiones fibrinadas en esófago proximal. En esófago medio se objetivó una estenosis grave que impedía el paso del endoscopio neonatal, con marcada friabilidad mucosa, no siendo posible realizar dilatación endoscópica en ese momento. Se inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) a dosis altas y se indicó alimentación por sonda nasogástrica (SNG) debido a la imposibilidad de mantener una ingesta oral adecuada, observándose mejoría clínica transitoria durante dos semanas. Se programó una segunda EDS con intención terapéutica, que evidenció una estenosis puntiforme en el esófago medio, asociada a múltiples lesiones ulceradas fibrinadas. Se realizaron dos dilataciones neumáticas sin incidencias. Pese a una mejoría clínica parcial con tratamiento médico y dilataciones endoscópicas seriadas, el paciente precisó finalmente intervención quirúrgica mediante funduplicatura tipo Nissen. En las endoscopias de control realizadas dos meses después de la cirugía antirreflujo se objetivó una clara mejoría de la mucosa esofágica, sin signos de inflamación activa. Persistía una estenosis distal, que fue dilatada con éxito con balón hidrostático. Una semana más tarde, el tránsito con contraste mostró una reducción significativa de la estenosis, adecuado peristaltismo y mejoría del calibre esofágico proximal. Ante la evolución clínica favorable, se retiró la alimentación por SNG, sin incidencias posteriores. Tras sucesivas endoscopias de seguimiento, el paciente permanece prácticamente asintomático, sin evidencia de empeoramiento endoscópico y sin necesidad de nuevas dilataciones.



Figuras 1 y 2. Pre-dilatación.

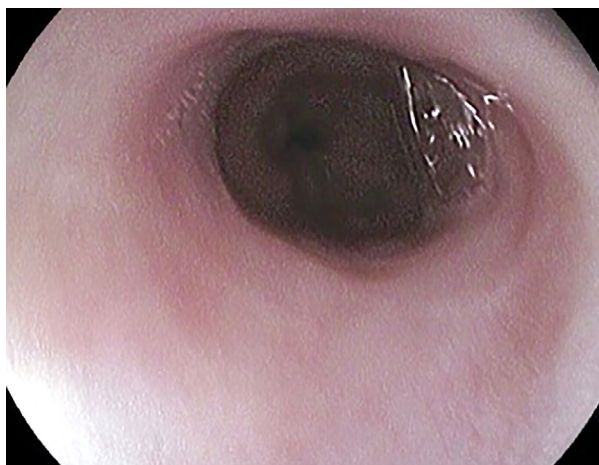


Figura 3. Post-dilatación.

Comentarios. Este caso ilustra la evolución de una estenosis esofágica grave secundaria a ERGE en edad pediátrica. La endoscopia desempeñó un papel clave en el diagnóstico, tratamiento mediante dilataciones y seguimiento evolutivo, así como en la valoración de la respuesta a la cirugía antirreflujo. La sospecha clínica precoz y el abordaje multidisciplinar resultan esenciales para prevenir complicaciones y optimizar la calidad de vida en pacientes pediátricos con esta patología.

DE LA ALARMA AL ALIVIO: UN CASO DE ESÓFAGO FRÁGIL. Alcaraz Castillo M¹, Soria López M², Lorén Martín J², Fernández Fernández L², Sánchez Rodríguez I¹, Román India C¹, Martín González J³.
¹Hospital Universitario HM Puerta del Sur. Móstoles, Madrid. ²Hospital Universitario HM Montepríncipe. Boadilla del Monte, Madrid. ³Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid.

Resumen del caso. Varón de 8 años, con antecedente de episodios de atragantamientos resueltos espontáneamente en el último año, que acude a urgencias por impactación esofágica tras ingesta de manzana, asociando babeo y dolor retroesternal. Las constantes vitales son normales y en la exploración física sólo destaca la sialorrea constante. Se realiza radiografía (Rx) de tórax y analítica de sangre que son normales y se administra glucagón intravenoso (iv) sin éxito por lo que se decide realizar extracción endoscópica urgente bajo anestesia general a las 6 horas del atragantamiento. En el tercio proximal esofágico se visualizan restos alimentarios (manzana) que, tras realizar irrigación, progresan hasta el tercio distal. Durante el avance del endoscopio se objetiva un desgarro longitudinal de mucosa esofágica de aproximadamente 8 cm de longitud y 3 mm de ancho, con exposición de fibras musculares en los 2 cm distales. La extracción se completa mediante pinza de ratón y se revisa la mucosa permaneciendo la imagen del desgarro sin sangrado activo ni otros signos de complicación. El resto de mucosa presenta friabilidad difusa, edema marcado, estrías longitudinales y surcos profundos en los tres tercios, sin observarse anillos. No se completa la exploración gástrica. Ante el riesgo de perforación esofágica, el paciente ingresa en UCIP para vigilancia clínica estrecha, recibe una dosis de antibiótico iv profiláctico y se mantiene a dieta absoluta. Se realizan Rx de tórax seriadas que descartan neumomediastino o mediastinitis. La evolución clínica es favorable, iniciándose progresión de la dieta de forma gradual, que tolera adecuadamente. Se decide iniciar tratamiento con alginato de magnesio con ácido hialurónico y con budesonida oral viscosa ante la sospecha de esofagitis eosinofílica (EEo), con seguimiento en consultas de Gastroenterología Pediátrica. A los 10 días se realiza control endoscópico con mejoría de la mucosa y toma de muestras que permiten confirmar EEo. A los 2 meses se realiza EDA de control objetivando normalización de la mucosa esofágica.

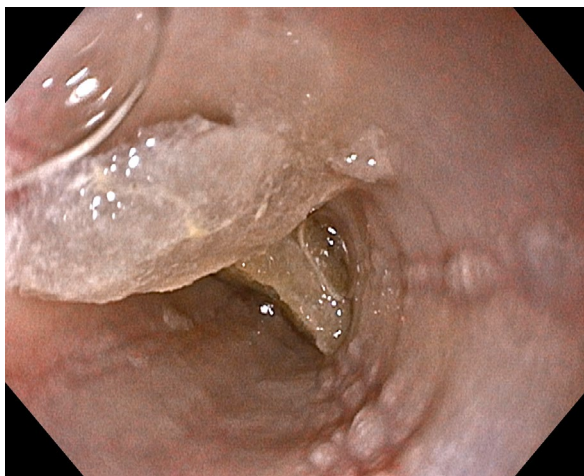
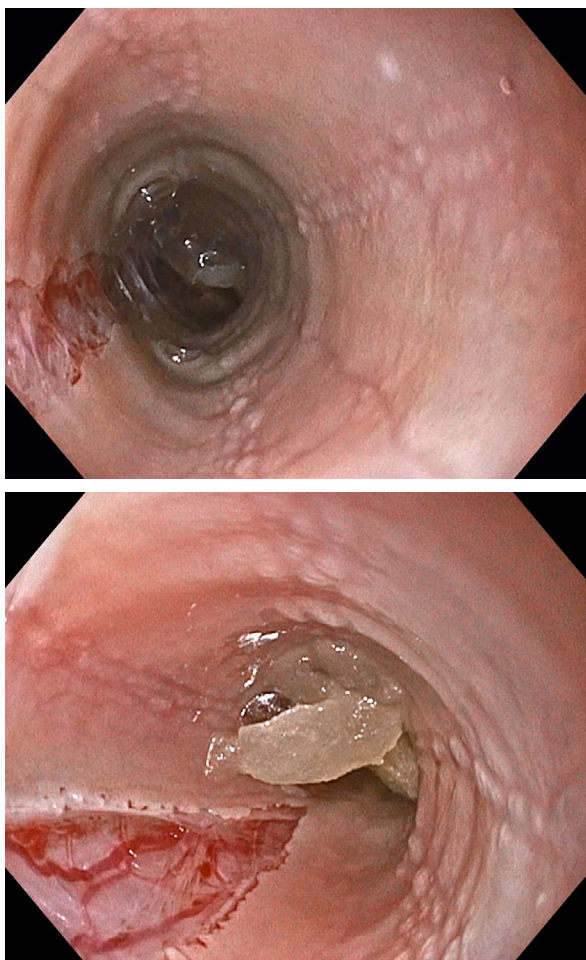


Figura 1. Imagen endoscópica del tercio proximal del esófago, previo a irrigación.



Figuras 2 y 3. Imágenes endoscópicas tras irrigación.

Conclusión. La impactación esofágica alimentaria en pediatría debe hacer sospechar patología esofágica subyacente, especialmente esofagitis eosinofílica. La endoscopia urgente permite resolver el cuadro agudo, pero debe realizarse de forma urgente con extrema precaución en pacientes impactados con sospecha de EEO, dada la elevada fragilidad mucosa y el riesgo de lesiones esofágicas. En este contexto, la correcta interpretación de los hallazgos endoscópicos y la experiencia del endoscopista son claves para evitar decisiones innecesariamente agresivas.

HIPERPLASIA NODULAR LINFOIDE EN INMUNODEFICIENTE. Segarra Cantón Ó, Álvarez Beltrán M, Freixas Bermejo M, Redecillas Ferreiro S, Cabello Ruiz V, Raya Muñoz J, Martín Nalda A. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*

Introducción. La hiperplasia nodular linfoide duodenal es una lesión benigna caracterizada por la presencia de múltiples nódulos pequeños en la mucosa del duodeno, formados por agregados de folículos linfoides hiperplásicos. Clínicamente, puede manifestarse con síntomas como diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso y, en algunos casos, malabsorción. Existe una relación bien establecida entre la hiperplasia nodular linfoide y los estados de inmunodeficiencia, especialmente, las inmunodeficiencias humorales como la inmunodeficiencia común variable (CVID) y las hipogammaglobulinemias. En estos pacientes, la hiperplasia representa una respuesta compensatoria local ante la deficiencia de inmunoglobulinas, con predominio de linfocitos B productores de IgM en los nódulos, en ausencia o disminución de IgA e IgG. Además, la hiperplasia nodular linfoide puede asociarse a infecciones oportunistas como *Giardia lamblia* y *Helicobacter pylori*, que actúan como estímulos antigénicos persistentes en el contexto de la inmunodeficiencia.

Resumen del caso. Adolescente de 16 años, controlado en nuestro centro, por padecer una inmunodeficiencia común variable y una infestación digestiva crónica por *Giardia lamblia*. Junio 2025, se realiza endoscopia digestiva alta y baja evidenciando una marcada hiperplasia nodular tanto a nivel duodenal como ileal. A nivel duodenal se toman biopsias para AP, citometría y estudio microbiológico. A nivel histológico, no se observa linfocitosis intraepitelial significativa. A nivel citométrico, no se identifica población linfoide patológico. A nivel microbiológico, la PCR para *Giardia lamblia* resulta positiva. En coordinación, con el equipo de Inmunología, se decide iniciar tratamiento antiinflamatorio con budesonida oral en un intento de incrementar la tasa de respuesta al tratamiento de la infestación crónica por *Giardia*. Sin embargo, en Agosto 2025, el estudio de parásitos persiste positivo a *Giardia* a pesar del uso de tinidazol y la optimización de la dosis de inmunoglobulina subcutánea. Noviembre 2025, se realiza endoscopia digestiva alta evidenciando la marcada hiperplasia nodular duodenal ya conocida. Se toman, de nuevo, biopsias de duodeno para AP, citometría y estudio microbiológico, con los mismos resultados que en junio 2025.

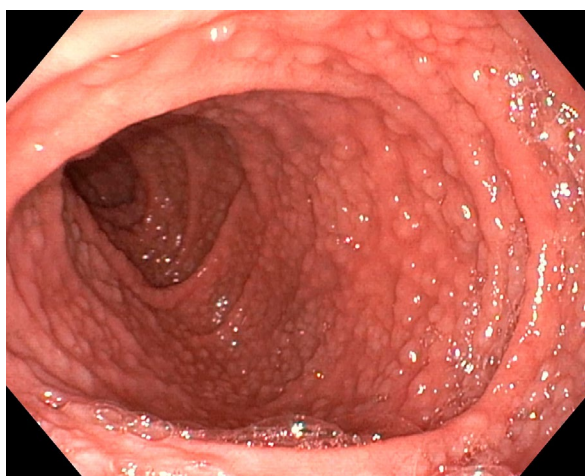


Figura 1. Endoscopia digestiva baja.

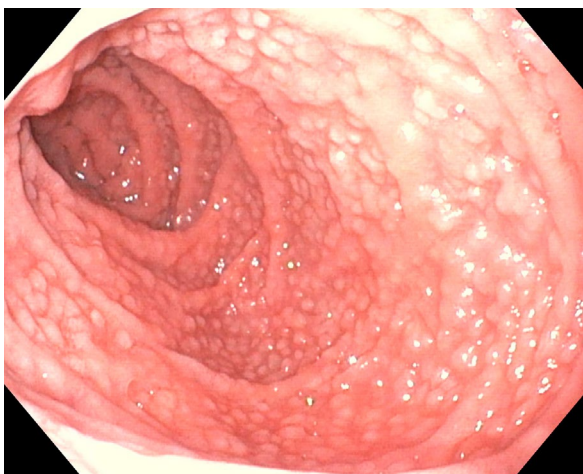


Figura 2. Endoscopia digestiva alta.

Conclusión. En resumen, la hiperplasia nodular linfoide duodenal es una manifestación frecuente en pacientes con inmunodeficiencia humoral, donde la alteración en la producción de inmunoglobulinas favorece la proliferación linfoide reactiva en la mucosa intestinal. Su manejo deberá ser individualizado y multidisciplinario, sin embargo, el riesgo aumentado de linfoproliferación secundario a la infestación y/o infección crónica (*Giardia* y *Campylobacter*, respectivamente), está condicionando la introducción de medicaciones en la esfera antiinflamatoria actuando a nivel de la permeabilidad intestinal con el objetivo de incrementar la tasa de erradicación microbiológica.

COMUNICACIONES ORALES SIMULTÁNEAS

GASTROENTEROLOGÍA 1

ESTRATEGIA DE REINDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO A DOSIS ALTAS CON UPADACITINIB EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA. Bagnato M, Pujol Muncunill G, Lozano Ruf A, Novoa C, Martín de Carpi J. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivos. Upadacitinib (UPA) es un inhibidor selectivo de JAK-1, aprobado para el tratamiento de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) en adultos y utilizado fuera de indicación en pediatría. La pauta habitual incluye fase de inducción (45 mg/día durante 8–12 semanas), seguida de fase de mantenimiento (30 mg/día). Sin embargo, algunos pacientes presentan pérdida de respuesta tras el paso a mantenimiento, requiriendo dosis elevadas de forma prolongada. El objetivo fue evaluar la necesidad de mantener dosis altas con UPA, y evaluar la eficacia y seguridad de esta estrategia.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos con EII tratados con UPA (julio 2023–septiembre 2025). Se incluyeron pacientes que presentaron respuesta tras la fase de inducción con UPA y presentaron pérdida de respuesta tras paso a mantenimiento, requiriendo nuevamente dosis de inducción. Se recogieron variables demográficas, clínicas y analíticas a partir de historia clínica electrónica para su análisis estadístico.

Resultados. Veintitres pacientes iniciaron UPA durante el periodo de estudio; 18 cumplieron criterios de inclusión (11 EC y 7 CU), 88,9% varones. La mediana de edad al inicio de UPA fue de 14,8 años (RIQ 14,4–16,1), con una actividad clínica basal moderada (PUCAI medio 38,6; wPCDAI medio 7,5) y una mediana de seguimiento de 38,9 semanas (RIQ 19,9–49,7). Doce de los 18 pacientes (66,7%) pasaron a dosis de mantenimiento. De ellos, 5/12 (41,7%; 3 EC y 2 CU) mantuvieron remisión clínica (PUCAI y wPCDAI medio 0) y biológica con una calprotectina fecal (CF) mediana de 57 ug/g (RIQ: 20,5–63,5) hasta final de seguimiento. Los 7/12 pacientes restantes (58,3%; 3 EC y 4 CU) requirieron aumento de dosis a 45 mg/día por reaparición de actividad clínica (PUCAI medio 40, wPCDAI medio 12,5) y/o biológica (CF mediana 1.666 ug/g; RIQ 795–3601). La mediana de tiempo hasta la recaída tras inicio del mantenimiento fue de 10,9 semanas (RIQ 9,4–42,3). Tras la escalada de dosis, 6/7 pacientes recuperaron remisión clínica y 3/7 remisión biológica, con una mediana de tiempo de 11,6 semanas (RQI 9,4–28,2) y 9,4 semanas (RQI 8,6–26), respectivamente. Seis pacientes (5 EC y 1 CU) mantuvieron dosis de inducción hasta el final del seguimiento con una mediana de 19,3 semanas (RIQ 11,0–26,1), manteniendo remisión clínica (6/6) y biológica (3/6). Tres pacientes presentaron efectos adversos bajo dosis altas prolongadas: acné en dos casos (uno grave) y infección por Herpes zóster en un paciente.

Conclusiones. En nuestra cohorte, más del 50% de pacientes respondedores a dosis de inducción con Upadacitinib presentó pérdida de respuesta a corto plazo tras el paso a dosis de mantenimiento, requiriendo aumento de dosis. Dicha estrategia permitió recuperar la remisión clínica en más del 80% de ellos, sin objetivarse un aumento relevante de efectos adversos.

EVENTOS ADVERSOS ASOCIADOS AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Dagraza Pérez M¹, Suárez Camacho R¹, Martínón Torres N¹, Carreira Sande N¹, Crujeiras Martínez V¹, Busto Cuiñas M², Martín Morales JM², Leis Trabazo MR¹. ¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Área asistencial sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. ²Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Objetivos. En la última década, el manejo pediátrico de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) ha incorporado el uso precoz de terapias biológicas. A pesar de que su indicación es cada vez más frecuente, el riesgo de efectos adversos (EA) exige una vigilancia estrecha. El objetivo de este trabajo es analizar la incidencia y el perfil clínico de dichas complicaciones para optimizar la seguridad en la práctica clínica.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico de los efectos adversos graves asociados a la terapia biológica en pacientes con EII pediátrica atendidos en tres centros hospitalarios de una misma comunidad autónoma en los últimos 10 años.

Resultados. En una cohorte de 129 pacientes pediátricos con EII, 84 (65,11%) recibieron terapia biológica, registrándose EA en 8 sujetos (9,52%). Este subgrupo presentó un predominio de varones (n = 5; 62,5%). El diagnóstico fue en 5 casos de enfermedad de Crohn (62,5%) y en 3 de colitis ulcerosa (37,5%). El fármaco biológico se instauró tras una media de 3,1 años desde el diagnóstico por falta de respuesta a terapias previas: corticoides, azatioprina y/o mesalazina. Todos los EA se asociaron a fármacos anti-TNF: infliximab (n = 5; 62,5%) y adalimumab (n = 3; 37,5%). La latencia media desde el inicio del biológico hasta la aparición del evento fue de 1,6 años (rango: 0,17–3,3 años) y, en todos los casos, el EA se presentó en fase de remisión clínica. Con infliximab se observaron los siguientes EA: tres reacciones psoriasiformes, una osteomielitis de acetábulo izquierdo y un absceso cerebral por *Listeria monocytogenes*. En los pacientes tratados con adalimumab, los EA registrados fueron: eritema nodoso, lesiones cutáneas granulomatosas e hidrosadenitis supurativa recurrente. En dos casos (osteomielitis e hidrosadenitis supurativa recurrente) se suspendió temporalmente el tratamiento biológico y en los demás se optó por cambio de diana terapéutica, con resolución de todos los EA registrados.

Conclusiones:

- La incidencia de EA en pacientes con EII tratados con fármacos biológicos en nuestra cohorte fue del 10%, inferior a las tasas de hasta el 25% descritas en la literatura.
- Entre los eventos identificados, destacan las reacciones de perfil dermatológico y los procesos infecciosos graves.
- El cambio a otra diana terapéutica resultó la medida más eficaz para el control definitivo de los eventos en nuestra serie.
- El riesgo de EA asociados a terapia biológica obliga a una monitorización clínica estrecha y continua.

RESULTADOS CLÍNICOS Y SEGURIDAD DEL CAMBIO DE INFLIXIMAB INTRAVENOSO A SUBCUTÁNEO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN VIDA REAL. Alberto Alonso J¹, De la Barreda Heusser L¹, Márquez Rodríguez J², Rodríguez Díaz A¹, Carrillo Palau M³, Fuentes Ferrer M⁴, Hernández Camba A⁵, Chavez Darías M⁶.

¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica; ²Unidad de Investigación, Servicio de Medicina Preventiva; ³Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Servicio del Aparato Digestivo; ⁴Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ⁵Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio del Aparato Digestivo. Hospital Doctor José Molina Orosa. Lanzarote. ⁶Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Servicio del Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

Introducción. El infliximab subcutáneo (IFX-SC) ofrece ventajas logísticas y una farmacocinética más estable en comparación con el infliximab intravenoso (IFX-IV). Sin embargo, la evidencia en vida real en enfermedad inflamatoria intestinal pediátrica (EIIp) es limitada. Evaluamos la efectividad clínica, la farmacocinética y la seguridad tras el cambio de IFX-IV a IFX-SC en tres unidades pediátricas de EII de las Islas Canarias.

Métodos. Estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó pacientes menores de 18 años que realizaron un cambio electivo de IFX-IV a IFX-SC entre 2023 y 2025. Se recogieron índices clínicos (PCDAI/PUCAI), calprotectina fecal (CF), proteína C reactiva (PCR) y niveles valle de infliximab (monitorización terapéutica, TDM) en el momento basal (última infusión de IFX-IV), y a los 3, 6 y 12 meses. Los cambios pareados se analizaron mediante la prueba de Wilcoxon. El objetivo principal fue la remisión clínica a los 6 meses. Los objetivos secundarios incluyeron la evolución de biomarcadores, la estabilidad de la TDM, los acontecimientos adversos, las hospitalizaciones y la persistencia del tratamiento.

Resultados. Se incluyeron once pacientes (73% enfermedad de Crohn; 18% colitis ulcerosa; 9% EII no clasificada; edad media 15,4 años; 82% varones). Seis pacientes (54,5%) procedían de un tratamiento optimizado con IFX-IV y cinco (45,5%) iniciaron IFX-SC por motivos de comodidad o logística. Nueve de once completaron 12 meses de seguimiento. Todos los pacientes se encontraban en remisión clínica en el momento basal, manteniéndose dicha remisión en el 100% al final del seguimiento (6 o 12 meses). El PCDAI mejoró del basal con una mediana de 9 puntos a 3 puntos, a los 3 meses ($p = 0,042$) y permaneció estable posteriormente; el PUCAI fue 0 en todos los puntos temporales. La PCR se mantuvo baja, sin cambios significativos. La CF descendió de 444 $\mu\text{g/g}$ en el basal a 191 $\mu\text{g/g}$ a los 3 meses y 180 $\mu\text{g/g}$ a los 6 meses, sin alcanzar significación estadística. Los niveles valle de infliximab fueron elevados y estables (basal 15,5 $\mu\text{g/ml}$; 3 meses 18,8 $\mu\text{g/ml}$; 6 meses 18,7 $\mu\text{g/ml}$; todos $p > 0,2$). No se registraron acontecimientos adversos, hospitalizaciones, uso de corticoides ni suspensiones del tratamiento. La persistencia terapéutica fue del 100% al final del seguimiento (9/11 a los 12 meses).

Conclusiones. El cambio de IFX-IV a IFX-SC en esta cohorte pediátrica multicéntrica fue altamente eficaz y seguro, con una exposición terapéutica estable y mantenimiento completo de la remisión clínica. El IFX-SC parece una alternativa práctica y bien tolerada al tratamiento intravenoso en la EII pediátrica, especialmente en contextos donde la carga logística y la autonomía del tratamiento son relevantes. Se necesitan estudios con cohortes más amplias y un seguimiento más prolongado.

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y SEGURIDAD A MEDIO-LARGO PLAZO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS CON CURCUMINA Y QING DAI: CURPEII CAN (CURPEII CAN-EXT).

Alberto Alonso J¹, Rodríguez Díaz A¹, Castro Millán AM², Reyes Domínguez A³, Fuentes Ferrer ME², De la Barreda Heusser L¹, Del Brío Castillo R², Woods Kreisler N², González Santana D³, Bordón Sardiña E³, Ramos Varela JC³, Peña Quintana L³, Gutiérrez Vilar M¹, Pérez Rodríguez A¹, Martín Rivada A², Murray Hurtado M², Ruiz Pons M¹; Grupo de Trabajo de GASTROPECAN. ¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Servicio de Pediatría; ⁴Unidad de Investigación, Servicio de Medicina Preventiva. Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ²Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife. ³Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción. La curcumina, sola o en combinación con Qing Dai, ha mostrado resultados favorables en la inducción de respuesta clínica y bioquímica en pacientes pediátricos con colitis ulcerosa (CU) en práctica clínica real. En el estudio CurPEII Can (congreso SEGHPN 2025, Valencia) se observó un descenso significativo del índice PUCAI y de los niveles de calprotectina fecal (CF) tras la fase de inducción, con un perfil de seguridad favorable. Sin embargo, la evidencia sobre la durabilidad de la respuesta y la seguridad a medio-largo plazo en población pediátrica es limitada. Este análisis amplía el seguimiento hasta las 74–78 semanas.

Objetivo. Evaluar la evolución clínica, bioquímica y la seguridad del tratamiento con curcumina (Qura®) y su combinación con Qing Dai (CurqD1® y CurqD3®) en pacientes pediátricos con CU o colitis indeterminada durante un seguimiento a 48–52 y 74–78 semanas.

Material y métodos. Estudio retrospectivo y multicéntrico, en práctica clínica real, del grupo de gastroenterología pediátrica de Canarias (GASTROPECAN). El periodo del estudio comprende de enero de 2024, hasta enero de 2026, incorporando el seguimiento a medio-largo plazo. Se incluyeron pacientes de 8–18 años con CU o colitis indeterminada tratados con curcumina sola o en combinación con Qing Dai. Se analizaron la actividad clínica (PUCAI) y marcadores bioinflamatorios (PCR, VSG y CF) en los momentos basal, postinducción (8–12 semanas), postinducción tardía (16–24 semanas), 48–52 y 74–78 semanas. Las comparaciones entre visitas se realizaron mediante la prueba de Wilcoxon para muestras apareadas.

Resultados. Se incluyeron 14 pacientes. Durante el seguimiento se observó una pérdida progresiva de sujetos analizados, atribuible a la finalización del seguimiento o a cambios terapéuticos propios de la práctica clínica real, sin asociación con problemas de seguridad relevantes. En la actividad clínica, el PUCAI se mantuvo a 0 puntos a 48–52 (RIC: 0–0; n = 12, y 74–78 semanas (RIC: 0–0; n = 7), sin diferencias significativas ($p > 0,05$) desde la postinducción. La CF se mantuvo similar a los valores postinducción tardía de 83,5 µg/g (RIC: 28,22–620,5) durante el seguimiento a 123 µg/g (RIC: 35,15–389; n = 12) en las 48–52 semanas y 56,35 µg/g (RIC: 16,7–402,25; n = 8) a 74–78 semanas, sin diferencias significativas. Otros marcadores inflamatorios, como la PCR y la VSG mostraron niveles normales a 48–52 y 74–78 semanas, sin diferencias significativas. 5/14 pacientes recibieron curcumina combinada con Qing Dai (CurqD1® o CurqD3®) en algún momento del periodo estudiado. En total, se registraron 7 exposiciones a CurqD. No se identificaron nuevos eventos adversos relevantes durante el seguimiento prolongado; los efectos descritos fueron leves y reversibles.

Conclusiones. En esta cohorte pediátrica, la curcumina, sola o combinada con Qing Dai, mostró mantenimiento de la respuesta clínica y bioquímica hasta 74–78 semanas, con un perfil de seguridad favorable. Estos resultados apoyan su consideración como estrategia terapéutica complementaria en la EI pediátrica, si bien se requieren estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.

CARACTERIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL DE INICIO MUY PRECOZ: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO. Dagraza Pérez M¹, Suárez Camacho R¹, Martínón Torres N¹, Carreira Sande N¹, Crujeiras Martínez V¹, Busto Cuiñas M², Martín Morales JM², Leis Trabazo MR¹. ¹Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Área asistencial sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza. ²Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Objetivos. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de inicio muy temprano (VEO-IBD, por sus siglas en inglés) es aquella diagnosticada por debajo de los 6 años de edad. Su curso clínico suele ser más grave, con menor respuesta al tratamiento convencional y hasta un 20% de los casos presentan una etiología monogénica subyacente. El objetivo de este trabajo es describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con VEO-IBD en una cohorte pediátrica, con el fin de mejorar el conocimiento de esta entidad y optimizar su abordaje.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico donde se incluyeron los pacientes diagnosticados de VEO-IBD en los últimos 20 años.

Resultados. La cohorte incluye 129 pacientes pediátricos con EII, de los cuales se identificaron 18 casos (14,0%) con inicio muy temprano (VEO-IBD). La distribución por sexo mostró un predominio masculino con 12 varones (66,7%) frente a 6 mujeres (33,3%). La edad media al momento del diagnóstico fue de 4,6 años, registrándose el caso más precoz a los 2,4 años. Doce pacientes (66,7%) fueron diagnosticados de colitis ulcerosa (CU) y seis (33,3%) de enfermedad de Crohn (EC). La manifestación más común al diagnóstico fue la diarrea (83,4% de los casos), principalmente sanguinolenta (en el 55,6% del total de pacientes), seguida de la rectorragia (16,7%). El estudio genético no fue concluyente en ninguno de los casos analizados (38,9%). Durante el seguimiento, más de la mitad de los pacientes (el 55,6%) requirieron inicio de tratamiento biológico, con una media de 2,4 años desde el diagnóstico hasta su instauración; de este subgrupo, 6 casos (60,0%) presentaban CU y 4 (40,0%) padecían EC.

Conclusiones:

- La prevalencia de VEO-IBD en nuestra cohorte (14,0%) confirma la tendencia epidemiológica ascendente, con un predominio de colitis ulcerosa y sexo masculino.
- El 55,6% de nuestros casos precisaron inicio de tratamiento biológico, lo que corrobora la agresividad clínica de esta entidad.
- Aunque la VEO-IBD se ha asociado con trastornos monogénicos subyacentes, en los estudios genéticos realizados en nuestra cohorte no se ha podido identificar ninguna mutación patogénica.
- Es importante tener en cuenta la VEO-IBD en el diagnóstico diferencial de pacientes con diarrea crónica en los que no se identifica causa infecciosa o alergia alimentaria.

SÍNDROME DE VÓMITOS CÍCLICOS EN PEDIATRÍA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA COHORTE.

Pérez Vereda M¹, Munera Barrios M², Blasco Alonso J², García Ramírez M², Rodríguez Martínez A¹, Navas López V². ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Introducción y objetivos. El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es un trastorno funcional pediátrico caracterizado por episodios recurrentes de vómitos, con intervalos intercríticos asintomáticos. El objetivo de este estudio es describir las características clínico-epidemiológicas y evolutivas de una cohorte multicéntrica de pacientes pediátricos con SVC y analizar factores asociados.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y analítico retrospectivo de pacientes con diagnóstico de SVC seguidos en consultas de Gastroenterología Pediátrica de dos hospitales de tercer nivel entre los años 2013 y 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas, diagnósticas, terapéuticas y evolutivas. Las variables cuantitativas se expresan como mediana (RIC) y las cualitativas como n (%). Se realizaron comparaciones bivariantes mediante pruebas no paramétricas.

Resultados. Se incluyeron 120 pacientes, con predominio femenino (56,7%). La mediana de edad de inicio de la sintomatología fue de 7 años (RIC 5,75) y al diagnóstico de 9 años (RIC 5), con un retraso diagnóstico mediano de 2 años (RIC 2). Los desencadenantes se identificaron en el 37,4%, siendo el estrés emocional el más frecuente (25,4% del total de pacientes). La migraña se observó como comorbilidad solo en el 6,2%. El dolor abdominal fue el síntoma más frecuentemente asociado (50,8%). La gravedad de los episodios fue leve-moderada en el 71,4% (con una puntuación de 2–3 sobre 5), aunque solo el 11,9% no precisó ir a urgencias para controlar los episodios, especialmente previo al diagnóstico. Al presentar el 69,4% buena respuesta a antieméticos como tratamiento agudo, la prescripción de antiemético domiciliario tras el diagnóstico evitó numerosas visitas a urgencias e ingresos, ya que la mayor parte de los pacientes (49,3%) presentaban resolución del cuadro en menos de 24 horas. La mayoría no precisó tratamiento profiláctico (71,4%), siendo la evolución favorable con remisión completa en el 65,3%. La presencia de migraña se asoció significativamente con una edad de inicio y diagnóstico más precoz ($p = 0,005$ y $p = 0,013$, respectivamente).

Conclusión. El SVC presenta un debut en edad escolar con ligero predominio femenino y evolución generalmente favorable. La prescripción de antieméticos domiciliarios supone la medida más eficaz para evitar tanto visitas hospitalarias como la necesidad un tratamiento profiláctico. La asociación con migraña identifica un subgrupo con inicio más precoz, lo que puede tener implicaciones diagnósticas y terapéuticas. Un enfoque clínico dirigido permite limitar pruebas complementarias y optimizar el manejo.

IMPACTO DE LOS MODULADORES CFTR SOBRE LA FUNCIÓN PANCREÁTICA EXOCRINA EN FIBROSIS QUÍSTICA PEDIÁTRICA. Munera Barrios MT, Ortiz Pérez P, García Ramírez M, Blasco Alonso J, Navas López VM. *Hospital Regional Universitario Materno-Infantil de Málaga. Málaga.*

Introducción. Las terapias moduladoras del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) han supuesto un cambio sustancial en el manejo de la fibrosis quística (FQ). Sin embargo, los datos longitudinales sobre su impacto en la función pancreática en población pediátrica siguen siendo limitados, especialmente en relación con la posible reversibilidad de la insuficiencia pancreática exocrina (IPE).

Objetivos. Evaluar la evolución de la función pancreática exocrina y de los requerimientos de enzimas pancreáticas exógenas tras el inicio de tratamiento con moduladores del CFTR en pacientes pediátricos con FQ, así como su impacto en los parámetros antropométricos durante el primer año de tratamiento.

Material y métodos. Estudio de cohorte prospectivo que incluyó pacientes con FQ de 0 a 18 años en tratamiento con moduladores del CFTR: elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ETI) o lumacaftor/ivacaftor (LUMA/IVA), en seguimiento en un hospital de tercer nivel. Se analizaron cambios en los valores de elastasa fecal-1 (EF1), dosis de enzimas pancreáticas exógenas (U/kg/día) y parámetros antropométricos durante los primeros 12 meses tras el inicio del tratamiento. Asimismo, se recogieron datos clínicos y efectos adversos.

Resultados. Se incluyeron 108 pacientes, el 86,1% diagnosticados mediante cribado neonatal. Al inicio del seguimiento, el 61,1% presentaban IPE. De estos, el 68,3% iniciaron tratamiento con ETI, con una edad media de $7,3 \pm 4,2$ años y un IMC basal de $-0,27 \pm 1,2$ SDS; el 38% había recibido previamente LUMA/IVA durante una mediana de 14 meses. En los pacientes tratados con LUMA/IVA no se observaron cambios significativos en los valores de EF1 ni en los requerimientos de enzimas pancreáticas exógenas. Tras el inicio de ETI, la EF1 aumentó significativamente desde una mediana basal de 6 (4,75–11,75) $\mu\text{g/g}$ hasta 48 (30–147,5) $\mu\text{g/g}$, con un incremento ≥ 3 veces del valor basal en el 77,5% de los pacientes. Un 5,5% alcanzó criterios de suficiencia pancreática y un 9,2% evolucionó a insuficiencia pancreática parcial. Los requerimientos de enzimas pancreáticas exógenas disminuyeron de $4.302,6 \pm 2.825,6$ a $3.798,8 \pm 2.764,6$ U/kg/día, con una reducción significativa de dosis (mediana $-22,2\%$; RIC 0–40; $p < 0,05$). En tres pacientes fue posible suspender completamente el tratamiento enzimático, mientras que en nueve no se logró reducir la dosis. No se observaron cambios significativos en los parámetros antropométricos durante los primeros 12–18 meses de tratamiento con ETI. No se registraron episodios de pancreatitis aguda asociados al uso de moduladores del CFTR.

Conclusiones. El tratamiento con elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor a partir de dos años se asocia a una mejoría significativa de la función pancreática exocrina y a una reducción de los requerimientos de enzimas pancreáticas exógenas, permitiendo su retirada en un subgrupo de pacientes con FQ, con escasa incidencia en aspectos antropométricos. Estos resultados refuerzan la importancia del inicio precoz de los moduladores del CFTR para maximizar su impacto sobre la función pancreática.

DIFERENCIAS EN FUERZA LINGUAL MÁXIMA ENTRE ESCOLARES ESPAÑOLES Y VALORES DE REFERENCIA INTERNACIONAL: IMPLICACIONES CLÍNICAS PARA LA EVALUACIÓN OROMOTORA PEDIÁTRICA. Ortiz Pérez P¹, Valero Arredondo I¹, Torcuato Rubio E¹, García Ramírez M¹, Blasco Alonso J¹, Navas López VM¹. ¹Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

Objetivos. La medición instrumental de la fuerza lingual se postula como una herramienta clave en la evaluación de la función oromotora pediátrica. Sin embargo, la aplicabilidad de valores normativos internacionales en distintas poblaciones sigue siendo limitada. El objetivo de este estudio fue comparar los valores de fuerza lingual máxima obtenidos en escolares sanos españoles con los reportados por una cohorte normativa internacional de referencia, evaluando la magnitud y la relevancia clínica de las diferencias.

Material y métodos. Estudio comparativo basado en datos agregados. Se analizó una cohorte de 360 escolares sanos de 6 a 16 años, a quienes se evaluó la fuerza lingual máxima mediante el dispositivo *Iowa Oral Performance Instrument*® (IOP_I). Las medias por grupo etario se compararon con los valores publicados sobre cohorte de niños sanos de 6 a 12 años reclutados previamente en Estados Unidos. La comparación se realizó mediante estimación de diferencias de medias, con errores estándar, intervalos de confianza al 95 % y tamaños del efecto (Cohen's d), aplicando desviación estándar combinada y corrección de grados de libertad para varianzas desiguales.

Resultados. La media global de fuerza lingual en la cohorte española fue de $45,7 \pm 12,4$ kPa, inferior a los valores descritos previamente (aproximadamente 55–60 kPa). Ambas poblaciones mostraron un patrón de desarrollo paralelo, con incrementos progresivos según la edad. Los valores de fuerza lingual de la muestra española fueron significativamente menores en todos los grupos. Las diferencias oscilaron entre $-8,5$ kPa (IC95 %: $-13,2$ a $-3,8$) y $-17,8$ kPa (IC95 %: $-23,4$ a $-12,1$), con reducciones relativas de hasta un 35 % en los grupos de menor edad. Los tamaños del efecto fueron moderados a grandes (Cohen's d entre $-0,69$ y $-1,45$), indicando una reducción clínicamente relevante de la fuerza lingual en la cohorte española.

Conclusiones. Aunque la evolución de la fuerza lingual con la edad es paralela entre ambas poblaciones, los niveles absolutos difieren significativamente. Estas discrepancias, de magnitud moderada a grande, sugieren que los valores normativos internacionales no son directamente aplicables a la población pediátrica española. Disponer de referencias nacionales mejora la precisión diagnóstica, permite definir objetivos terapéuticos realistas y facilita el seguimiento en rehabilitación miofuncional en trastornos deglutorios en población pediátrica.

MOTILIDAD ESOFÁGICA INEFICAZ EN PEDIATRÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMORBILIDAD Y MANEJO TERAPÉUTICO. Silva Caparrós N, Pérez Vereda M, Luengo Mangas A, Montes Araujo P, Rodríguez Martínez A. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología, Nutrición y Metabolopatía Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Describir las características clínicas, los hallazgos en manometría esofágica de alta resolución con impedanciometría, las pruebas complementarias realizadas y el manejo terapéutico de una cohorte de pacientes pediátricos diagnosticados de motilidad esofágica ineficaz según la Clasificación de Chicago entre los años 2020 y 2024.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo en pacientes pediátricos remitidos para estudio de motilidad esofágica en un hospital terciario entre 2020 y 2024. Se incluyeron aquellos con diagnóstico de motilidad esofágica ineficaz mediante manometría esofágica de alta resolución según criterios de la Clasificación de Chicago, recopilándose variables demográficas, antropométricas, antecedentes personales, sintomatología, hallazgos manométricos, resultados de pruebas complementarias (impedanciometría, pHmetría, tránsito esófago-gastro-duodenal, video-fluoroscopia, endoscopia digestiva alta y biopsias) y tratamiento instaurado. El análisis fue principalmente descriptivo, expresándose las variables cuantitativas como media y mediana y las cualitativas en frecuencias y porcentajes.

Resultados. De 222 manometrías realizadas, 91 pacientes presentaron motilidad esofágica ineficaz (41%), con una edad media de 8,6 años y un ligero predominio masculino. Un 22% presentó sobrepeso u obesidad y un 4,4% bajo peso, observándose en el grupo con exceso ponderal mayor carga sintomática y mayor necesidad de tratamiento farmacológico. La motilidad esofágica ineficaz fue completa en el 64,9% e incompleta en el 35,1%, predominando la afectación exclusiva para líquidos (19,8%). Entre los antecedentes, un 25,3% no presentaba patología asociada y la comorbilidad más frecuente fueron los antecedentes quirúrgicos (31,9%), especialmente atresia de esófago y funduplicatura tipo Nissen, seguidos de enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis eosinofílica, alergias alimentarias y enfermedades reumatológicas y neuromusculares. El 92,3% de los pacientes fue sintomático, destacando disfagia, reflujo, atragantamiento, pirosis, vómitos y dolor abdominal. Las pruebas complementarias mostraron alteraciones en hasta dos tercios de los estudios de video-fluoroscopia y en alrededor de un tercio de impedanciometrías, pH metrías, endoscopias y biopsias, principalmente estenosis esofágicas y esofagitis. El tratamiento incluyó intervención nutricional en el 70,3%, inhibidores de la bomba de protones en el 52,7%, dieta de exclusión en el 11,0% y terapia conductual o logopédica en el 15,4%, utilizándose procinéticos dopaminérgicos en un subgrupo con mejoría clínica en aproximadamente un tercio.

Conclusiones. La motilidad esofágica ineficaz en esta cohorte se asoció a una elevada prevalencia de síntomas digestivos, con especial relevancia en pacientes con antecedentes quirúrgicos y enfermedad por reflujo gastroesofágico o esofagitis eosinofílica. El exceso de peso corporal podría actuar como factor precipitante de una clínica más florida, sin diferencias claras entre géneros. El abordaje terapéutico fue heterogéneo y se adaptó a la patología de base y a las características clínicas, con un uso frecuente de medidas nutricionales, tratamiento antisecretor y abordajes complementarios farmacológicos, conductuales y endoscópico-quirúrgicos. Estos resultados respaldan la necesidad de desarrollar estrategias específicas de evaluación y manejo de la motilidad esofágica ineficaz en la edad pediátrica.

COMUNICACIONES ORALES SIMULTÁNEAS

GASTROENTEROLOGÍA 2

EL PAPEL DE LA TRANSGLUTAMINASA TISULAR Y LOS ANTICUERPOS ANTI-ENDOMISIO EN EL DIAGNÓSTICO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD CELÍACA: DESAFÍOS Y CONTROVERSIAS.

Núñez-Carrascoso P¹, Calzado Agrassot M², Masip Simo E², Polo Miquel B², Ribes Koninckx C¹, Donat Aliaga E^{1,2}. ¹Unidad de Enfermedad celíaca e Inmunopatología digestiva. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia. ²Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

Introducción. Según las guías ESPGHAN 2012 y 2020, los anticuerpos anti-endomisio (EMA) son obligatorios como prueba confirmatoria para el diagnóstico serológico de la enfermedad celíaca (EC) sin biopsia intestinal (BI). No obstante, la determinación de EMA es cada vez más compleja debido a las recientes dificultades en la disponibilidad del sustrato antigénico procedente del esófago de mono. Y a la no automatización de la técnica. Aunque se han propuesto otras opciones como cortes de cordón umbilical humano, estas no son factibles en la práctica. Como consecuencia recientemente se está valorando el sustituir la determinación de EMA por estrategias alternativas, como la repetición de transglutaminasa tisular (tTG).

Material y métodos. Se han estudiado de forma retrospectiva pacientes pediátricos (1–18 años) diagnosticados consecutivamente de EC en un periodo de 3 años (2021–2024). Se incluyeron aquellos que presentaron un 1º valor de tTG IgA (EliA Celikey IgA Thermo Fisher Scientific) $> 10 \times$ el límite superior de normalidad (LSN), seguida de una 2ª determinación de IgA tTG más la determinación de IgA EMA, dilución de trabajo 1:5 (Byosystems®), en la 2ª muestra.

Resultados. 59 pacientes cumplían los criterios de inclusión, 40 mujeres. El 14% de ellos (intervalo entre las muestras $X = 52 \pm 31$ días) presentaron una disminución entre el 18–28%L en el valor de la segunda tTG, siendo aun así $> 10 \times$ LSN. Solo en un caso, que había iniciado una reducción en la ingesta de gluten, esta diferencia fue notablemente mayor (disminución del 60%), siendo la 2ª tTG positiva pero $< 10 \times$ LSN. En el 98% de los pacientes la 2ª tTG fue $> 10 \times$ LSN (intervalo entre las muestras $X = 66 \pm 66$ días). En el 100% la determinación de EMA fue positiva, en 3 casos positiva débil.

Conclusiones. En esta serie de pacientes pediátricos encontramos una excelente concordancia entre la 2ª tTG y la determinación simultánea de EMA, siendo ambas positivas en todos los casos y en la mayoría los valores de la tTG $> 10 \times$ LSN. Estos resultados sugieren que la repetición de tTG con valores $> 10 \times$ LSN en una segunda muestra podría ser una alternativa a la determinación de EMA para el diagnóstico serológico de EC (sin BI). Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela ya que la variabilidad entre los distintos laboratorios y la diversidad de métodos analíticos disponibles pueden influir significativamente en la eficacia de esta estrategia. Es necesario la confirmación de estos resultados en diferentes poblaciones /centros antes de que se pueda recomendar la sustitución de la determinación de EMA por una 2ª tTG de forma universal.

VALIDEZ DEL LINFOGRAMA INTESTINAL EN LA ENFERMEDAD CELÍACA PEDIÁTRICA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y ANÁLISIS DE DECISIÓN. Arcos Machancoses JV¹, Campos Luz P², Gonzalo Consuegra J¹, Crahuá Gaudiza E¹, Martínez Costa C¹. ¹Hospital Clínic Universitari de València. ²Universitat de València.

Objetivos. El diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC) pediátrica supone un reto ante resultados discordantes entre serología e histología. El linfograma intestinal por citometría de flujo identifica un inmunofenotipo específico caracterizado por un aumento de linfocitos TCR gamma/delta positivos y el descenso de los CD3 negativos. Este trabajo constituye la primera revisión sistemática y metaanálisis realizado exclusivamente en población pediátrica. El interés del trabajo se justifica por la variación fisiológica de estos linfocitos con la edad, que puede limitar la inferencia a niños de los resultados obtenidos de metaanálisis previos en población adulta. El objetivo es sintetizar la evidencia sobre su precisión diagnóstica y evaluar su utilidad clínica mediante un análisis de decisión.

Material y métodos. Revisión sistemática según directrices PRISMA 2020 con registro PROSPERO CRD420251243857. Se realizó una búsqueda exhaustiva en MEDLINE, Embase, Scopus y otras bases de datos de estudios con población menor de 18 años. Se calculó la sensibilidad y especificidad combinadas mediante un modelo de efectos aleatorios. La utilidad clínica se simuló mediante un enfoque bayesiano en tres escenarios de prevalencia: cribado (3%), evolución a EC convencional desde EC potencial (38%) y biopsia indicada por serología discreta-moderada (80%). Se estableció un umbral terapéutico en el 65% de probabilidad post-prueba, basado en unos beneficios esperados del tratamiento equivalentes a la proporción de niños sintomáticos en estudios de cribado, y en unos costes del tratamiento análogos a la adherencia a la dieta sin gluten en vida real, empleando curvas de decisión para evaluar el beneficio clínico neto.

Resultados. Se incluyeron siete estudios con 1248 pacientes celíacos y 677 controles. El linfograma celíaco completo (ambas alteraciones simultáneas) presentó una sensibilidad combinada del 90% y una especificidad del 99%. El aumento aislado de linfocitos TCR gamma/delta positivos mostró una sensibilidad del 91% y una especificidad del 86%, mientras que el descenso de células CD3 negativas obtuvo una sensibilidad del 92% y especificidad del 93%. Cualquier resultado positivo alcanzó una sensibilidad del 99% con una especificidad del 79%. En EC potencial, con una prevalencia de progresión a atrofia del 38%, un linfograma positivo elevó la probabilidad post-prueba de enfermedad al 98%, mientras que uno negativo la redujo al 5%. Las curvas de decisión confirmaron que el beneficio clínico neto es máximo en casos con histología Marsh 0-I y títulos moderados de anticuerpos.

Conclusiones. El linfograma intraepitelial pediátrico posee una precisión diagnóstica excelente, con una especificidad cercana al 100%. Es una herramienta con potencial confirmatorio clave en casos difíciles, permitiendo identificar el rastro citométrico celíaco incluso con arquitectura vellositaria levemente afectada, lo que podría evitar seguimientos prolongados o pruebas de provocación innecesarias.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, SEROLÓGICA E INMUNOFENOTÍPICA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA ULTRACORTA EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA. Valle Mateo C¹, Blesa Chiralt S¹, González López N², Gómez Aguililla S², Morente Laguna V¹, Juanpere Aixala M¹, Núñez C², Castillejo de Villasanté G¹. ¹Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus, Tarragona. ²Laboratorio de Investigación en Genética de enfermedades complejas. Hospital Clínico San Carlos. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción y objetivos. El diagnóstico de la enfermedad celíaca (EC) se ha basado en la serología y el estudio histológico de la segunda porción del duodeno (D2). Sin embargo, la naturaleza parcheada de la lesión ha llevado al reconocimiento de la enfermedad celíaca ultracorta (ECUC), caracterizada por una atrofia vellositaria confinada exclusivamente al bulbo duodenal (D1). Los objetivos de este estudio son comparar las características clínicas, serológicas e inmunofenotípicas de niños con ECUC frente a la EC convencional, con lesión en D1+D2 (ECC) y evaluar la utilidad diagnóstica de las biopsias de D1.

Material y métodos. Análisis retrospectivo (2017–2015) de 214 pacientes sometidos a endoscopia por sospecha de EC. Se registraron datos clínicos, analíticos, serológicos (Ac antitransglutaminasa IgA (ATG), Ac antiendomiso IgA (AEM) y HLA-DQ. Durante la gastroscopia se obtuvieron biopsias por separado de D1 y D2 para estudio histológico y de CMF para determinar el linfograma intraepitelial.

Resultados. Se diagnosticaron 142 casos de ECC (66,3%), 46 casos de ECUC (21,4%) y 26 casos de EC potencial (12,1%). No se encontraron diferencias significativas en la edad al diagnóstico ni en las manifestaciones clínicas entre los grupos de estudio (ECC y ECUC). En la ECC hubo más HLA-DQ2.5 homocigotos (31% vs. 15,2%; $p = 0,037$) y niveles de ferritina significativamente menores (mediana 27,1 vs. 39,25; $p = 0,001$). En la serología, los pacientes con ECC mostraron títulos de ATG significativamente superiores (mediana 77,5 vs. 18; $p = 1,6 \times 10^{-10}$) y mayor proporción de valores $\geq 10 \times$ límite superior normalidad (53,5% vs. 10,9%). Destaca que el 30,4% de los pacientes con ECUC fueron AEM negativos, frente a solo un 2,8% en ECC ($p = 7,7 \times 10^{-7}$). Respecto a la CMF, los valores de CD3⁺ fueron significativamente menores en ECC (mediana 1,7% vs. 7,2% en ECUC; $p = 2,8 \times 10^{-10}$), reflejando un daño más severo o extendido. Los valores de gammadelta son ligeramente superiores en ECC, pero las diferencias no llegan a ser significativas ($p = 0,062$). La toma de biopsia en D1 permitió diagnosticar a 46 pacientes que no presentaban atrofia en D2.

Conclusiones. La ECUC representa una variante frecuente de la enfermedad (21,4% en esta serie) que se asocia a un perfil serológico con títulos bajos de ATG2 y una tasa menor de AEM positivos. Presenta menor afectación de los depósitos de hierro y una menor proporción de DQ2 homocigotos que la ECC. La toma sistemática de biopsias del bulbo es imprescindible, ya que su omisión habría impedido el diagnóstico histológico casi una cuarta parte de la cohorte estudiada.

ENFERMEDAD CELÍACA POTENCIAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO. Barrio Torres J¹, Cilleruelo Pascual ML², Espín Jaime B³, Soria López M⁴, Donat Aliaga E⁵, Torres Peral R⁶, Ochoa Sangrador C⁷, Román Riechmann E². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Montepríncipe. Boadilla del Monte, Madrid. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. ⁶Servicio de Pediatría. Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁷Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Zamora. Zamora.

Objetivos. Evaluar la historia natural de la Enfermedad celíaca potencial (ECP) en una cohorte de menores de 15 años que mantienen dieta con gluten (DCG) tras el diagnóstico.

Material y métodos. Estudio multicéntrico prospectivo de menores de 15 años diagnosticados de ECP, entre Julio 2018 y enero 2026. Se analizaron al diagnóstico datos demográficos, clínicos, serológicos, HLA y grado de lesión en biopsia intestinal (BI). El seguimiento por protocolo incluía control clínico y serología cada 6 meses y repetición de BI ante empeoramiento de síntomas, aumento de título de anticuerpos o persistencia de positividad durante más de 2 años. Se evaluaron posibles factores predictores al diagnóstico de evolución a enfermedad celíaca (EC).

Resultados. Se incluyeron 157 ECP, se mantuvo DCG en 127 (80,9%); la edad al diagnóstico fue 8,5 años (RIC 4,76–11,15), mujeres 66%. Motivo del estudio: síntomas sugestivos de EC 78 (62,4%), cribado 19 (15,2%) otros 28 (22,4%). Forma de presentación: 47,6% no clásica, 36,5% clásica, 15,9% asintomática. Presentaban anticuerpos antitransglutaminasa IgA (AATG-IgA) > 10 VLN 23 (18,11%), 14 de ellos tenían lesión Marsh 1 y 9 Marsh 0. El 50% presentaba lesión Marsh 1 al diagnóstico. Hay datos de seguimiento en 114 pacientes. Mediana de seguimiento 21,20 meses (9,43–26,70). Los AATG-IgA se negativizaron en 39% en una mediana de 8,45 meses (6,10–17,10). Se realizó BI en 44 en una mediana de 20,77 meses (11,70–26,70). Resultados BI: 13 siguen siendo Marsh 1, 11 Marsh 0 y 20/114 presentaba lesión compatible con EC, lo que supone el 17,5% de los pacientes con seguimiento. **Marsh 0:** seguimiento en 60: negativizan anticuerpos 22 (36,6%); se repite BI en 24, de los que 9 presentaba lesión compatible con EC (15%); de ellos 3 tenían AATG-IgA > 10 VLN al diagnóstico. **Marsh 1:** seguimiento en 54, negativizan anticuerpos 23 (42,5%); se repite BI en 20, de los que 11 presentaba lesión compatible con EC (20%); de ellos, 3 tenían AATG-IgA > 10 VLN al diagnóstico. El título de AATG-IgA ajustado por edad y sexo se asoció de forma independiente con la progresión a EC, con un incremento del riesgo del 1,4% por cada unidad de aumento del cociente AATG-IgA/ punto corte (HR 1,014; IC 95%: 1,003–1,026).

Conclusiones. En nuestra cohorte, al igual que en otros estudios publicados, la mayoría de los pacientes con ECP que continuaron con dieta con gluten no progresaron a enfermedad celíaca durante el seguimiento, lo que apoya una actitud expectante con monitorización clínica y serológica. El título de anticuerpos AAG-IgA al diagnóstico fue el único factor que se asoció de forma independiente con la progresión a enfermedad celíaca.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CELÍACA POTENCIAL EN LOS QUE SE RETIRA EL GLUTEN DE LA DIETA.

Barrio Torres J¹, Cilleruelo Pascual ML², García Romero R³, Blanco Rodríguez M⁴, Herrero Álvarez M³, Torres Peral R⁵, Ochoa Sangrador C⁶, Román Riechmann E². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid. ⁴Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁶Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Zamora. Zamora.

Objetivos. Evaluar en una cohorte de niños menores de 15 años con enfermedad celíaca potencial (ECP) en los que se inicia una dieta sin gluten (DSG) la respuesta a la retirada del gluten y como se ha realizado el seguimiento.

Material y métodos. Se realizó un estudio multicéntrico prospectivo en el que se incluyeron niños menores de 15 años diagnosticados de ECP, entre Julio 2018 y enero 2026. Se analizaron al diagnóstico datos demográficos, clínicos, serológicos, HLA y grado de lesión en biopsia intestinal (BI). El seguimiento por protocolo incluía control clínico y serológico cada 6 meses. A los 2 años si habían negativizado anticuerpos, en los Marsh 1 al diagnóstico: BI control curación y provocación y en los Marsh cero: prueba de provocación.

Resultados. En una cohorte de 157 ECP, se inició DSG en 27 (17,19%). El motivo de retirada del gluten fue la presencia de síntomas compatibles con EC en 20, decisión familiar en 7. La edad mediana al diagnóstico fue de 8,34 años (4,89–10,75), 22 (73,3%) eran mujeres. Presentaba síntomas digestivos el 70%, 5 pacientes estaban asintomáticos al diagnóstico. Se realizó el estudio por síntomas compatibles con EC en 79%, por cribado en 14% y por otros motivos en 7%. Presentaba título de AATG-IgA > 10 VLN el 27%, siendo la mediana de aumento del título de anticuerpos 4,33 (RIC 2,2–11,66). Presentaban HLA DQ2 positivo 89% y DQ8 un paciente 4%, DQ2/8 el 7%. En la BI presentaban lesión Marsh cero el 33% y Marsh 1 el 67%. Hay registrados datos de seguimiento en 24 pacientes. La mediana de seguimiento fue 16,87 meses (6,03–23,37). Los síntomas se resolvieron por completo en 10 pacientes y en 7 no se resolvieron. Se negativizaron anticuerpos en 10 niños en 12,43 meses (9,37–23,58). En 18 pacientes no se han negativizado anticuerpos (66,7%). Se realizó BI control de curación en 2 pacientes en 23,73 meses (23,33–24,13) con resultado de normalidad. A los 2 se les realizó provocación oral con gluten, presentando en la evolución lesión compatible con EC.

Conclusiones. A pesar de que en los ECP que inician DSG sería aconsejable realizar provocación oral con gluten, y que en nuestro estudio se indicó por protocolo, esto se ha realizado en una minoría de pacientes. Deberíamos ser cautos a la hora de asumir que los síntomas de estos pacientes están relacionados con la ingesta de gluten.

¿ES NECESARIA LA BIOPSIA DE CONTROL DURANTE EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD CELÍACA Y DÉFICIT DE IGA? Miranda Cid MC¹, Pérez Solís D², Vecino López R³, Cilleruelo Pascual M⁴, Torres Peral R⁵, Espín Jaime B⁶, Barrio Torres J⁷, Román Riechmann E⁴.
¹Servicio de Pediatría. Hospital Materno Infantil Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón, Asturias. ³Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁶Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁷Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos. Existen datos limitados sobre la dinámica de los anticuerpos de clase IgG y de los cambios histológicos a nivel duodenal en niños con enfermedad celíaca (EC) y déficit selectivo de IgA (DSIgA), tras meses de dieta sin gluten (DSG). Nuestro objetivo fue describir y analizar los hallazgos clínicos, serológicos e histológicos de los pacientes pediátricos con EC y DSIgA con biopsia de control (BC) durante el seguimiento.

Métodos. REPAC3-IgA es un registro multicéntrico de EC pediátrica con DSIgA confirmada por biopsia y con seguimiento prospectivo entre 2018 y 2025. Incluimos niños < 15 años con biopsia al diagnóstico y durante su seguimiento. La BC se recomendaba por protocolo pasados los 24 meses de DSG, dejándose a criterio del pediatra gastroenterólogo. Los datos clínicos, histológicos y serológicos (antitransglutaminasa tisular IgG [ATG-IgG] y antipeptidodesamidado de gliadina IgG [DGP-IgG]) se registraron prospectivamente en las visitas de seguimiento (12, 24 y 36 meses) y coincidiendo con la BC. La adherencia a la DSG se evaluó mediante el cuestionario de Biagi.

Resultados. Se incluyeron 13 pacientes (53,8% varones) de los 52 incluidos en el registro general, representando el 43% de los que tenían seguimiento ≥ 24 meses. Mediana de edad al diagnóstico de 4,6 años (RIC 3,2–8,9). Todos con biopsia al diagnóstico Marsh 3. Las BC se realizaron a los 30 meses (RIC 29–45) tras iniciar la DSG, momento en el que todos estaban asintomáticos. 7 pacientes mantenían ambos anticuerpos positivos, 4 tenían positivo al menos uno y 2 pacientes habían negativizado los dos. El 92.4% (12/13 pacientes) tenían una adherencia óptima a la DSG (puntuación Biagi 3–4). El paciente con Biagi 1 presentó Marsh 0 en la BC y ambos anticuerpos negativos. En las BC persistía atrofia vellositaria en 2 pacientes (16.7%), ambos con grado Marsh 3b y había recuperación de la mucosa en los 11 pacientes restantes (Marsh 1 en 4 pacientes y Marsh 0 en 7). Los anticuerpos ATG-IgG y de DGP-IgG de los pacientes con atrofia fueron: positivo para ATG-IgG en uno y ambos anticuerpos negativos en el otro. De los 11 con recuperación mucosa el 60% mantenía tTG-IgG positivos y el 12% los DGP-IgG. Con estos resultados el valor predictivo negativo de la serología respecto a la BC fue de un 75% (IC 95%: 19–99%).

Conclusiones. En nuestro estudio y considerando el pequeño tamaño muestral, ni la resolución de los síntomas, ni la tendencia descendente de los anticuerpos IgG específicos mostraron una correlación fiable para predecir la recuperación mucosa en pacientes con EC y DSIgA, una relación bien establecida en inmunocompetentes. Nuestros hallazgos dejan entrever que actualmente en la práctica clínica y sin otras herramientas validadas, la biopsia de seguimiento es la única forma de confirmar la curación mucosa en estos pacientes.

DE LA DIETA AL FÁRMACO: CRIBADO *IN SILICO* DE MIMÉTICOS DE LA INMUNOMODULACIÓN INDUCIDA POR LA DIETA SIN GLUTEN EN ENFERMEDAD CELÍACA PEDIÁTRICA. Martín Masot R^{1,2,3}, Álvarez Moya M⁴, Herrador López M¹, Navas López VM¹, Carmona FD^{5,6}, Zapata Martínez I², Nestares T^{3,4}, Bossini Castillo L^{5,6}. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ²Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. ³Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix Verdú" (INYTA), Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Granada. ⁴Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. ⁵Departamento de Genética e Instituto de Biotecnología, Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Granada. ⁶Reproducción Humana y Enfermedades Hereditarias y Complejas (IBS-TEC14). Terapias Avanzadas y Tecnologías Biomédicas. Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada (ibs.Granada). Granada.

Introducción y objetivos. La Enfermedad Celíaca (EC) es una patología sistémica inmunomediada desencadenada por la ingesta de gluten en individuos genéticamente susceptibles. En la EC, la dieta sin gluten (DSG) estricta es el único tratamiento disponible, sin fármacos que acompañen o mimeticen su efecto inmunomodulador en transgresiones puntuales o mantenidas. El objetivo fue identificar, mediante *datamining* de un análisis transcriptómico de célula única y estrategias de drug repurposing, compuestos capaces de reproducir las firmas de expresión génica inducidas por la DSG en subpoblaciones inmunes de niños con EC, como base para futuras estrategias terapéuticas.

Material y métodos. Se emplearon los genes diferencialmente expresados (DEG) pre y postDSG en subtipos celulares de PBMC de un estudio longitudinal de scRNAseq en cinco pacientes pediátricos con EC tras 9–10 meses de seguimiento estricto de DSG. Para cada subtipo celular se generaron firmas transcriptómicas postDSG y se introdujeron como "signatures" en L1000CDS², en modo "mimic", que compara listas de genes sobre/infraexpresados mediante un enfoque tipo "geneset", calculando un índice de solapamiento normalizado entre los genes regulados al alza/a la baja en nuestros datos y los regulados en el mismo sentido por cada fármaco, priorizando aquellos compuestos cuyas firmas reproducen más estrechamente el patrón inducido por la DSG. Se retuvieron fármacos presentes en ≥ 3 listas por subtipo y en ≥ 2 líneas celulares, se excluyeron antibióticos y fármacos contraindicados en enfermedades autoinmunes y se agruparon según vías de acción.

Resultados. Las firmas transcriptómicas postDSG sugerían un estado de baja proliferación y activación T, con reprogramación metabólica compatible con inhibición parcial de mTOR. En el cribado se identificaron inicialmente más de 50 compuestos capaces de mimetizar, en distinto grado, la firma inducida por la DSG en los diferentes subtipos de PBMC. A partir de este conjunto, se priorizaron los inhibidores de mTOR, especialmente temsirolimus/rapamicina, por varias razones: la vía mTOR se encuentra hiperactivada en la mucosa duodenal de pacientes con EC activa y contribuye al mantenimiento de la respuesta inflamatoria; en otras enfermedades autoinmunes, sirolimus ha mostrado eficacia clínica con efecto ahorrador de corticoides y buen perfil de seguridad; y en modelos murinos de EC, formulaciones dirigidas de rapamicina (p.ej., nanopartículas gliadinarapamicina) han demostrado inducir tolerancia específica al gluten y reducir de forma significativa la inflamación intestinal. En conjunto, estos datos, sumados a la señal consistente del análisis *in silico*, apoyan la priorización de temsirolimus/rapamicina frente a otros compuestos identificados.

Conclusiones. La DSG induce un programa transcriptómico sistémico de "inmunomodulación controlada" en células inmunes, con reprogramación compatible con inhibición parcial de mTOR, más allá de la simple retirada del antígeno. Moduladores de mTOR (incluida rapamicina) emergen como candidatos preferentes para explorar estrategias farmacológicas que acompañen o mimeticen el efecto inmunomodulador de la DSG en la EC.

EVALUACIÓN DE RESPUESTAS INFORMATIVAS SOBRE CELIAQUÍA PEDIÁTRICA. Luengo Mangas A¹, Montes Araujo P¹, Silva Caparrós N¹, Pérez Vereda M¹, Muñoz Alonso A¹, Almagro Villar F¹, Reyes Andrade J², Rodríguez Martínez A¹. ¹Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Se pretende evaluar de forma preliminar la calidad de las respuestas a preguntas frecuentes sobre enfermedad celíaca generadas por inteligencia artificial en comparación con respuestas elaboradas por profesionales sanitarios, así como analizar la capacidad de los evaluadores para identificar la autoría de dichas respuestas y su concordancia con las guías clínicas actuales.

Material y métodos. Se trata de un estudio descriptivo transversal multicéntrico, actualmente en fase de recogida de datos, en el que se compararon respuestas generadas por inteligencia artificial y por profesionales sanitarios a 15 preguntas frecuentes sobre enfermedad celíaca. Las respuestas fueron evaluadas mediante dos formularios, por gastroenterólogos pediátricos, pediatras de atención primaria y dietistas de distintos centros a nivel nacional. Cada respuesta se valoró en términos de exactitud clínica, fiabilidad, comprensibilidad y capacidad resolutive mediante una escala ordinal, así como la percepción de autoría. En el caso de los profesionales sanitarios, se evaluó además la concordancia con las guías clínicas. El análisis fue descriptivo, utilizando medias, medianas y porcentajes. Estos resultados corresponden a un análisis preliminar, previo a la ampliación muestral e inclusión de pacientes y familiares.

Resultados. Se analizaron preliminarmente 406 evaluaciones. Globalmente, las puntuaciones fueron similares entre las respuestas generadas por inteligencia artificial y por especialistas. En exactitud clínica, la media fue de 4,22 para inteligencia artificial y de 4,26 para especialistas, con medianas de 4 en ambos casos. Resultados equiparables se observaron en fiabilidad, comprensibilidad y capacidad resolutive, con medianas de 4 en todas las dimensiones. Al analizar por tipo de profesional, las puntuaciones se mantuvieron elevadas, observándose diferencias discretas, con valores algo inferiores en comprensibilidad y capacidad resolutive entre pediatras de atención primaria y dietistas. La capacidad para identificar adecuadamente la autoría de las respuestas fue limitada, con un acierto global del 58,9%, sin diferencias relevantes entre respuestas de inteligencia artificial y de especialistas. Por grupos profesionales, los dietistas mostraron un mayor porcentaje de acierto. En cuanto a la concordancia con las guías clínicas, la concordancia total o parcial fue elevada tanto en las respuestas generadas por inteligencia artificial como en las elaboradas por especialistas, superando el 99% en ambos casos, aunque con cierta variabilidad entre grupos profesionales.

Conclusiones. Estos resultados preliminares muestran que las respuestas generadas por inteligencia artificial presentan una calidad globalmente similar a las elaboradas por especialistas en enfermedad celíaca, con puntuaciones altas en todos los items. La identificación de la autoría resulta compleja para los evaluadores, lo que sugiere una elevada similitud percibida entre ambos tipos de respuesta. La concordancia con las guías clínicas es elevada, si bien se observan diferencias entre grupos profesionales. La ampliación de la muestra y la inclusión de pacientes y familias permitirá confirmar y ampliar estos hallazgos en fases posteriores del estudio.

UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA INTERPRETACIÓN VISUAL DE ETIQUETAS ALIMENTARIAS PARA PACIENTES CELÍACOS. Pérez Solís D¹, De la Iglesia Rivaya A¹, González Benavides A², González-Lamuño Sanchís C², García Mozo R¹, Ayuso Portaluppi M³, Molinos Norniella C¹. ¹Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ²Hospital Universitario de San Agustín. Avilés, Asturias. ³Asociación Celíaca Principado de Asturias.

Objetivos. Evaluar la capacidad de distintos modelos de lenguaje multimodales (MLLM) para clasificar alimentos envasados como aptos o no aptos para una dieta sin gluten, basándose exclusivamente en fotografías de los envases.

Material y métodos. Estudio observacional de validación diagnóstica. Se seleccionaron 212 productos alimentarios comerciales mediante muestreo estratificado por nivel de dificultad. Se calificaron como difíciles 48 alimentos (22,6%). Para cada producto se obtuvo una fotografía del etiquetado y otra frontal del envase. Las fotografías se realizaron con teléfonos móviles en puntos de venta públicos. Cada alimento fue clasificado como apto o no apto para dieta sin gluten de manera independiente por dos expertos (101 aptos, 111 no aptos). Se evaluaron cuatro MLLM: GPT-5.2, Gemini 2.5 Flash, Mistral Small 3.2 y Qwen3-VL-Flash. Se emplearon las interfaces de programación de aplicaciones oficiales, con un *prompt* estandarizado y salida en formato JSON solicitando la clasificación final, los motivos de su decisión y su nivel de confianza. Se ajustó la temperatura de los modelos a 0 para facilitar la consistencia en las respuestas. Cada alimento fue evaluado 5 veces por cada MLLM y la clasificación final se determinó por voto mayoritario. Se calcularon sensibilidad, especificidad y precisión global. La concordancia entre modelos se evaluó mediante la prueba Q de Cochran.

Resultados. Los cuatro modelos alcanzaron una precisión global superior al 90%. GPT-5.2 obtuvo la mayor precisión (93,9%, intervalo de confianza para el 95% [IC95]: 89,7–96,7%), seguido de Mistral (92,9%, IC95: 88,6–96,0%), Gemini (92,5%, IC95: 88,0–95,6%) y Qwen (90,1%, IC95: 85,3–93,8%). La sensibilidad osciló entre el 85,6% (Qwen) y el 91,0% (Gemini), mientras que la especificidad varió entre el 94,1% (Gemini) y el 100% (GPT-5.2). No se encontraron diferencias significativas en la proporción global de aciertos entre modelos ($p = 0,179$). La consistencia interna fue muy alta, con un 94,8–99,1% de alimentos con respuestas coincidentes en las 5 repeticiones. La confianza mostrada por los MLLM fue significativamente superior en los aciertos que en los fallos. En alimentos difíciles, la precisión descendió en todos los modelos, siendo Gemini el más preciso (81,2%, IC95: 68,1–89,8%), seguido de GPT-5.2, Mistral y Qwen (todos 77,1%, IC95: 63,5–86,7%). Los errores fueron mayoritariamente falsos negativos (81,6%), varios por no valorar el riesgo de contaminación cruzada en alimentos con especias o aromas no especificados.

Conclusiones. Los MLLM evaluados mostraron un rendimiento global elevado y consistente para clasificar alimentos según su aptitud para una dieta sin gluten a partir de fotografías. No obstante, persisten errores clínicamente relevantes, especialmente en alimentos con etiquetado complejo, lo que desaconseja su uso en el momento actual. Existe margen de mejora a través de *prompts* más detallados y del uso de MLLM más potentes o técnicas como la *Retrieval Augmented Generation* (RAG) o Generación Aumentada por Recuperación.

RECUPERACIÓN CELULAR Y CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL DURANTE 18 MESES DE DIETA SIN GLUTEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD CELÍACA. Martín Masot R^{1,2,3}, Jiménez Muñoz M⁴, Torcuato Rubio E², Herrador López M², De la Flor Alemany M⁵, Bossini Castillo L⁶, Nestares T^{3,7}, Navas López VM². ¹Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. ²Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ³Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix Verdú" (INYTA), Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Granada. ⁴Unidad de Pediatría. Hospital de la Serranía. Ronda, Málaga. ⁵Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Ciencias de la Salud de Melilla. ⁶Departamento de Genética e Instituto de Biotecnología, Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Granada. ⁷Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada.

Introducción. La enfermedad celíaca (EC) en la edad pediátrica se asocia con frecuencia a alteraciones en la composición corporal y en el estado nutricional que no siempre se reflejan adecuadamente en los parámetros antropométricos clásicos. La dieta sin gluten (DSG) constituye el único tratamiento disponible y, aunque favorece la recuperación clínica en pocas semanas, su impacto durante el seguimiento continúa siendo objeto de estudio, habiéndose descrito desequilibrios nutricionales tanto por exceso como por defecto. El objetivo de este estudio fue evaluar la evolución de la composición corporal y de los parámetros derivados del análisis de bioimpedancia vectorial en niños con EC tras el inicio de una DSG, analizando los cambios en el medio largo-plazo.

Material y métodos. Estudio longitudinal prospectivo que incluyó a 40 niños con diagnóstico reciente de EC. Los pacientes fueron evaluados al diagnóstico y tras 12 y 18 meses del inicio de la DSG. Se recogieron variables antropométricas y se analizó la composición corporal e integridad celular mediante bioimpedancia eléctrica vectorial (BIVA), registrando masa grasa (FM), masa libre de grasa (FFM), masa celular corporal (BCM), ángulo de fase (PhA) y relación Na^+/K^+ . Se evaluó la adherencia a la DSG, la ingesta dietética mediante registro de consumo de alimentos de 3 días, y la actividad física mediante el cuestionario IPAQ. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados. Tras 12 meses de DSG se observó un incremento significativo de la FM ($p = 0,001$), FFM ($p = 0,0001$) y BCM ($p = 0,0001$), junto con una disminución significativa de la relación Na^+/K^+ ($p = 0,048$). Entre los 12 y 18 meses, la FM se mantuvo estable, mientras que la FFM ($p = 0,0001$) y el BCM ($p = 0,0001$) continuaron aumentando significativamente. La relación Na^+/K^+ no mostró cambios adicionales más allá de los 12 meses ($p = 0,808$). El PhA mostró una tendencia a la mejoría durante el primer año sin alcanzar significación estadística. No se observaron cambios significativos en el resto de variables analizadas.

Conclusiones. En niños con EC, la DSG se asocia a una recuperación temprana del estado celular durante el primer año, reflejada por la mejoría en la relación Na^+/K^+ y el incremento del BCM. Más allá de los 12 meses, los parámetros celulares se estabilizan, mientras que la masa magra continúa aumentando, lo que sugiere una consolidación progresiva de la recuperación nutricional. Estos hallazgos apoyan el uso de la BIVA como una herramienta útil para el seguimiento longitudinal de la composición corporal y del estado celular en la población pediátrica con EC.

VALOR DE LA PREALBÚMINA Y LA ALBÚMINA EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Fernández Filgueira M¹, Viaño Nogueira P², Sánchez-Fernández Bravo C², Otero Pérez L³, Álvarez Díaz M³, García González M⁴, De Lucas Collantes C², Aparicio López C². ¹Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ⁴Centro de Salud Marín. Marín, Pontevedra.

Objetivos. Evaluar la utilidad de los biomarcadores tradicionales (prealbúmina y albúmina) en la evaluación nutricional de pacientes pediátricos hospitalizados por trastornos de conducta alimentaria durante el ingreso y el seguimiento post-alta.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional longitudinal analítico con 3 evaluaciones secuenciales: al ingreso, al alta y a los 6 meses del alta. Estudio desarrollado en un hospital de tercer nivel en un periodo de 12 meses. Criterios de inclusión: pacientes menores de 18 años ingresados por alguno de los siguientes diagnósticos de TCA incluidos en el DSM-5. Las mediciones antropométricas y analíticas se realizaron al ingreso, al alta y a los 6 meses post-alta. Las alteraciones analíticas se definieron en base a los intervalos de referencia del laboratorio.

Resultados. El tamaño muestral fue de 154 pacientes (90,3% sexo femenino), con mediana al ingreso de 14,7 años. El 85,1% diagnosticadas de anorexia nerviosa. La duración media de la hospitalización fue 32 días (DE = 13 días). Al ingreso ningún paciente presentaba una albuminemia por debajo de límite inferior de referencia. Se evaluó la correlación con el tiempo de evolución del TCA, presentando una correlación negativa estadísticamente significativa ($r = -0,20$, $p = 0,01$). En cuanto a la prealbuminemia un 11,5% ($n = 16$) presentó una concentración sérica al ingreso por debajo del límite inferior, y se objetivó un patrón con una correlación positiva con el tiempo de evolución del TCA ($r = 0,16$, $p = 0,04$). Se evaluó la posible influencia de la edad en ambos marcadores: se asoció de forma negativa con la albuminemia al alta ($r = -0,20$, $p = 0,03$) y a los 6 meses ($r = -0,25$, $p = 0,03$), mientras que con la albuminemia al ingreso no fue significativa ($p = 0,1$). La edad se asoció de forma positiva con la prealbuminemia al ingreso ($r = 0,20$, $p = 0,02$) y al alta ($r = 0,33$, $p = 0,001$), mientras que a los 6 meses no fue significativa ($p = 0,45$). No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos al correlacionar el IMC y el peso (expresados como Z-score) con la prealbuminemia y con la albuminemia en ninguno de los tres tiempos de estudio. Tampoco al correlacionar la diferencia entre el peso máximo conocido y el peso al ingreso con la prealbuminemia ($p = 0,19$) y con la albuminemia ($p = 0,92$) al ingreso.

Conclusiones. En este estudio no se ha encontrado relación alguna que apoye la medición de las concentraciones séricas de prealbúmina y albúmina en la valoración nutricional durante el tratamiento del trastorno de conducta alimentaria de base. La discordancia de esta cohorte respecto a muestras de pacientes adultos hospitalizados por TCA podría residir en la edad exclusivamente pediátrica de esta muestra. De acuerdo con estos resultados, ni la prealbúmina ni la albúmina han demostrado utilidad como marcadores de desnutrición o de riesgo nutricional en niños y adolescentes hospitalizados por un TCA.

**VALORACIÓN NUTRICIONAL DE PACIENTES INTERVENIDOS DE COMUNICACIÓN INTERVEN-
TRICULAR.** Pérez Vereda M, Silva Caparrós N, Montes Araujo P, Luengo Mangas A, Valverde Fernández
J, Rodríguez Martínez A. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital
Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción. La comunicación interventricular (CIV) es una de las cardiopatías congénitas más frecuentes, suponiendo su manejo nutricional un desafío al involucrar múltiples factores. El objetivo es el estudio descriptivo de la situación nutricional de lactantes con CIV antes y después de la cirugía correctora, analizando factores asociados y estrategias utilizadas.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y analítico retrospectivo de lactantes menores de 18 meses intervenidos entre los años 2020 y 2024 de CIV en un hospital de tercer nivel, siendo excluidos aquellos que precisen simultáneamente corrección de otra cardiopatía.

Resultados. Se incluyeron 38 pacientes, siendo la edad media de cirugía de 7 meses. Al nacimiento, el 7,9% presentó peso y talla inferior al percentil 5, aumentando esta cifra hasta el 57,9% y 50% respectivamente al momento de la intervención. Tras esta, las medias del Z-score de peso mostraron una mejora progresiva y estadísticamente significativa en todas las mediciones, especialmente a los 12 meses ($p < 0,001$). Esta recuperación fue menos llamativa para la talla, aunque el 17,2% consiguió ya una mejora (aumento de 1DE del Z-score) a los 2 meses. La media de relación CIV/aorta fue 0,78, el 44,7% asociaba un cuadro sindrómico y el 76,3% cursó con insuficiencia cardíaca, siendo esta última el factor más relacionado con el riesgo de desnutrición al momento de la intervención, con Z-scores de peso significativamente más bajos a los 2 meses de vida ($p = 0,010$), manteniendo esta tendencia a los 4 y 6 meses ($p = 0,054$). Sin embargo, también se observó una mejora significativa a los 2 y 12-15 meses postintervención ($p = 0,049$), lo que sugiere que, pese a un peor estado nutricional, mejoran tras la cirugía. No se observaron diferencias significativas en la evolución del peso entre pacientes con o sin síndrome asociado en ningún momento del seguimiento. El 90% recibió fórmula hipercalórica: 26,9% desde el ingreso en neonatología al nacimiento, 57,7% en la primera consulta de nutrición y un 15,4% posteriormente. El momento de inicio no se asoció significativamente con el estado nutricional al momento de la intervención cuando se analizó el Z-score de peso o IMC. Sin embargo, la talla baja (< -2 DE) fue más frecuente en quienes iniciaron fórmula hipercalórica en nutrición frente a quienes ya la usaban en neonatología (46,7% vs. 0%, $p = 0,029$). El 63,3% precisó sonda nasogástrica antes de la intervención, retirándola al alta ya en el 68,4% de estos.

Conclusión. La insuficiencia cardíaca fue el factor de mayor riesgo de desnutrición preoperatoria. La condición sindrómica no influyó en la evolución nutricional. La cirugía se asoció con recuperación ponderal clara, con mejoría más discreta en talla. El inicio neonatal de fórmula hipercalórica se relacionó con mejores resultados en talla.

FACTORES DE RIESGO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON DÉFICIT DE VITAMINA C: REVISIÓN DE CASOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA. Pérez Requena N¹, Constantinidis A¹, de los Santos M¹, Meavilla Olivas S¹, Minguez Rodríguez B¹, Sanjurjo I², Artuch R³, Martín de Carpi J¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición; ²Servicio de Pediatría; ³Servicio de Laboratorio de Bioquímica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción y objetivos. La vitamina C o ácido ascórbico es un micronutriente esencial que actúa como cofactor en la síntesis de colágeno, la cicatrización, la absorción de hierro y la función inmune. A pesar de ser una condición prevenible, su déficit continúa siendo infradiagnosticado en pediatría debido a su presentación clínica heterogénea. Recientemente, el escorbuto ha resurgido en países desarrollados, principalmente asociado a dietas restrictivas, trastornos del neurodesarrollo y enfermedades crónicas. El objetivo del estudio fue describir los factores de riesgo y las manifestaciones clínicas asociadas al déficit grave de vitamina C en pacientes pediátricos evaluados en un hospital terciario durante el año 2025.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de una serie pediátrica evaluada en un hospital terciario durante el año 2025. Se incluyeron pacientes con criterios bioquímicos de deficiencia grave de vitamina C definida por niveles plasmáticos < 11 μmol/L (valores de referencia: 36–77 μmol/L), obtenidos mediante técnicas estandarizadas para evitar la degradación del ácido ascórbico. Controles solicitados principalmente desde urgencias, psiquiatría, neurología, y pediatría. Se analizaron variables demográficas, nutricionales y clínicas. Se excluyeron pacientes oncológicos y aquellos con procesamiento inadecuado de la muestra.

Resultados. Se identificaron 24 pacientes, 67% mujeres, con déficit grave de vitamina C (media de $4,83 \pm 3,21$ μmol/L) y edad media de 11 años. El principal factor de riesgo fue la selectividad alimentaria: 91% presentaban ingesta nula o insuficiente de frutas y verduras. El 29,2% presentó desnutrición moderada-grave. Los grupos más afectados fueron pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA, 33,4%) y Trastorno del Espectro Autista (TEA, 29,2%). La mayoría de los pacientes se encontraba asintomáticos (87.5%). Se diagnosticaron dos casos (8%) de escorbuto en pacientes con TEA, quienes presentaron dolor musculoesquelético, alteraciones hematológicas (anemia y leucopenia) y hallazgos radiológicos característicos en extremidades inferiores como la línea de Fraenkel (bandas densas en la metáfisis) y la zona de detención del crecimiento de Trümmerfeld. En uno de los casos, fue necesario realizar aspirado de médula ósea, que resultó normal. Se indicó suplemento oral con vitamina C (200–250 mg/día) y soporte nutricional por sonda nasogástrica, logrando normalización bioquímica y mejoría clínica entre los 7 y 14 días. El 45% presentaron otros déficits nutricionales asociados.

Conclusiones. En nuestra serie, el déficit de vitamina C se presentó principalmente en pacientes con dietas restrictivas o trastornos del neurodesarrollo, independientemente del estado nutricional. La presencia de síntomas musculoesqueléticos en estos grupos de riesgo debe alertar sobre la posibilidad de escorbuto. La suplementación oral de vitamina C a dosis 200–250 mg/día, junto con el soporte nutricional, permitió la remisión de síntomas y normalización de los niveles plasmáticos. La detección precoz es clave para evitar procedimientos invasivos innecesarios, reducir la estancia hospitalaria y la progresión a formas clínicas graves de escorbuto.

EFFECTO DE LA REHABILITACIÓN OROMOTORA CON ESTIMULACIÓN ELÉCTRICA NEUROMUSCULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA. Cifuentes Espigares A, Ejarque Marín V, Marroquín Cordón MJ, García Ezquerro R, Ruiz Hernández C, Montells Fuster S, Martín de Carpi J. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona*.

Objetivos. La estimulación eléctrica neuromuscular (NEMS) es una técnica de rehabilitación no invasiva que aplica corriente eléctrica sobre la musculatura implicada en la deglución con el objetivo de facilitar la activación neuromuscular y mejorar el control motor. El presente estudio analiza si su uso en la disfagia orofaríngea (DOF) pediátrica se asocia a cambios funcionales, de seguridad y de gravedad de la deglución, mediante comparación videofluoroscópica pre y post tratamiento.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal pre-post mediante revisión de historias clínicas (abril 2024–mayo 2025) en niños con DOF tratados con NEMS y evaluación videofluoroscópica pre y post tratamiento. Los parámetros de intensidad NEMS utilizados fueron heterogéneos, debido al reducido tamaño muestral y variabilidad en edad y patología de base. Se analizaron variables funcionales, de seguridad y de gravedad de la deglución, incluyendo la Functional Oral Intake Scale (FOIS), Penetration-Aspiration Scale (PAS), la escala de gravedad de la disfagia Waxman y Bolus Residue Scale (BRS). Asimismo, se evaluó la seguridad de la deglución según los niveles de consistencia de la International Dysphagia Diet Standardisation Initiative (IDDSI). Las comparaciones pre y post tratamiento se realizaron mediante pruebas no paramétricas para muestras relacionadas: Wilcoxon para las variables ordinales y McNemar exacta para las variables dicotómicas pareadas.

Resultados. Se incluyeron 13 pacientes, con mediana de edad 6 años (rango 1–16 años). La mediana de sesiones fue 13 (rango 9–23). Tras el tratamiento, se observó una mejoría funcional significativa de la ingesta oral, con aumento de la puntuación en FOIS. La mediana pasó de 2 a 5 ($p = 0,003$), con mejoría ≥ 1 nivel en 11/13 pacientes y sin observar empeoramientos. En los pacientes con datos completos para la escala Waxman, se evidenció una reducción significativa de la gravedad, disminuyendo la mediana de puntuación de 5 a 3 ($p = 0,016$). La evaluación de la seguridad de la deglución mostró una disminución de la mediana de puntuación de la escala PAS de 8 a 5 ($p = 0,498$), indicando una tendencia clínica a la mejora. El análisis por niveles de consistencia mostró una mejora significativa de la seguridad para IDDSI 3 ($p = 0,016$). No se observaron cambios significativos en la escala BRS ($p = 0,298$), aunque se identificaron mejoras individuales.

Conclusiones. En niños con DOF, la rehabilitación oromotora mediante NEMS se asoció a una mejora funcional significativa de la ingesta oral, una reducción de la gravedad y una mejora de la seguridad para determinadas consistencias, evaluadas mediante videofluoroscopia. Dada la naturaleza retrospectiva y el tamaño muestral, se requieren estudios prospectivos con mayor potencia y estandarización de parámetros para confirmar estos hallazgos, aun así, los resultados muestran una mejora pre-post consistente tras la intervención, aplicada con una frecuencia de tres sesiones semanales y una mediana de trece sesiones totales.

CONSENSO DELPHI SOBRE RECOMENDACIONES PARA LA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL. Galera Martínez R¹, Martínez Costa C², Rivero de la Rosa MC³, Arriola Pereda G⁴, García Ron A⁵, Aguilera Albasa S⁶. ¹Hospital Materno-Infantil Princesa Leonor. Almería. ²Hospital Clínico Universitario. Valencia. ³Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla. ⁴Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara. ⁵Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁶Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Objetivos. Los pacientes con parálisis cerebral (PC) tienen mayor riesgo de sufrir desnutrición debido a comorbilidades y dificultades alimentarias, especialmente aquellos con mayor grado de deterioro motor. En la actualidad existen algunas controversias sobre la mejor manera de evaluar y abordar estas dificultades. El objetivo de este estudio fue desarrollar recomendaciones basadas en la evidencia y elaboradas por expertos para orientar el uso del tratamiento nutricional en pacientes con PC.

Material y métodos. Se constituyó un comité científico compuesto por 3 neurólogos pediátricos y 3 gastroenterólogos pediátricos que realizó una revisión de la literatura científica y cumplimentó tablas de evidencia para los estudios seleccionados. El comité formuló afirmaciones y preguntas, que se evaluaron mediante un método de dos rondas por un panel de expertos. Se invitó a participar en dicho panel a cuarenta especialistas de las mismas disciplinas que el comité, pertenecientes a distintos centros sanitarios del territorio nacional. Los participantes calificaron cada afirmación en una escala Likert de 5 puntos, desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Los resultados del Delphi sirvieron de base para la elaboración de las recomendaciones finales.

Resultados. La revisión bibliográfica reveló falta de evidencia en algunas áreas temáticas, lo cual resalta la necesidad de un consenso de expertos. Se formularon 42 afirmaciones y 5 preguntas agrupadas en 6 temas: diagnóstico y aspectos funcionales, evaluación del estado nutricional, manejo y consideraciones nutricionales en relación con las comorbilidades principales, tratamiento nutricional, atención multidisciplinar y calidad de vida. Un total de 34 expertos participaron como panelistas: el 88% ejercía en hospitales públicos, el 24% trabajaba en clínicas especializadas en PC y el 91% tenía ≥ 11 años de experiencia profesional. Se alcanzó consenso en el 86% (36/42) de afirmaciones en la primera ronda. Las afirmaciones que no alcanzaron consenso se referían al área de evaluación del estado nutricional. Estas se modificaron y fueron reevaluadas en la segunda ronda. Finalmente, se alcanzó consenso en el 95% (40/42) de las afirmaciones. Se formularon recomendaciones que abarcaron las seis áreas temáticas.

Conclusiones. Proponemos recomendaciones que cubren carencias importantes en la valoración y manejo nutricional de los pacientes con PC, con el objetivo de mejorar la atención integral de estos pacientes, reforzar su evaluación y optimizar el uso del tratamiento nutricional en la práctica clínica habitual.

ESTUDIO SOBRE DÉFICITS NUTRICIONALES EN NIÑOS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA) EN UN HOSPITAL TERCIARIO. Algar Fernández MC, Moreno Novillo MR, López Sánchez B, Crespo Madrid N, García Campos Ó, Calzada García-Mora C, Germán Angulo P, Díaz Sánchez EM. *Hospital Universitario de Toledo. Toledo.*

Introducción. Los problemas de alimentación son frecuentes en pacientes autistas, debido a su hipersensibilidad sensorial, que condiciona el rechazo de alimentos debido a su textura, presentación, temperatura, color u olor, predisponiendo así a déficits nutricionales.

Objetivo. analizar la prevalencia de déficits nutricionales en niños de 0–14 años con trastorno del espectro autista (TEA) en un hospital terciario; así como evaluar factores de riesgo asociados, patrón alimentario y comportamiento durante las comidas.

Métodos. Estudio descriptivo prospectivo en la Unidad de Neurología y Nutrición Pediátrica, incluyendo pacientes de 0 a 14 años con diagnóstico previo de TEA, a los que se solicitó analítica nutricional entre noviembre de 2024 y noviembre de 2025. Se excluyeron pacientes con consumo de suplementos nutricionales, pica, celiaquía, enfermedad de Crohn, trastornos alimentarios funcionales y enfermedades metabólicas. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, analíticas, dietéticas y conductuales. El comportamiento durante las comidas se evaluó mediante las escalas BAMBI y BAMBIC.

Resultados. Se incluyeron 70 pacientes. La media de edad fue 6.17 años (DE 2,91), mediana de 5,5 años. El 77% eran varones y el 23% mujeres. El 62,8% procedía de consultas de Nutrición y el 37,2% de consultas de Neurología. El 20% de los pacientes presentaban un TEA leve, la mayoría (71,4%) fueron clasificados como autismo moderado y el 8,6% restante como autismo grave. El IMC medio correspondió a un percentil 55. La mayoría de los niños (61,4%) presentó un estado nutricional dentro de la normalidad (p10–p90). La puntuación total media en la escala BAMBI fue de 45,16 puntos (DE 10,7). El dominio de variedad limitada presentó las puntuaciones más elevadas (media 23,25; DE 5,93), indicando una marcada restricción en la variedad de alimentos aceptados y una fuerte resistencia a incorporar comidas nuevas. Los déficits nutricionales más prevalentes fueron los de vitamina D (45,3%), ferropenia (29,1%), vitamina C (20,8%) y disminución en el valor de prealbúmina (15,4%). Los déficits de cobre (5,8%), zinc (3,8%), vitamina B12 (5,5%) y ácido fólico (5,5%) fueron poco frecuentes. No se detectaron déficits de vitaminas A, E, B6 ni carnitina. Los niños con déficit de vitamina C presentaron un consumo significativamente menor de frutas en comparación con aquellos con niveles normales ($p < 0.05$). No se observó asociación estadísticamente significativa entre las puntuaciones totales de la escala BAMBI y la gravedad del TEA.

Conclusiones:

- Los niños autistas presentan elevada prevalencia de déficits nutricionales (vitamina D, ferropenia, vitamina C), incluso presentando IMC dentro de la normalidad.
- Existe asociación significativa entre el déficit de vitamina C y un bajo consumo de frutas en dichos pacientes.
- Existen dificultades conductuales durante las comidas en niños TEA, destacando una variedad limitada de alimentos aceptados.

¿PODEMOS PREDECIR EL DESTETE DE NUTRICIÓN PARENTERAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO CORTO? Gómez-Anca S¹, Velasco Molina V², Artero-López J¹, Allende Chaves M¹, Petersen Pareja C¹, González-Sacristán R¹, Alcolea Sánchez A¹, Ramos Boluda E¹. ¹Unidad de Rehabilitación Intestinal, Servicio de Gastroenterología Pediátrica; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Los niños con síndrome de intestino corto(SIC) requieren con frecuencia nutrición parenteral(NP), y la predicción de evolución hacia la autonomía digestiva continúa siendo un desafío clínico relevante. En este contexto, nuestro objetivo fue desarrollar un modelo de aprendizaje automático capaz de estimar la probabilidad de destete completo de NP a los 6, 12, 24 y 48 meses.

Materiales y métodos. Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico de pacientes pediátricos ≤ 18 años con SIC que iniciaron NP entre 2017 y 2025 en un hospital terciario. Se recopilaban variables demográficas, anatómicas y clínicas, definiéndose cuatro desenlaces binarios correspondientes al destete completo de NP a los 6, 12, 24 y 48 meses. A partir de estas variables, se construyó un modelo predictivo supervisado para estimar la probabilidad de destete en cada horizonte temporal. Se empleó regresión logística penalizada (regularización L2) y los valores faltantes se imputaron mediante mediana para variables continuas y moda para variables categóricas. El rendimiento del modelo se evaluó mediante validación cruzada (5-fold cross-validation), calculándose el área bajo la curva ROC (AUC), así como sensibilidad, especificidad y exactitud (accuracy). La interpretabilidad se analizó mediante SHAP (SHapley Additive exPlanations).

Resultados. Se incluyen 94 pacientes (55,3% varones) con una media de edad 5,91 años (DE 3,75) e inicio de NP a los 0,67 años (DE 2,15). Precisaron este soporte nutricional durante 21,1 meses (DE 28,38) de media, siendo las causas más frecuentes de SIC la enterocolitis necrotizante (28,7%), seguido de gastrosquisis (20,2%), vólvulo (18%) y atresia o poliatresia intestinal(17%). La media de longitud de Intestino Delgado Remanente (IDR) fue de 70,9 cm (DE 52,42 cm), preservando un 36,2% (34/94) la Válvula Ileocecal (VIC) y un 85,1% (80/94) el Colon en Continuidad (CC). Un 34% (32/94) recibían tratamiento con análogos de GLP2 con una duración media de 3,46 años (DE 2,23). El modelo mostró buen rendimiento discriminativo en todos los horizontes temporales. A los 6 meses (19,1% eventos), el AUC fue de $0,865 \pm 0,085$, sensibilidad de 1,00 y especificidad de 0,764. El mejor desempeño se observó a los 12 meses (AUC $0,938 \pm 0,048$), alcanzando sensibilidad de 0,967 y especificidad de 0,895. A los 24 y 48 meses, el rendimiento se mantuvo adecuado (AUC $0,816 \pm 0,097$ y $0,824 \pm 0,104$, respectivamente), con valores equilibrados de sensibilidad y especificidad. El análisis de interpretabilidad mediante SHAP identificó de forma consistente la longitud de IDR como principal determinante del destete en todos los modelos. La presencia del CC mostró un efecto relevante en los horizontes precoces, mientras que la VIC y el número de sepsis relacionadas con catéter adquirieron mayor peso en los modelos a largo plazo.

Conclusiones:

- El modelo de aprendizaje automático mostró buena capacidad para predecir el destete de NP en pacientes con SIC.
- La longitud de IDR fue el principal determinante asociado a la obtención de autonomía digestiva.

PAPEL DEL D-LACTATO SÉRICO EN LA EVALUACIÓN DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO EN PACIENTES DEPENDIENTES DE NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA.

Bueno Suárez C¹, Vijayaraghavan V², Williams G², Al-Araji R², Hill S², Koeglmeier J², Núñez Ramos R¹, Germán Díaz M¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Great Ormond Street Hospital. London, United Kingdom.

Introducción. El sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) es una complicación frecuente y clínicamente relevante en pacientes con fallo intestinal, especialmente en aquellos dependientes de nutrición parenteral domiciliaria (NPD). El D-lactato es un producto de la fermentación bacteriana intestinal. Sin embargo, el valor del D-lactato como biomarcador rutinario de SIBO, así como su capacidad para orientar decisiones terapéuticas, no está claramente establecido.

Objetivo. Evaluar la utilidad de los niveles séricos de D-lactato como biomarcador de SIBO en pacientes en NPD y analizar su relación con la decisión clínica de iniciar tratamiento dirigido frente a SIBO.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo en pacientes pediátricos del programa de nutrición parenteral domiciliaria (2020–2025) con al menos una determinación de D-lactato. Se recogieron datos demográficos, etiología del fracaso intestinal, longitud intestinal residual, presencia de válvula ileocecal, diagnóstico de SIBO y tratamiento antibiótico. El D-lactato se analizó como variable continua y se consideró elevado cuando fue > 20 mg/dl.

Resultados. Se analizaron 180 determinaciones de D-lactato correspondientes a 73 pacientes, con una mediana de edad de 9,79 años (RIC 5,87–14,34). La indicación más frecuente de nutrición parenteral domiciliaria fue el síndrome de intestino corto. La mediana global de D-lactato fue de 37 $\mu\text{mol/L}$ (RIC < 10–321), con valores elevados en el 52,8% de las determinaciones. Se observaron diferencias significativas en los niveles de D-lactato según la etiología del fracaso intestinal (Kruskal-Wallis, $\chi^2(6) = 70,6$; $p = 0,00$), presentando el síndrome de intestino corto los valores más elevados (mediana 136; RIC 24–544). No se detectaron diferencias significativas según la presencia de válvula ileocecal. La longitud intestinal residual se asoció inversamente con los niveles de D-lactato (Spearman $\rho = -0,38$; $p = 0,00$). Los valores de D-lactato fueron significativamente más altos en pacientes con síntomas neurológicos (468 frente a 18 $\mu\text{mol/L}$; $p = 0,00$) y en aquellos con diagnóstico clínico de acidosis D-láctica (286,5 frente a 5; $p = 0,00$). El análisis ROC identificó un punto de corte óptimo en torno a 26–27 $\mu\text{mol/L}$ para discriminar ambas entidades. Aunque el tratamiento antibiótico se indicó fundamentalmente en función de la clínica, los pacientes tratados presentaron con mayor frecuencia niveles elevados de D-lactato en comparación con los no tratados (57,4% frente a 34,5%; $p = 0,014$); sin embargo, en el análisis longitudinal no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el descenso posterior del D-lactato entre pacientes con y sin antibiótico previo ($\beta = 262,4$; $p = 0,245$).

Conclusiones. Aunque el D-lactato por sí solo tiene valor limitado para indicar tratamiento antibiótico, niveles elevados pueden reforzar la decisión clínica de iniciar antibioterapia frente al SIBO, subrayando la necesidad de estudios prospectivos que definan su impacto en la toma de decisiones clínicas.

COMUNICACIONES ORALES SIMULTÁNEAS

HEPATOLOGÍA

HIPERTRANSAMINASEMIA NO FILIADA, ¿BIOPSIA HEPÁTICA O ESTUDIO GENÉTICO DIRIGIDO?

Solanas Lázaro L, Ros Arnal I, García Romero R, Castejón Ponce E, Izquierdo Álvarez S, Fuentes Sánchez C, Salinas Uhalte A, Aranda Conchello E. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

Introducción. En la hipertransaminasemia no filiada (HTRA-NF), la biopsia hepática ha sido clásicamente el último paso diagnóstico. En los últimos años se han desarrollado estudios genéticos dirigidos a HTRA-NF. El objetivo de este estudio es evaluar el rendimiento diagnóstico y el coste de ambas pruebas en pacientes pediátricos con HTRA-NF.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes pediátricos en seguimiento por HTRA-NF sin fallo hepático a quienes se realizó biopsia y/o exoma clínico dirigido entre enero de 2020 y diciembre de 2024, con el objetivo de obtener un diagnóstico etiológico. Para el análisis de costes se emplearon datos de distintos sistemas de salud en España. Se utilizaron las pruebas Chi cuadrado, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis (SPSS 25.0; $p < 0,05$). El estudio fue aprobado por el comité ético.

Resultados. Se analizaron 45 procedimientos realizados en 31 pacientes. La biopsia hepática se efectuó en 25 pacientes (edad media $6,8 \pm 4,8$ años), a los $19,5 \pm 16,4$ meses de la primera analítica, permitiendo el diagnóstico etiológico en el 36% de los casos, todos ellos hepatitis autoinmune, de las cuales el 55% fueron seronegativas. Se identificó fibrosis en el 44% de las biopsias (45% F1, 45% F2 y 10% F3). El coste por biopsia fue de 1.321 € (Osakidetza 2024), con un coste por diagnóstico obtenido de 3.669 €. El exoma clínico, consistente en un panel que incluye 18 genes, se realizó en 20 pacientes (edad media $6,7 \pm 5,0$ años), a los $34,8 \pm 38,4$ meses de la primera analítica. Se obtuvo diagnóstico etiológico en el 35% de los casos, incluyendo mutaciones en ARCN1, IARS1, GNE, ACOX2 y una microdelección 17q12, todos sin sospecha clínica previa y que justifican la hipertransaminasemia. El coste del exoma clínico dirigido fue de 1125 € (ICS 2025), con un coste por diagnóstico de 3.214 €. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento diagnóstico de ambos procedimientos, incluso al excluir pacientes con anticuerpos positivos. La presencia de antecedentes familiares, la coexistencia de patología autoinmune o no autoinmune, el retraso ponderoestatural y el antecedente de prematuridad o crecimiento intrauterino restringido no se relacionó con la decisión de realizar biopsia o genética ni con el rendimiento de ambas pruebas. Tanto los pacientes con biopsia como con genética diagnóstica presentaban valores de GPT más elevados con respecto a los pacientes con prueba negativa.

Conclusiones. La biopsia hepática y el estudio genético presentan un rendimiento diagnóstico –alto– y un coste por diagnóstico –moderado– muy similar en el estudio de la HTRA-NF. La biopsia permite diagnosticar hepatitis autoinmune, mientras que el estudio genético revela un espectro etiológico más amplio y menos esperado. No se han encontrado datos que permitan anticipar la etiología genética en los pacientes con HTRA-NF.

RESULTADOS CLÍNICOS E HISTOLÓGICOS DE UN PROGRAMA DE RETIRADA DE LA INMUNOSUPRESIÓN GUIADO POR BIOPSIA HEPÁTICA DE SEGUIMIENTO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO. Quintero Bernabéu J¹, Mercadal Hally M¹, Padros Fornieles C¹, Miserachs Barba M¹, Muyo Hernández P¹, Larrarte King M¹, Mameli S¹, Molino Gahete J². ¹Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus. Barcelona.

Objetivos. La retirada de la inmunosupresión puede disminuir la toxicidad a largo plazo en un subgrupo seleccionado de receptores pediátricos de trasplante hepático; sin embargo, el riesgo de rechazo mediado por células T, tanto clínico como subclínico (con bioquímica normal pero alteraciones histológicas compatibles con rechazo celular agudo mediado por células T), sigue siendo incierto. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados clínicos e histológicos de un programa de retirada de inmunosupresión e identificar factores de riesgo asociados al rechazo.

Métodos. Estudio prospectivo unicéntrico que incluyó receptores pediátricos de trasplante hepático incorporados a un programa de retirada de inmunosupresión. Los criterios de inclusión fueron: ≥ 5 años tras el trasplante, edad < 18 años, monoterapia con tacrolimus, pruebas hepáticas persistentemente normales, ausencia de rechazo en los dos años previos y biopsia protocolizada con RAI = 0 e Ishak ≤ 2 . Se evaluaron sistemáticamente los resultados clínicos, histológicos e inmunológicos, incluyendo rechazo, fibrosis, autoanticuerpos y anticuerpos donante-específicos.

Resultados. De los 167 pacientes evaluados, 25 cumplieron todos los criterios de inclusión y 15 aceptaron completar la retirada total de la inmunosupresión. Durante un seguimiento mediano sin inmunosupresión de 27,4 meses, cinco pacientes desarrollaron rechazo: dos presentaron rechazo celular agudo clínico y tres rechazo celular agudo mediado por células T subclínico, detectado únicamente en biopsia protocolizada. La positividad de ANA previa a la retirada se asoció significativamente con el desarrollo de rechazo (OR 63,0; IC 2,1–1850,0; $p < 0,001$). Los receptores de injertos de donante fallecido mostraron un mayor riesgo de rechazo en comparación con los de donante vivo, aunque sin alcanzar significación estadística (OR 9,3; IC 95% 0,7–122,5; $p = 0,06$). En la biopsia de seguimiento al año de la retirada, 10 de 13 pacientes mantuvieron RAI < 2 y permanecieron sin inmunosupresión ni alteraciones bioquímicas.

Conclusiones. La retirada de la inmunosupresión puede ser factible en un subgrupo seleccionado de receptores pediátricos de trasplante hepático; no obstante, el rechazo —frecuentemente subclínico— sigue constituyendo un riesgo clínicamente relevante. Las biopsias protocolizadas y la caracterización inmunológica parecen esenciales para guiar de manera segura las estrategias de retirada. Se requieren estudios multicéntricos de mayor tamaño para refinar los criterios de selección y mejorar la capacidad predictiva.

TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES DE MUY BAJO PESO (< 5 KG): EXPERIENCIA DE UN CENTRO. Martínez Pereira A¹, Amaro Reynoso CU¹, Encinas Hernández JL², Alos Díez M¹, Fernández Tomé L¹, Andrés Moreno AM², Hernández Oliveros F², Frauca Remacha E¹. ¹Servicio Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ERN TransplantChild. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivos. El trasplante hepático pediátrico se ha posicionado como la intervención terapéutica definitiva para el espectro de las enfermedades hepáticas. Los lactantes representan un grupo de alto riesgo para trasplante hepático debido a limitaciones anatómicas y mayor complejidad técnica. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, técnicas y los resultados trasplante en lactantes de muy bajo peso sometidos a trasplante hepático en un centro de referencia.

Material y métodos. Se realizó análisis retrospectivo de la serie de casos, que incluyó pacientes con peso < 5 kg sometidos a trasplante hepático entre enero de 2015 y diciembre de 2025. Se recogieron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas, así como complicaciones perioperatorias y desenlaces clínicos, de acuerdo con las guías CARE.

Resultados. Se incluyeron ocho lactantes con fallo hepático agudo, compromiso multiorgánico y encefalopatía avanzada, con una mediana de PELD de 38,5. En todos los casos se utilizaron injertos monosegmentarios de donante cadavérico, con una mediana de relación peso-injerto-receptor de 5,4%. Dos pacientes fallecieron en el post-operatorio temprano. Siete presentaron complicaciones mayores, principalmente vasculares (4 casos de trombosis de arteria hepática y 1 caso de trombosis portal), biliares (3 casos), gastrointestinales (4 casos de perforación intestinal) e infecciosas (3 casos de peritonitis). Entre los supervivientes de la fase post-trasplante precoz (6 pacientes), la supervivencia del injerto y del paciente fue del 100% sin rechazo ni pérdida del injerto, con una mediana de seguimiento de 13 meses (6 meses–11 años).

Conclusiones. El bajo peso corporal no constituye por sí mismo un factor limitante para indicación de trasplante hepático. Si bien se asocia a una elevada tasa de complicaciones perioperatorias tempranas, puede ofrecer una supervivencia excelente a largo plazo en los pacientes que superan la fase crítica inicial. Los desenlaces dependen principalmente del manejo de este periodo inicial, lo que resalta la importancia de centros especializados con equipos multidisciplinares experimentados y protocolos perioperatorios estrictamente estandarizados.

MÁS ALLÁ DE LA SUPERVIVENCIA: RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO Y CALIDAD DE VIDA EN NIÑOS CON ACIDEMIAS ORGÁNICAS. García Vega M¹, Bergua Martínez A², Lledín Barbancho MD¹, Quiles Blanco MJ¹, Muñoz Bartolo G¹, Hernández Oliveros F³, Moráis López A², Frauca Remacha E¹. ¹Hepatología Infantil; ²Nutrición y Enfermedades Metabólicas; ³Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Describir los resultados a largo plazo de niños con acidemia propiónica (AP) o acidemia metilmalónica (AMM), destacando el impacto del trasplante en la carga de la enfermedad y la calidad de vida.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes con AP o AMM atendidos en nuestro centro entre 1986 y 2025. Los datos recogidos incluyeron condición de trasplante, tipo de injerto, complicaciones postoperatorias, anatomía patológica hepática y seguimiento.

Resultados. Se identificaron doce pacientes: nueve con AP y tres con AMM. Entre los pacientes con AP, cuatro niños fueron sometidos a trasplante hepático. La edad mediana al trasplante fue de 1 año y 9 meses (rango: 1 año–8 años y 9 meses); el tiempo mediano en lista de espera fue de 124 días (7–241) y la estancia hospitalaria postrasplante de 45 días (19–70). Las complicaciones incluyeron trombosis arterial y de la vena porta con colangiopatía isquémica en un paciente que requirió retrasplante, y taponamiento cardíaco en otro. Los hígados explantados de dos pacientes mostraron cirrosis micronodular con esteatosis macro y microvesicular. El seguimiento a largo plazo reveló complicaciones infecciosas, incluida viremia por CMV, y episodios de rechazo, todos resueltos con manejo médico. Un quinto paciente con AP falleció intraoperatoriamente debido a una hemorragia masiva de la vía aérea. Los cuatro pacientes con AP no trasplantados no fueron sometidos a trasplante por enfermedad avanzada, negativa familiar, fallecimiento en lista de espera o porque el trasplante no se ofrecía en el momento del diagnóstico (1986). En el grupo con AMM, un paciente recibió un trasplante combinado hígado-riñón a los 12 años y 9 meses (donante cadáver). Las complicaciones postoperatorias incluyeron linfocèle perirrenal, síndrome serotoninérgico y alteraciones del movimiento. El tiempo en lista de espera fue de 9 días y la estancia postrasplante de 92 días. De los dos pacientes restantes con AMM, uno se encuentra en lista de espera para trasplante y otro recibe terapia experimental con ARN mensajero. Tras el trasplante, los pacientes no presentaron descompensaciones metabólicas ni mayor deterioro neurológico, aunque persistieron los retrasos del desarrollo previos. Los pacientes y sus familias experimentaron una mejor calidad de vida al eliminarse las restricciones dietéticas y reducirse la medicación.

Conclusiones. El trasplante en las acidemias orgánicas es una intervención segura y eficaz que reduce la carga de la enfermedad, las descompensaciones metabólicas y los requerimientos terapéuticos, al tiempo que mejora la calidad de vida y los resultados neurológicos. Estos hallazgos apoyan el trasplante precoz como una estrategia proactiva más que como una medida de último recurso. Son necesarios protocolos multicéntricos estandarizados para armonizar el manejo y optimizar los resultados.

PERCEPCIÓN FAMILIAR DEL SEGUIMIENTO COMPARTIDO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASPLANTADOS HEPÁTICOS ENTRE UN CENTRO NO TRASPLANTADOR Y UN CENTRO TRASPLANTADOR. Montes Araujo PC, Luengo Mangas A, Pérez Vereda M, Silva Caparrós N, Violadé Guerrero FM, Plaza Oliver D, Rubio Murillo M. *Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

Objetivos. Evaluar la percepción de las familias sobre el modelo de seguimiento compartido de pacientes pediátricos trasplantados hepáticos entre un centro trasplantador y hospitales de referencia no trasplantadores, analizando confianza, accesibilidad, coordinación asistencial e impacto familiar.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y multicéntrico mediante encuesta dirigida a familiares de pacientes pediátricos trasplantados hepáticos en seguimiento compartido. El cuestionario, diseñado con escala tipo Likert de 5 puntos (1: totalmente en desacuerdo – 5: totalmente de acuerdo), incluye ítems estructurados en cinco bloques: confianza y seguridad, comunicación y coordinación, accesibilidad, impacto familiar y valoración global. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados. Se obtuvieron 14 respuestas correspondientes a pacientes con edades entre 3 y 17 años. El 78,6% se trasplantó durante el primer año de vida y todos iniciaron seguimiento compartido desde el momento del trasplante. El 85,7% residían a más de 100 kilómetros del centro trasplantador. El 100% de las familias se mostró de acuerdo o totalmente de acuerdo con la seguridad del seguimiento compartido y con la tranquilidad respecto al seguimiento en el hospital de referencia. La coordinación entre hospitales fue positiva en el 64,3% de las familias, mientras que un 28,6% mostró una valoración neutra y un 7,1% en desacuerdo. En cuanto a comunicación, el 92,9% consideró que la información recibida era clara y coherente, y el 100% sabe a qué hospital acudir ante un problema de salud. La resolución ágil de dudas fue bien valorada por el 78,6%, con un 21,4% de respuestas neutras o negativas. La percepción de que los profesionales conocían bien la situación clínica fue positiva en el 85,7%. El 64,3% de las familias considera que el seguimiento compartido redujo los desplazamientos y que facilitó la conciliación familiar. El acceso a pruebas y resultados fue valorado como rápido por el 85,7%. Respecto al impacto familiar, el 85,7% de las familias refirió mejora de la calidad de vida y disminución del estrés relacionado con el seguimiento médico. Globalmente, el 85,7% se mostró satisfecho con el modelo y lo recomendaría a otras familias. Aunque la preferencia por centralizar todo el seguimiento en el centro trasplantador mostró mayor variabilidad, el 100% de las familias valoró positivamente el seguimiento compartido y confió en su continuidad a largo plazo.

Conclusiones. El seguimiento compartido es percibido por las familias como un modelo seguro, eficaz y ampliamente aceptado, incluso en contextos de gran distancia y seguimiento prolongado. Mejora la accesibilidad, la conciliación y calidad de vida. Se identifican áreas de mejora, especialmente en la coordinación entre hospitales, apoyando la idea de modelos de atención que garanticen una atención homogénea, centrada en la familia y adaptable a las necesidades individuales.

EXPERIENCIA INICIAL DEL TRASPLANTE HEPÁTICO AUXILIAR EN FALLO HEPÁTICO AGUDO SECUNDARIO A PARACETAMOL. Martínez Pereira A^{1,4}, Lledín Barbancho MD^{1,4}, Alos Díez M^{1,4}, Fernández Tomé L^{1,4}, Puente López P², Andrés Moreno AM³, Hernández Oliveros F³, Frauca Remacha E^{1,4}. ¹Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil; ²Servicio de Anatomía Patológica; ³Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ⁴ERN TransplantChild.

Introducción. El trasplante hepático auxiliar es una opción terapéutica en casos seleccionados de fallo hepático agudo (FHA) con potencial de regeneración hepática. En este procedimiento se preserva total o parcialmente el hígado propio, implantando un injerto auxiliar que proporciona una normalización de la función hepática y permite la recuperación progresiva del hígado nativo y la eventual retirada del tratamiento inmunosupresor.

Resumen del caso. Paciente de 4 años con FHA por sobredosis crónica accidental de paracetamol, que ingresó con insuficiencia hepática grave (AST/ALT 9637/3824 UI/L, INR 3,8, pH 7,07, lactato 14,2 mg/dl, hipoglucemia e hiperamonemia 239 μ mol/L) y encefalopatía hepática moderada. Recibió tratamiento médico intensivo y tres sesiones de recambio plasmático de alto volumen. Ante la progresión a encefalopatía grado III-IV, se realizó trasplante hepático auxiliar ortotópico parcial a las 48 horas del ingreso, utilizando un injerto *split ex situ* (segmentos II-III-IV) de donante en asistolia controlada, preservado mediante perfusión hipotérmica oxigenada (HOPE). El postoperatorio se complicó con flujo arterial *parvus-tardus* del injerto, fuga biliar y fístula pancreática, requiriendo múltiples reintervenciones quirúrgicas. El día +41, ante un empeoramiento clínico, se objetivó isquemia extensa del injerto sin compromiso vascular, en probable relación con fístula pancreática. Dada la recuperación funcional e histológica completa del hígado nativo, se procedió a la explantación del injerto auxiliar y a la suspensión total de la inmunosupresión. A los dos meses del inicio del cuadro, el paciente presenta función hepática, renal y neurológica normal, manteniendo drenaje abdominal por persistencia de la fístula pancreática.

Comentarios. El trasplante hepático auxiliar puede constituir una estrategia eficaz como puente a la recuperación del hígado nativo en pacientes pediátricos seleccionados con fallo hepático agudo. Sin embargo, se trata de una técnica de elevada complejidad quirúrgica, asociada a una morbilidad significativa, que requiere su realización en centros especializados, con equipos quirúrgicos altamente experimentados en trasplante hepático y una monitorización postoperatoria multidisciplinar estrecha. A largo plazo, el trasplante auxiliar ofrece un beneficio relevante en la población pediátrica, al permitir evitar las complicaciones inherentes al trasplante hepático convencional y a la inmunosupresión crónica.

EVOLUCIÓN DEL MANEJO EN EL SÍNDROME DE ALAGILLE: DEL TRASPLANTE HEPÁTICO A LA TERAPIA DIRIGIDA CON INHIBIDORES DE IBAT EN UNA COHORTE CON DIAGNÓSTICO PRECOZ. Rodríguez Salas M¹, Rubio Murillo M², López Ruzafa E³, Trillo Belizón C⁴, Márquez Mira P⁵, Jordano Moreno B⁶, Reyes Andrade J⁷, Sastre Domínguez MA¹. ¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería. ⁴Hospital Universitario Regional de Málaga. ⁵Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. ⁶Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada. ⁷Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Objetivos. Caracterizar el perfil fenotípico y genotípico, así como la precocidad diagnóstica, de una cohorte de pacientes con síndrome de Alagille; evaluar la correlación entre la escala ItchRO y la carga bioquímica de la colestasis; y analizar la evolución del manejo terapéutico desde el trasplante hepático hacia la incorporación de nuevas estrategias terapéuticas dirigidas.

Métodos. Estudio multicéntrico descriptivo realizado en siete centros que incluyó 34 pacientes con diagnóstico clínico y/o molecular de síndrome de Alagille evaluados durante los últimos treinta años. Se recogieron variables clínicas, genéticas, histológicas y bioquímicas. Se analizó la correlación entre marcadores de colestasis y la escala ItchRO, así como la tasa de trasplante hepático y la supervivencia global. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v25.

Resultados. Se incluyeron 34 pacientes en un periodo de 30 años. La mediana de edad al diagnóstico fue de 1,74 meses (RIC: 0,97–22,0). El estudio molecular confirmó variantes patogénicas en el gen JAG1 en el 94,1% de los pacientes y en NOTCH2 en el 5,9%, con antecedentes familiares positivos en el 47,1%. La colestasis neonatal fue el signo clínico guía en el 61,8% de los casos (IC 95%; 45–76,1%). Se realizaron biopsias hepáticas en el 76,5%, confirmándose ductopenia en el 84,6% (n = 22). La cardiopatía congénita estuvo presente en el 55,9% de los pacientes, siendo la más frecuente la estenosis de ramas pulmonares (73,7%), seguida de la Tetralogía de Fallot (15,8%). La afectación renal se observó en el 26,5%. El prurito afectó al 67,6% de los pacientes, con una mediana de inicio de seis meses. Se observó una correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre la puntuación de la escala ItchRO y los niveles séricos de ácidos biliares y colesterol total ($r = 0,72$; $p < 0,01$), sin correlación con la bilirrubina total. En el subgrupo tratado con inhibidores de IBAT maralixibat (n = 4), se observó una respuesta clínica favorable en la totalidad de los pacientes. La intensidad del prurito se redujo desde una puntuación basal de 3 puntos (RIC: 2,7–3,2) en la escala ItchRO hasta alcanzar los 0 puntos (ausencia de prurito) en el 50% de los casos al año de seguimiento, asociándose a un marcado descenso de los ácidos biliares séricos. La tasa de trasplante hepático fue del 26,5%, realizada mayoritariamente antes de la disponibilidad de terapias dirigidas. La supervivencia global fue del 97,1%.

Conclusiones. Nuestra cohorte se caracteriza por una notable precocidad diagnóstica y una elevada supervivencia global. La escala ItchRO se confirma como una herramienta clínica robusta y fiable, estrechamente relacionada con la carga bioquímica de la colestasis. Los inhibidores de IBAT emergen como una alternativa terapéutica eficaz que podría modificar la historia natural del síndrome de Alagille, reduciendo la necesidad de trasplante hepático y reservándolo como opción de rescate en pacientes no respondedores.

CLASIFICACIÓN FENOTÍPICA BASADA EN EL PERFIL BIOQUÍMICO EN EL DÉFICIT DE LIPASA ALFA LISOSOMAL: EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA. Mercadal-Hally M¹, De las Heras J², García Jiménez I³, Giraldo Castellano P⁴, Muyo Hernández P¹, Padrós Fornieles C¹, Serrano Gonzalo I⁴, Quintero Bernabéu J¹. ¹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ³Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁴Fundación Española para el Estudio y Terapéutica de la Enfermedad de Gaucher y otras lisosomales (FEETEG).

Introducción y objetivos. El déficit de lipasa alfa lisosomal (LAL-D) es una enfermedad hereditaria autosómica recesiva causada por variantes patogénicas en el gen *LIPA*, que conduce a la acumulación lisosomal de ésteres de colesterol y triglicéridos. El objetivo de este estudio fue describir y comparar los parámetros analíticos hepáticos y lipídicos entre fenotipos hepático, lipídico y mixto.

Métodos. Estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó pacientes con diagnóstico confirmado de LAL-D. Se recogieron datos analíticos hepáticos (ALT, AST y GGT) y lipídicos (colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol y triglicéridos). Los pacientes se clasificaron en fenotipo hepático, lipídico o mixto según la presencia de alteraciones hepáticas y/o dislipemia. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC). La comparación entre grupos fenotípicos exclusivos se realizó mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, considerándose estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados. Se incluyeron en el análisis 46 pacientes. 3 pacientes debutaron en el periodo neonatal (síndrome de Wolman) mostrando una afectación hepática grave desde el inicio. 3 pacientes fueron diagnosticados por cribado familiar presentando biopsia hepática alterada (fibrosis grado 2) con analítica normal, evidenciando afectación subclínica. Entre los 35 pacientes restantes con formas de inicio tardío, el fenotipo mixto fue el más frecuente (68%, 24/35), seguido del fenotipo hepático (22,8%, 8/35) y del fenotipo lipídico (8,5%, 3/35). El colesterol total y el LDL-colesterol fueron significativamente más elevados en el fenotipo mixto [304,0 (233,0–340,7) y 235,0 (152,0–279,5) mg/dl, respectivamente] y en el fenotipo lipídico [262,5 (229,8–336,8) y 177,8 (161,9–229,3) mg/dl] en comparación con el fenotipo hepático [125,5 (115,8–169,8) y 79,0 (48,5–135,0) mg/dl] ($p < 0,01$ para ambas comparaciones). Por otro lado las transaminasas mostraron un gradiente progresivo entre fenotipos, con valores más bajos en el fenotipo lipídico, intermedios en el fenotipo hepático y significativamente más elevados en el fenotipo mixto. La ALT fue de 26,0 (23,2–39,1) U/L en el fenotipo lipídico, 42,0 (31,0–57,8) U/L en el hepático y 97,0 (61,5–137,5) U/L en el mixto ($p = 0,001$). De forma similar, la AST fue inferior en el fenotipo lipídico, intermedia en el hepático y más elevada en el mixto [37,8 (35,4–37,9), 28,0 (19,5–54,5) y 78,0 (60,0–98,1) U/L, respectivamente; $p = 0,006$].

Conclusiones. El LAL-D muestra una elevada heterogeneidad fenotípica, con predominio de formas mixtas; sin embargo, la presencia de fenotipos hepáticos o lipídicos aislados obliga a mantener un alto índice de sospecha diagnóstica para evitar el infradiagnóstico.

SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE-COLANGITIS ESCLEROSANTE EN PEDIATRÍA: EVOLUCIÓN Y FACTORES PRONÓSTICOS. Muñoz Bartolo G¹, Fernández Tomé L¹, Rodríguez Álvarez D², Alós Díez M¹, García Vega M¹, Martínez Pereira A¹, Quiles Blanco MJ¹, Frauca Remacha E¹. ¹Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil, ERN TransplantChild, ERN Rare-Liver; ²Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción y objetivo. La colangitis esclerosante autoinmune (ASC) o superposición hepatitis autoinmune-colangitis esclerosante primaria (HAI/PSC), supone un reto diagnóstico y terapéutico en niños. ASC carece de criterios diagnósticos definidos y podría representar una fase inicial de PSC. La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) se asocia frecuentemente a ASC. El objetivo fue describir las características y evolución de una cohorte pediátrica con ASC/HAI e identificar posibles factores pronósticos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos con ASC atendidos en nuestro centro entre 2018 y 2026; se realizaron análisis estadísticos y de tiempo a recaída mediante curvas de Kaplan-Meier ($p < 0,05$).

Resultados. Se incluyeron 23 pacientes (edad mediana al diagnóstico $9,5 \pm 3,0$ años; 56,5% mujeres), con seguimiento mediano de $5,1 \pm 2,8$ años. 78% ($n = 18$) asociaban otra enfermedad autoinmune (17 EII, 1 celíaca). El debut fue hallazgo analítico incidental en 81,8%, hepatitis aguda (18%) o hepatopatía avanzada (18%). Los valores medianos al debut fueron: AST 100 UI/L (70–252), ALT 220 UI/L (90–496), GGT 190 UI/L (115–318), bilirrubina total 0,5 mg/dl (0,34–1,29) e IgG 2.020 mg/dl (1.750–2.280). ANA y antimúsculo liso positivos en 60%, ANCA en 36,4%. Se realizó biopsia hepática inicial en 82,6%, observándose fibrosis avanzada en 5; los hallazgos fueron compatibles o típicos de HAI en 16/19 (84,2%) y de PSC en 14/19 (73,7%), coexistiendo en 12/19 (63,2%). La colangio-RMN fue sugestiva de PSC en 17/23 (73,9%). Según el score diagnóstico, 21,7% cumplió criterios de HAI definitiva y 56,5% de ASC definitiva. El 91% recibió tratamiento con ácido ursodeoxicólico y el 69,5% tratamiento estándar con predniso(lona) y azatioprina. A los 6 y 12 meses, el 26,1% alcanzó respuesta bioquímica completa (IgG normal y ALT < 45 UI/L); el 52% (12/23) mantuvo disfunción bioquímica persistente, un tercio de ellos eran pacientes con EII tratados con biológicos. Evolutivamente el 26% (6/23) presentó al menos una recaída y el 17,3% (4/23) no alcanzó respuesta bioquímica completa. Al final, todos sobreviven sin trasplante. Un paciente presentaba hepatopatía avanzada con hipertensión portal y otro evolucionó a PSC con hiperbilirrubinemia. El 43% mantuvo el tratamiento inicial, el 35% requirió un cambio y el 13% dos o más; el 22% recibió micofenolato y el 13% tacrolimus. El 41% (7/17) con EII precisó tratamiento con biológicos. La disfunción persistente y las recaídas se asociaron con hepatopatía avanzada al debut ($p = 0,046$) y con no respuesta bioquímica completa a los 6 y 12 meses ($p = 0,026$ y $p = 0,015$). No hubo asociación con otros factores analizados (biopsia, colangio-RMN, score diagnóstico).

Conclusión. En nuestra serie de ASC, la persistencia de disfunción bioquímica se observó en el 52%. La hepatopatía avanzada al diagnóstico y la ausencia de respuesta bioquímica a los 6 y 12 meses se asociaron a peor pronóstico, mientras que los hallazgos histológicos o radiológicos iniciales no resultaron predictivos.

MESA GASTROENTEROLOGÍA

COMUNICACIONES A LA MESA

DISFUNCIÓN PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN TRATAMIENTO CON MODULADORES DEL CFTR. ¿ES POSIBLE RECUPERAR LA FUNCIÓN PANCREÁTICA?

Masip Simó E¹, López Cardenes CM², Torcuato Rubio E³, Álvarez Merino M⁴, García Romero R⁵, Rodríguez Martínez A⁶, Álvarez Beltrán M⁷, García Tirado D⁸, Martín Fernández C⁹, Vicente Santamaría S¹⁰, de los Santos Mercedes M¹¹, Fernández González S¹², Tutau Gómez C¹³, Crehuá Gaudiza E¹⁴, Murray Hurtado M¹⁵, Reyes Domínguez A¹⁶, Mesonero Cavia S¹³, Gascón Galindo C², Tabares González A², Garriga García M², Muñoz Alonso A⁶, De La Mano Hernández A⁹, Salcedo Lobato E¹⁰, González Jiménez D⁴ y Grupo de trabajo de Fibrosis Quística y Páncreas de la SEGHNP. ¹Servicio de Medicina Digestiva Infantil. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ²Unidad de Fibrosis Quística. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ⁴Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ⁵Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁶Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁷Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁸Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ⁹Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ¹⁰Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ¹¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ¹²Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera. A Coruña. ¹³Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ¹⁴Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ¹⁵Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. ¹⁶Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Objetivo. Definir los cambios en la función pancreática exocrina (FPE) en pacientes con Fibrosis quística (FQ) tras el inicio de tratamiento con elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor (ETI).

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico del grupo de trabajo de FQ de la SEGHNP en una cohorte de pacientes con FQ en tratamiento con ETI. Se recogieron datos demográficos, clínicos, FPE analizada mediante elastasa fecal (EF) y cuantificación de unidades de lipasa consumidas (UI/kg de peso/día) al inicio y durante un seguimiento de hasta 3 años de tratamiento. Los pacientes fueron clasificados como insuficiencia pancreática (IP) severa si EF < 100, IP leve-moderada si EF entre 100–199 y suficiencia (SP) si EF ≥ 200 µg/g. Datos recogidos mediante aplicación REDcap. Análisis estadístico mediante Stata V18.0, se utilizaron pruebas t de student pareada, test de McNemar, y regresión logística con análisis multivariante. Significación estadística p < 0,05.

Resultados. Se obtuvieron datos de 220 pacientes (50% varones), con edades comprendidas entre 2 y 47 años, mediana 10,6 años (RIC 5,8–14,0), 67% diagnosticados mediante cribado neonatal. 58% portadores en heterocigosis de la mutación DF508, 41% homocigosis y el resto eran no DF508. Al inicio del tratamiento 85% tenían IPE (81% grave, 4% leve), 15% SP. Tras un seguimiento medio de 1,2 ± 0,6 años, la EF aumentó una media de 45 µg/g (IC 95%: 59–31; p < 0,0001), el consumo de lipasa disminuyó: 167 UI/kg/día (IC 95%: 323–1.030; p < 0,0001), y se produjo un aumento de la proporción de SP: 15% vs. 22%, p = 0,0001. Al diferenciar la EF según grupos de edad al inicio y final de seguimiento en < 6 años, 6–18 años y > 18 años, se objetiva que el aumento medio de EF en el primer grupo es de hasta 81,4 µg (p = 0,0001; IC 95%: 121–41), en el grupo de 6–18 años es de 36,2 µg/g (p < 0,0001; IC 95%: 50–22), mientras que en el grupo de adultos no existen diferencias (p = 0,28). Analizando el subgrupo de 186 pacientes con IPE al inicio del tratamiento, la EF aumentó una media de 43 µg/g (IC 95%: 58–27;

$p < 0,0001$), el consumo de lipasa disminuyó: 182 UI/kg/día (IC 95%: 301 a 1.019; $p = 0,0004$), así como se produjo una disminución de IPE grave del 96% al 85%, y 14 (8%) alcanzaron niveles compatibles con SP. También en este subgrupo, los pacientes < 18 años muestran mayor aumento de EF, mientras que en los adultos no hay diferencias ($p = 0,33$). En el análisis multivariante, los factores al inicio del tratamiento asociados con $EF > 200 \mu\text{g/g}$ al finalizar el seguimiento fueron: edad < 9 años: OR 6,3 (IC 95%: 1,3–13,0; $p = 0,031$) y EF fecal $> 15 \mu\text{g/g}$: OR 45,5 (IC 95%: 9,1–228,2; $p < 0,0001$).

Conclusiones. El tratamiento con ETI mejora la función pancreática exocrina si se inicia de forma precoz y en aquellos con niveles de EF $> 15 \mu\text{g/g}$. Estos resultados sugieren la necesidad de monitorizar de forma estrecha la FPE tras el inicio del tratamiento para optimizar el tratamiento con enzimas pancreáticas.

CAMBIOS EN LOS PARÁMETROS DE INFLAMACIÓN INTESTINAL TRAS TRATAMIENTO CON MODULADORES DE CFTR DE ALTA EFICACIA EN NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS. García Romero R¹, López Cárdenas CM², Rodríguez Martínez A³, Martín Fernández C⁴, Reyes Domínguez A⁵, Mesonero Cavia S⁶, García Tirado D⁷, Vicente Santamaría S⁸, Crehuá Gaudiza E⁹, Gutiérrez Martínez JR¹⁰, Gascón Galindo C², Tabares González A², Garriga García M², Rico Pérez C², Muñoz Alonso A³, De La Mano Hernández A⁴, Salcedo Lobato E⁷, González Jiménez D¹⁰ y Grupo de trabajo de Fibrosis Quística y Páncreas de la SEGHNP. ¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Miguel Servet. Zaragoza. ²Unidad de Fibrosis Quística. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ³Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁵Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ⁶Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ⁷Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell. ⁸Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁹Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia. ¹⁰Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Objetivo. 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 SEGHNP en una cohorte de pacientes menores de 6 años con FQ en tratamiento con moduladores CFTR de alta eficacia: ivacaftor (IVA) o triple terapia: elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor (ELE/TEZ/IVA) durante el primer año de tratamiento. Se recogen datos demográficos, clínicos y analíticos antes del tratamiento. Como marcador de inflamación intestinal se utilizó la CF. Datos recogidos mediante aplicación REDcap. Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico entre paréntesis. Análisis estadístico: pruebas de Wilcoxon y McMemar mediante Stata V18.0.

Resultados. Se reclutaron 33 pacientes (32 recibieron tratamiento con ELE/TEZ/IVA y 1 con IVA) con edades comprendidas entre 0,4 y 6 años y una media $3,8 \pm 1,3$ años. El 55% eran mujeres. El 58% portadores en heterocigosis de la mutación DF508 y el resto en homocigosis para dicha mutación. El 91% fueron diagnosticados mediante cribado neonatal y el 94% insuficientes pancreáticos. Los valores de CF basales estaban comprendidos entre 7 y 316 $\mu\text{g/g}$, un 55% tenían $> 50 \mu\text{g/g}$ y un 6% $> 250 \mu\text{g/g}$. Durante el seguimiento (rango 0,1–1 y media 0,4 años), se observó un descenso de CF basal: Md 57 (RI: 29–105) vs. Md 36 (RI: 22–44), $p = 0,0001$, que fue más acusado en aquellos con CF al inicio del tratamiento $> 50 \mu\text{g/g}$: Md 104 (RI 65–156) vs. Md 42 (RI 30–53), $p = 0,0002$. Al finalizar el seguimiento se observó una disminución de la proporción de pacientes con valores de CF ($> 50 \mu\text{g/g}$): 55% vs. 15% ($p = 0,0002$) y ninguno tenía cifras $> 250 \mu\text{g/g}$.

Conclusiones. Además de las importantes mejoras en la función pulmonar, el tratamiento con moduladores CFTR tiene un impacto positivo en la reducción de la inflamación intestinal. En los menores de 6 años, estos cambios se aprecian durante los primeros meses tras el tratamiento y son más significativos en aquellos con valores elevados de CF al inicio del tratamiento.

ENFERMEDAD CELÍACA Y DÉFICIT TOTAL DE INMUNOGLOBULINA A: RESULTADOS DEL REGISTRO PROSPECTIVO NACIONAL REPAC3-IgA. Vecino López R¹, Pérez Solís D², Miranda Cid MC³, Cilleruelo Pascual M⁴, Donat Aliaga E⁵, Torres Peral R⁶, Barrio Torres J⁷, Román Riechmann E⁸. ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ³Servicio de Pediatría. Hospital Materno Infantil Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ⁵Sección Medicina Digestiva Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Politécnico La Fe. Valencia. ⁶Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. ⁷Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ⁸Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

Objetivos. La enfermedad celíaca (EC) se asocia con mayor frecuencia al déficit selectivo de inmunoglobulina A (DSIgA). En estos pacientes los protocolos de diagnóstico y seguimiento se basan en serología tipo IgG, a diferencia de los individuos inmunocompetentes que utilizan serología IgA. El objetivo fue describir, en una cohorte nacional prospectiva, el fenotipo diagnóstico, la evolución clínica y la cinética longitudinal de la serología IgG tras el inicio de la dieta sin gluten (DSG) en niños con EC y DSIgA total.

Material y métodos. Estudio prospectivo multicéntrico nacional (REPAC3-IgA) de niños con DSIgA y EC confirmada por biopsia, realizado entre 2018 y 2025. Se incluyeron pacientes menores de 15 años con DSIgA total al diagnóstico. Se recogieron variables clínicas, histológicas, genéticas (HLA) y serológicas (anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgG [ATG-IgG], anti-péptido deaminado de gliadina IgG [DGP-IgG] y antiendomio IgG [EMA-IgG]) al diagnóstico y a los 12, 24 y 36 meses. La adherencia a la DSG se evaluó mediante el cuestionario de Biagi. Se analizó la correlación entre títulos basales de anticuerpos ATG-IgG y gravedad histológica (clasificación Marsh-Oberhuber) mediante coeficiente rho de Spearman. El tiempo hasta la negativización de anticuerpos se comparó mediante modelos de regresión Cox ajustados.

Resultados. Se incluyeron 52 niños (55,8% varones), con mediana de edad de 6,6 años (RIC 3,4–10,8). En la biopsia duodenal diagnóstica el 92,3% presentó lesión Marsh 3 y el 7,7% Marsh 2. Los títulos basales de ATG-IgG no se correlacionaron con la gravedad histológica ($\rho = -0,06$; $p = 0,68$). Durante el seguimiento, el 94,7% llegaron a estar asintomáticos y un 94,2% reportaron buena adherencia a la DSG (Biagi 3–4); sin embargo, la negativización serológica fue lenta. Los ATG-IgG continuaron positivos en el 70% a los 12 meses, en el 70,8% a los 24 meses y en el 55% a los 36 meses, con comportamiento similar los EMA-IgG. En contraste, los DGP-IgG descendieron de forma más rápida, manteniéndose positivos en el 22,2% a los 24 meses y en el 23,1% a los 36 meses. El tiempo mediano hasta la negativización fue de 43,5 meses para ATG-IgG y de 16,6 meses para DGP-IgG ($p = 0,0004$), lo que sugiere una cinética diferencial entre ambos marcadores.

Conclusiones. En niños con EC y DSIgA total, la biopsia duodenal sigue siendo imprescindible para el diagnóstico, dada la ausencia de correlación entre la serología IgG y el grado de lesión mucosa. En el seguimiento, la persistencia de positividad de ATG-IgG o EMA-IgG durante 2–3 años, plantea dudas sobre su utilidad como únicos marcadores de respuesta. Los anticuerpos DGP-IgG se negativizaron notablemente antes que los ATG-IgG, hallazgo relevante que precisa confirmación y podría tener implicaciones en el seguimiento serológico en esta población.

LA PERMEABILIDAD INTESTINAL Y SU RELACIÓN CON LA EXPRESIÓN DE GENES DE LA BARRERA INTESTINAL EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD CELÍACA. Martínez Velasco S¹, Bilbao Catalá JR², Tutau Gómez C³, Legarda Tamará M³, González García BP², González A⁴, Irastorza Terradillos IX⁵. ¹Pediatría CS. Área 3 Avilés. Instituto de Investigación Biobizkaia. ²Departamento de Genética, Antropología Física y Fisiología Animal. Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Instituto de Investigación de Biobizkaia. ³Hospital Universitario de Cruces Barakaldo, Bizkaia. Instituto de Investigación Biobizkaia. ⁴Servicio de Fitotróf e Invernadero. Servicios Generales de Investigación (SGIker). Universidad del País Vasco (UPV-EHU). ⁵Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. Universidad del País Vasco (UPV-EHU). Instituto de Investigación Biobizkaia.

Objetivos. La enfermedad celíaca se caracteriza por una respuesta inmune al gluten en individuos genéticamente predispuestos. Una de las hipótesis etiopatogénicas propone que el aumento de la permeabilidad intestinal (PI) facilita el paso del gluten a través de la barrera intestinal. El objetivo de este estudio fue evaluar la PI en pacientes celíacos en distintos momentos de la enfermedad y analizar su relación con la expresión de genes asociados a las tight junctions (TJs), así como su impacto en la calidad de vida.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional en el que se reclutaron 75 pacientes atendidos en la consulta de Gastroenterología de un hospital terciario durante un período de 2,5 años. Se incluyeron tres grupos: pacientes celíacos al diagnóstico y reevaluados a los 6 meses de iniciar dieta sin gluten (DSG), pacientes celíacos con al menos 2 años de DSG y un grupo control con síntomas digestivos leves en los que se descartó la enfermedad celíaca. El diagnóstico se estableció según las recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica de 2020. La PI se evaluó mediante el ratio de excreción fraccional lactulosa/manitol en orina, determinado por cromatografía iónica. La expresión génica se analizó en muestras de saliva mediante reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real. La adherencia a la DSG se evaluó mediante cuestionario, serología y detección de péptidos inmunógenos del gluten en heces, y la calidad de vida mediante cuestionarios validados.

Resultados. Se analizaron muestras de 27 pacientes celíacos al diagnóstico y a los 6 meses de DSG, 23 pacientes con al menos 2 años de DSG y 25 controles. Los pacientes celíacos al diagnóstico mostraron un aumento significativo de la PI en comparación con el grupo control, que persistió a pesar del seguimiento de la DSG. En el análisis de expresión génica, se observó una sobreexpresión de CLDN2 y una represión de MYH14 y CRB3 en pacientes recién diagnosticados. La alteración en la expresión de CLDN2 y MYH14 persistió tras la DSG. Se encontró una correlación significativa entre la PI y la expresión del gen IRF7 en saliva de pacientes al diagnóstico. No se observaron correlaciones relevantes entre la PI y la calidad de vida.

Conclusiones. Los pacientes celíacos presentan una alteración persistente de la PI, incluso tras el seguimiento prolongado de la DSG, asociada a cambios en la expresión de genes relacionados con las TJs. Estos hallazgos sugieren que la disfunción de la barrera intestinal podría desempeñar un papel clave en la fisiopatología de la enfermedad celíaca.

¿SON SEGURAS LAS VACUNAS DE VIRUS VIVOS EN HIJOS DE MADRES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EXPUESTOS A BIOLÓGICOS? EVIDENCIA DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DUMBO. Velasco Rodríguez-Belvis M¹, Garre Vázquez Al², Palomino L¹, Leo Carnerero E³, Calviño-Suárez C⁴, Martín Arranz MD⁵, P. Gisbert J², Chaparro M². ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. ³Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ⁵Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos. Evaluar la seguridad de la vacunación, con especial énfasis en las vacunas de virus vivos, en hijos de madres con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) expuestas a fármacos biológicos durante el embarazo o la lactancia.

Material y métodos. Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional basado en el registro DUMBO (GETECCU), que incluye 70 centros españoles desde 2019. Se incluyeron hijos de mujeres con EII y embarazos únicos expuestos o no a tratamientos biológicos intraútero (durante la gestación) o la lactancia materna, con seguimiento hasta los 4 años. Se analizaron los acontecimientos adversos graves (AAG) potencialmente atribuibles a la vacunación.

Resultados. Se incluyeron 1.009 niños (50% varones). La mediana de edad materna al parto fue de 35 años; 564 (56%) presentaban enfermedad de Crohn y 445 (44%) colitis ulcerosa o EII no clasificada. Durante la gestación, 438 niños (43%) estuvieron expuestos a tratamientos biológicos: 304 (30%) a anti-TNF, 97 (9,6%) a ustekinumab, 33 (2,3%) a vedolizumab y 2 (0,2%) a risankizumab. Dos madres recibieron tofacitinib y una upadacitinib. Además, 398 (39%) recibieron mesalazina oral, 49 (4,9%) corticoides sistémicos y 284 (28%) tiopurinas. Entre los niños expuestos a biológicos durante el embarazo, 209 (49%) recibieron al menos una dosis de la vacuna frente a rotavirus, 203 (47%) dos dosis y 68 (16%) tres dosis; 363 (85%) recibieron al menos una dosis de la vacuna triple vírica y 323 (76%) de la vacuna frente a varicela. Durante la lactancia materna, 282 lactantes (28%) estuvieron expuestos a tratamientos biológicos: 199 (20%) a anti-TNF, 53 (5,3%) a ustekinumab, 26 (2,6%) a vedolizumab y 4 (0,4%) a risankizumab. Ninguna madre recibió tofacitinib ni upadacitinib. Además, 297 (30%) recibieron mesalazina oral, 31 (3,1%) corticoides sistémicos y 197 (20%) tiopurinas. Entre los niños expuestos a biológicos a través de la lactancia materna, 132 (47%) recibieron una dosis de la vacuna frente a rotavirus, 129 (46%) dos dosis y 44 (16%) tres dosis; 243 (87%) recibieron al menos una dosis de la vacuna triple vírica y 216 (78%) de varicela. Únicamente 4 lactantes (0,4%) presentaron un AAG considerado posiblemente relacionado con la vacunación. Tres de ellos habían estado expuestos a biológicos. Solo uno de los AAG ocurrió tras la administración de una vacuna de virus vivos (rotavirus) entre otras, en el lactante que no había estado expuesto a biológico.

Conclusiones. En esta amplia cohorte multicéntrica, la vacunación, incluida la vacuna frente a rotavirus administrada en los primeros meses de vida, mostró un perfil de seguridad favorable en hijos de madres con EII expuestas a tratamientos biológicos durante el embarazo y lactancia. Estos resultados aportan evidencia en vida real que respalda la seguridad de las vacunas de virus vivos y pueden contribuir a reducir retrasos innecesarios en el calendario vacunal.

RENDIMIENTO DE LA ECOGRAFÍA EN EL ESTUDIO DE EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD DE CROHN PEDIÁTRICA. Galley Martín C¹, García Vázquez J¹, Sangüesa Nebot C², Masip Simó E¹, Calzado Agrassot M¹, Polo Miquel B¹, Donat Aliaga E¹. ¹Servicio de Pediatría, Sección de Medicina Digestiva Infantil; ²Servicio de Radiología, Sección de Radiología Infantil. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Introducción y objetivo. La enterorresonancia magnética (enteroRM) se realiza para el estudio de extensión al diagnóstico de la enfermedad de Crohn (EC), mientras que la ecografía abdominal se presenta como una excelente herramienta inicial, para valorar parámetros inflamatorios, pero con elevada variabilidad inter observador. El objetivo de este estudio es comparar los resultados de ecografía vs. la enteroRM al diagnóstico de la EC.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de pacientes entre 8–14 años diagnosticados de EC en nuestro centro entre diciembre 2020 y octubre 2025. Se recogen parámetros de inflamación de enteroRM y ecografía (grosor de pared, úlceras, hiperemia) y la extensión, así como datos demográficos, analíticos (velocidad de sedimentación globular, albúmina) y clínicos. Se divide a la población en aquellos con actividad leve (wPCDAI $\leq$ 40) y moderada-grave (wPCDAI $>$ 40). Se analizan y comparan los datos mediante estadística descriptiva y test t-student y McNeemar, respectivamente.

Resultados. Se diagnostican 29 pacientes, 62% varones, de los cuales 58,6% debutaron con actividad leve con wPCDAI medio de 25 ($\pm$ 10,6 DE), frente al moderado-grave de 57,5 ($\pm$ 12,7 DE). En los parámetros ecográficos, el grupo con actividad leve presentó extensión media de 7,4 cm ($\pm$ 4,1 DE) vs. enteroRM de 10 cm ($\pm$ 6,5 DE) ($p = 0,17$; IC 95% $-6,4$ a $1,2$) y grosor medio de 4,7 cm ($\pm$ 0,86 DE) vs. enteroRM de 6,4 cm ($\pm$ 2,8 DE) ($p = 0,01$; IC 95% $-3,1$ a $-0,4$). Se observaron úlceras en el 11% de los pacientes frente al 47% en la enteroRM ($p = 0,04$) e hiperemia en el 76,5% vs. signos de hiperemia en la enteroRM (restricción a la difusión, captación de contraste y edema mesentérico) en el 82,4% ($p = 1$). Aquellos con actividad moderada-grave presentaron una extensión media de 14,2 cm ($\pm$ 13,4 DE) vs. 26 cm ($\pm$ 34,2 DE) por enteroRM ($p = 0,28$; IC95% $-33,7$ a $10,3$), así como un grosor medio de 5,6 cm ($\pm$ 1,5 DE) vs. enteroRM de 7,1 cm ($\pm$ 2,3DE) ($p = 0,02$; IC 95% $-2,717$ a $-0,218$). Se visualizaron úlceras en ecografía en el 33% vs. 50% mediante enteroRM ($p = 0,48$) y se detectó hiperemia en 100% con la enteroRM vs. en 91,7% mediante ecografía ($p = 1$).

Conclusiones. La enteroRM visualizó mejor las úlceras y el grosor de la inflamación en aquellos pacientes con actividad leve, y en aquellos con actividad moderada-grave únicamente se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al grosor. En cuanto al estudio de extensión, no hubo diferencias significativas en ambos grupos. La ecografía es una buena herramienta, en manos expertas, para el estudio al diagnóstico de EC, especialmente en pacientes con enfermedad moderada-grave, pudiendo obviar la enteroRM en ciertos casos con la ventaja de ser más barata, cómoda para el paciente y sin limitaciones en cuanto a la edad.

TOLERANCIA A PRODUCTOS HORNEADOS CON LECHE EN PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA RESPONDEDORES A DIETA SIN LECHE. Montero Torres C¹, Fernández Fernández S¹, García Díaz A¹, Cilleruelo Pascual ML¹, Román Riechmann E¹, Moreno Puerto L², Barrio Torres MJ³, Gutierrez Junquera C¹. ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ²Hospital Universitario El Escorial. San Lorenzo de El Escorial, Madrid. ³Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.

Introducción. La dieta sin leche es un tratamiento de primera línea para de la esofagitis eosinofílica. En estos pacientes, la introducción de productos horneados con leche podría ampliar la dieta y mejorar la calidad de vida, aunque la evidencia es limitada.

Objetivos. Evaluar la respuesta histológica tras la introducción de productos horneados con leche en pacientes con EoE en remisión tras dieta sin leche, así como su evolución clínica, endoscópica y de la calidad de vida.

Métodos. Estudio prospectivo, multicéntrico y descriptivo en pacientes de 2–18 años con EoE en remisión histológica (< 15 eosinófilos/CGA) tras eliminación exclusiva de leche. Se introdujeron productos horneados con leche y trigo (180–200 °C, 15–20 min), con consumo mínimo de cuatro raciones semanales. Se realizó seguimiento clínico mediante PEES v2.0, calidad de vida con PedsQL-EoE y controles endoscópicos e histológicos a los 6 y 12 meses, evaluando la actividad endoscópica mediante EREFS.

Resultados. Se incluyeron 17 pacientes (58,8% varones), con edad media de $12,8 \pm 2,8$ años. El Z-score basal de peso y talla fue $-0,6 \pm 0,95$ y $-0,07 \pm 1,09$. El PEES basal fue $7,4 \pm 6,32$ en pacientes y $5,6 \pm 5,92$ en padres. El PedsQL basal fue $61 \pm 12,09$ en menores de 13 años, $79,63 \pm 3,10$ en mayores de 13 años y $61,46 \pm 31,33$ en padres. A los 6 meses, 13 pacientes (75%) completaron el seguimiento, con consumo medio de $9,57 \pm 4,27$ productos por semana. El Z-score de peso fue $-1,17 \pm 1,08$ y el de talla $0,10 \pm 1,31$. Todos permanecieron en remisión histológica. El PEES fue $8 \pm 6,73$ en pacientes y $5,84 \pm 4,57$ en padres. El PedsQL fue $74 \pm 11,40$ en menores de 13 años, $76,61 \pm 12,14$ en mayores de 13 años y $81,24 \pm 12,24$ en padres, con mejoría no significativa en menores de 13 años y padres. A los 12 meses, 8 pacientes (47%) completaron el seguimiento, con consumo medio de $11,85 \pm 4,64$ productos por semana. El Z-score de peso y talla fue $0,09 \pm 1,19$ y $0,56 \pm 1,22$. Siete pacientes (85%) permanecieron en remisión histológica y uno presentó recaída. No se observaron diferencias en síntomas (PEES $8,8 \pm 7,14$ en pacientes y $6,12 \pm 6,12$ en padres). El PedsQL fue $76 \pm 11,84$ en menores de 13 años, $76,62 \pm 18,45$ en mayores de 13 años y $81,80 \pm 15,50$ en padres.

Conclusiones. La introducción de productos horneados con leche en pacientes pediátricos con EoE respondedores a dieta sin leche permitió mantener la remisión histológica en la mayoría de los casos, con estabilidad clínica y tendencia a mejorar la calidad de vida. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral para confirmar estos resultados.

DIETA DE ELIMINACIÓN EXCLUSIVA DE LECHE EN ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA PEDIÁTRICA: UNA ESTRATEGIA TERAPÉUTICA ADECUADA. García Díaz A¹, Fernández Fernández S², Román Riechmann E¹, Domínguez Ortega G³, Cilleruelo Pascual ML¹, Gascón Galindo C⁴, Andradás Rivas R⁵, Gutiérrez Junquera C¹. ¹Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. ²Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ⁵Asociación Española de Esofagitis Eosinofílica.

Introducción y objetivos. En la esofagitis eosinofílica (EoE), la terapia dietética es la única dirigida a la causa de la enfermedad. El objetivo de este estudio fue evaluar la respuesta clínica, endoscópica e histológica a dieta de eliminación exclusiva de leche de vaca y derivados en pacientes pediátricos con EoE, así como analizar la posible asociación entre la respuesta histológica, y variables clínicas basales, incluyendo niveles séricos de IgG4 específica.

Material y métodos. Estudio prospectivo, multicéntrico y observacional en el que se incluyeron pacientes pediátricos de 1 a 18 años con diagnóstico de EoE y enfermedad histológicamente activa objetivada en un intervalo de hasta 4 semanas antes de la inclusión. Los pacientes realizaron una dieta estricta sin leche, bajo supervisión médica y dietética. El objetivo principal fue evaluar la remisión histológica a las 12 semanas, definida como < 15 eosinófilos por campo de gran aumento. La respuesta clínica, endoscópica e histológica se evaluó mediante scores validados, PESS v2.0, EREFS y EoEHSS respectivamente. Se analizaron además diferentes características basales.

Resultados. Se incluyeron 79 pacientes (77% varones), con una edad media de 11 años (DE 3,4). De los 64 pacientes reevaluados a las 12 semanas, el 51% alcanzó remisión histológica. La mediana del descenso de la puntuación EoHSS fue de 10 puntos (RIC 3–16) ($p < 0,001$), con una puntuación a las 12 semanas de 8 (RIC 2–14). La respuesta endoscópica (EREFs ≤ 2) se observó en el 56%, con un descenso significativo respecto al valor inicial (mediana 3; RIC 2–4) ($p < 0,01$) y una mediana de puntuación a las 12 semanas de 2 (RIC 0–3). También se evidenció mejoría sintomática, con descenso en las puntuaciones de PESS v2.0 de 8,8 (RIC –2,5–18) en niños y 5 (RIC 1,3–13) en padres y una mediana de puntuación a las 12 semanas de 11 (RIC 2,5–23) y 12 (RIC 3,8–30) respectivamente. Los pacientes sin tratamiento previo presentaron mayores tasas de remisión histológica que los previamente tratados (63% vs. 26%) ($p < 0,01$). En el análisis multivariable, el tratamiento previo se asoció con menor probabilidad de remisión histológica (OR 0,18; IC 95% 0,05–0,65; $p < 0,01$). Los niveles basales de IgG4 específica para leche no difirieron en función de la respuesta al tratamiento y ninguna otra variable estudiada mostró valor predictivo. Los pacientes respondedores mantuvieron la dieta, realizándose control endoscópico a los 9–15 meses. Actualmente, se han registrado datos de 23 pacientes, manteniendo remisión histológica el 83%, con una mediana de duración del tratamiento de 358 días (RIC 320–389).

Conclusiones. La dieta de eliminación exclusiva de leche logró remisión histológica en aproximadamente la mitad de los pacientes pediátricos con EoE, con mejoría clínica y endoscópica. Por su simplicidad y aplicabilidad, esta estrategia podría considerarse como opción dietética de primera línea en la EoE pediátrica.

VALORES NORMATIVOS DE FUERZA Y RESISTENCIA OROLINGUAL EN ESCOLARES PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA PEDIÁTRICA. Ortiz Pérez P, Valero Arredondo I, García Ramírez M, Torcuato Rubio E, Trillo Belizón C, Navas López VM. *Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

Objetivos. La disponibilidad de datos cuantitativos sobre fuerza labial y lingual en niños es limitada, lo que dificulta la estandarización de las evaluaciones y la planificación de intervenciones en trastornos deglutorios. El objetivo de esta investigación fue establecer patrones de referencia para los valores normales de fuerza lingual, resistencia lingual y fuerza labial, en una población escolar española sana.

Material y métodos. Estudio observacional de corte transversal realizado en escolares sanos (entre 6 y 16 años), reclutados en centros educativos con consentimiento informado de sus tutores legales. Se evaluaron la fuerza lingual máxima, la resistencia lingual y la fuerza labial utilizando el *Iowa Oral Performance Instrument*® (IOPPI), un dispositivo estandarizado para la medición de la presión oral. Para cada variable se consideró el mayor valor obtenido en tres intentos consecutivos. Se calcularon estadísticos descriptivos por grupos etarios, un análisis de varianza de dos factores (edad y sexo) para evaluar los efectos principales y la interacción, así como la estimación del tamaño del efecto (η^2 parcial) y el cálculo de percentiles clínicos (P5–P95). También se emplearon modelos de regresión para explorar asociaciones con la edad, el sexo y los indicadores nutricionales.

Resultados. Se incluyeron 360 escolares sanos (48,4 % niñas, 51,6 % niños). Se generaron valores normativos por grupos de edad para la fuerza lingual, la resistencia lingual y la fuerza labial, incluyendo percentiles clínicos (P5–P95). Los valores medios aumentaron con la edad, con mayor dispersión en los grupos etarios superiores. El análisis de varianza (ANOVA) confirmó un efecto principal significativo de la edad sobre la fuerza lingual [$F(6,340) = 20,47$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,27], lo que indica un tamaño de efecto grande entre grupos de edad. La resistencia lingual [$F(6,340) = 6,26$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,10] y la fuerza labial [$F(6,340) = 5,70$; $p < 0,001$; η^2 parcial = 0,09] también mostraron efectos significativos de la edad, con tamaños de efecto moderados. No se identificaron efectos principales del sexo ni interacciones significativas entre edad y sexo en ninguna de las variables analizadas. En los modelos de regresión, la edad se asoció de forma independiente con las tres variables oromotoras ($p < 0,001$). El Z-score de IMC mostró asociación significativa únicamente con la fuerza lingual tras ajustar por edad y sexo.

Conclusiones. La fuerza y resistencia lingual, junto a la fuerza labial siguen un incremento progresivo con la edad en población pediátrica sana. Los valores normativos obtenidos aportan una referencia objetiva para la población infantil española, cubriendo la falta de datos estandarizados en este ámbito. Su aplicación clínica permite cuantificar la función oromotora, orientar decisiones terapéuticas basadas en parámetros medibles y monitorizar la evolución y respuesta al tratamiento en intervenciones miofuncionales y en trastornos deglutorios pediátricos.

¿CÓMO Y QUIÉNES REALIZAMOS EL SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS INTERVENIDOS DE ATRESIA ESOFÁGICA EN NUESTRO PAÍS? RESULTADOS ENCUESTA NACIONAL EN LA SEGHNP.

Sánchez Sánchez C¹, Miranda Cid MC¹, Tolín Hernani M¹, Carro M², Ruiz Hernández C³, Masip Simo E⁴, Bodas Pinedo A⁵; Grupo de Trabajo de Motilidad y Trastornos Funcionales de la SEGHNP. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil. Hospital Materno Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario General de Villalba. Villalba, Madrid. ³Servicio de Digestivo Infantil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ⁴Servicio de Gastroenterología Infantil. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción. Los niños diagnosticados de atresia esofágica (AE) pueden presentar diferentes complicaciones tras la intervención a lo largo de la vida. Un adecuado seguimiento médico quirúrgico asegura un manejo correcto y apropiado de complicaciones futuras.

Objetivos. El objetivo principal era conocer la situación actual en nuestro país del seguimiento y manejo de niños con AE tras la intervención inicial. Otros objetivos eran detectar necesidades y manejo de complicaciones, y valorar necesidad de crear grupo de trabajo especializado en la SEGHNP.

Material y métodos. Estudio transversal, mediante encuesta electrónica de respuesta múltiple, distribuida por correo electrónico a los miembros de la sociedad entre junio y agosto 2025. El cuestionario incluía 10 ítems agrupados en cuatro bloques temáticos sobre datos de centros (tipo y ubicación), atención de niños con atresia esofágica, complicaciones y causas de seguimiento, y bloque sobre responsable de seguimiento y creación de grupo de trabajo específico dentro de la Sociedad.

Resultados. Se incluyeron 32 encuestas. El 85% de hospitales terciarios con mayor respuesta en Catalunya (25%), Andalucía (18%) y Madrid (16%). En el 88% se intervienen niños con atresia de esófago. En el 44% se intervienen menos de 3 niños/año, y en un 18% más de 6 niños/año. En el 75% se atienden de 1 a 5 niños/mes, y en un 15% entre 6 y 10 pacientes/mes. Las causas más frecuentes de seguimiento son: enfermedad por reflujo (81%), trastornos motores esofágicos (60%), problemas respiratorios (40%), problemas nutricionales (40%), disfagia orofaríngea (2%), esofagitis eosinofílica (1%). Dentro de los trastornos motores esofágicos la dismotilidad en 40%, hipoperistaltismo en 31%, y aperistaltis en 1%. De los trastornos nutricionales, 37,5% rechazo de alimentación, 28% desnutrición crónica, 25% trastorno de conducta alimentaria. Sobre el seguimiento, en el 78% de los centros lo realizan gastroenterólogos pediátricos, en 59% cirugía infantil, en 28% neumología, y en 25% nutrición infantil. Solo en 3 centros se realiza seguimiento conjunto en consulta médico-quirúrgica o aerodigestiva. El 78% encuestados considera útil la creación de un grupo de trabajo para AE en nuestra Sociedad.

Conclusiones. Este estudio ha permitido obtener información relevante sobre el seguimiento en niños intervenidos de atresia esofágica en nuestro país, lo que podría tener implicaciones sobre actividades formativas, futuras líneas de investigación y guías específicas.

PROGRAMA MÉDICO-QUIRÚRGICO PEDIÁTRICO PARA NIÑOS INTERVENIDOS DE ATRESIA DE ESÓFAGO: REALIDAD Y DESAFÍOS. Sánchez Sánchez C¹, Tolín Hernani M¹, Miranda Cid MC¹, García Casillas M², Pérez Egidio L², Bada Bosch I², De Agustín Asensio JC²; CSUR de atresia de esófago complejo. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil; ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos. Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los niños intervenidos de atresia esofágica incluidos en el programa médico quirúrgico, y describir los desafíos en el seguimiento y estrategias de mejora.

Pacientes, material y métodos. Estudio de cohorte retrospectivo unicéntrico de niños intervenidos de atresia de esófago atendidos en la consulta médico-quirúrgica de un hospital pediátrico terciario entre junio de 2019 y diciembre de 2025. Se recogieron datos demográficos y clínicos mediante revisión de historias clínicas. Los datos se analizaron SPSS 25.0.

Resultados. 65 pacientes atendidos (55% varones), 53,5% remitidos desde otros centros. Sus medianas de edad actual e inclusión en programa son 8,3 años (RIQ: 7,8) y 2,8 años (RIQ: 7,4) La mediana de visitas el primer año fue de 3 (RIQ: 2), y del tiempo de seguimiento 4 años (RIQ: 3). El tipo de atresia más frecuente fue el tipo III (80%), con 12% de long gap. El 20% presentaban síndromes asociados [mediana de malformaciones de 2 (RIQ: 1)]. El 49% habían presentado estenosis antes del seguimiento, con una mediana de dilataciones de 2 (RIQ: 2). La median del número de procedimientos compartidos fue de 2 (RIQ: 1). El 51% fueron diagnosticados previamente de ERGE, 55% con IBP retirado en un 70% durante el seguimiento. 18 pacientes fueron intervenidos previamente con cirugía antirreflujo, solo 15% a lo largo del seguimiento. El 15% de los pacientes presentaban trastornos de motilidad siendo el más frecuente el hipoperistaltismo esofágico. El 26% de los pacientes presentaban trastorno alimentario, siendo el más frecuente la malnutrición (94%). Un 85% recibían alimentación oral, 17% por gastrostomía y 3% por gastroyeyunostomía, pudiendo pasar oral en un 71% durante el seguimiento. El número de endoscopias de control realizadas al quinto, décimo, y decimoquinto año de vida fueron 26, 15 y 5, respectivamente. El porcentaje de pacientes con pHmetría-IMM fue de un 51%, 66% realizadas entre el primer y segundo año de vida según protocolo. Durante este seguimiento se han transicionado dos pacientes. El grado de satisfacción parental fue elevado en la mayor parte de los pacientes (media en escala Likert de 4,5).

Conclusiones. Consideramos imprescindible un enfoque coordinado y multidisciplinar para brindar una atención adecuada en niños intervenidos de atresia esófago. La colaboración entre múltiples disciplinas ofrece una oportunidad única para desarrollar una atención innovadora y de alta calidad. Es necesario definir medidas de resultado para valorar objetivamente el beneficio clínico.

RESULTADOS CLÍNICOS Y NUTRICIONALES DE LA FUNDUPPLICATURA TIPO NISSEN EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO. García Matamoros L, Vizcaíno Pérez R, Ortiz Teba M, Romero Rondan P, Carrión Medina A, Quirós Nieto B, Curbelo Rodríguez M, Balboa Vega M. *Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla.*

Objetivos. Describir características clínicas y nutricionales de pacientes pediátricos con reflujo gastroesofágico (RGE) sometidos a funduplicatura tipo Nissen y analizar resultados postoperatorios, evolución clínica y complicaciones asociadas en un hospital terciario.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes pediátricos diagnosticados de RGE intervenidos mediante funduplicatura tipo Nissen en los últimos 10 años. Se recogieron variables demográficas, antropométricas, clínicas (niño sano o patología neurológica), tipo de soporte nutricional previo, síntomas preoperatorios, tratamiento previo con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y pruebas complementarias realizadas (pHmetría, impedanciometría y endoscopia digestiva alta). Como variables evolutivas se analizaron el tiempo hasta el inicio de la alimentación tras la cirugía, necesidad de gastrostomía posterior, retirada completa de IBP y complicaciones postoperatorias, incluyendo persistencia y/o recidiva del reflujo, disfagia, vómitos y necesidad de reintervención.

Resultados. Se incluyeron 21 pacientes, 65% varones y 35% mujeres, con edad media de 9,5 años. El 30% presentaba patología neurológica. En un 45% evidenciaban mal estado nutricional (65% patología neurológica y 35% sanos) y 25% presentaba peso por debajo del percentil 1. Respecto al soporte nutricional previo, 65% recibía alimentación oral, 25% sonda nasogástrica y 10% gastrostomía, siendo 85% pacientes neurológicos. El 35% presentaba vómitos y 35% síntomas respiratorios preoperatorios. El tratamiento con IBP previo a la cirugía estaba presente en 95% de los casos, con tiempo medio de 19,65 meses y dosis media de 1 mg/kg/día. Para el diagnóstico, se realizó pHmetría en 95%, impedanciometría en 10% y endoscopia digestiva alta en 70% de los pacientes. El tiempo medio hasta el inicio de la alimentación tras la cirugía fue de 2 días, con un rango entre 1 y 13 días. Tras la intervención, se objetivó persistencia de reflujo en 10%, recidiva de RGE en 5% (paciente con atresia esofágica) y retirada completa del tratamiento con IBP en un 75% de los casos. Las principales complicaciones postoperatorias fueron disfagia (10%), vómitos (10%) y necesidad de reintervención (10%) en un 65% en pacientes con patología neurológica. Se requirió gastrostomía posterior en 40% de los pacientes, de los cuales el 90% se trataba de pacientes con patología neurológica.

Conclusiones. La funduplicatura tipo Nissen constituye una opción terapéutica eficaz en el manejo del RGE pediátrico refractario, especialmente en pacientes con comorbilidad asociada y requerimientos nutricionales complejos. En nuestra serie, la intervención permitió un adecuado control clínico del reflujo y la retirada del tratamiento antisecretores en un porcentaje relevante de pacientes, aunque se observaron complicaciones postoperatorias como disfagia, vómitos, persistencia o recidiva del RGE en postoperatorio inmediato (< 5% largo plazo). La correcta selección de candidatos y el abordaje multidisciplinar, con especial atención al estado nutricional y a la comorbilidad neurológica, resultan fundamentales para optimizar los resultados tras cirugía antirreflujo en edad pediátrica.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL BIOFEEDBACK EN UNA COHORTE PEDIÁTRICA CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL Y/O INCONTINENCIA FECAL RETENTIVA. Arauzo Otero T, Alonso Pérez N, Rodrigo García G, Sánchez Prudencio S, Ortiz Durán M. *Hospital Universitario Infanta Cristina. Parla, Madrid.*

Objetivos. El estreñimiento funcional y la incontinencia fecal retentiva suponen un alto número de consultas en Gastroenterología pediátrica, con un importante impacto en la calidad de vida y en los costes sanitarios. El tratamiento de primera línea incluye medidas higiénico-dietéticas y laxantes, aunque no siempre efectivos, lo que ha impulsado la búsqueda de alternativas terapéuticas como el biofeedback. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia del biofeedback mediante la comparación de parámetros clínicos antes y después de la intervención en una cohorte de pacientes pediátricos de nuestro centro.

Material y métodos. Estudio retrospectivo analítico de pacientes tratados con biofeedback entre 2010 y 2024. Se incluyeron pacientes menores de 18 años con diagnóstico de estreñimiento funcional y/o incontinencia fecal retentiva refractarios a tratamiento laxante. Se analizaron variables clínicas antes y después de la intervención. Para la comparación pre- y postratamiento se utilizó el test de Wilcoxon, considerando significación estadística una $p < 0,05$.

Resultados. Se evaluaron 18 pacientes, el 83% eran varones con una mediana de edad en la primera sesión de biofeedback de 10 años y 3 meses. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico fueron incontinencia fecal (83%), actitudes retentivas (61%), dolor con la defecación (39%) y dolor abdominal (33%), con un tiempo medio de evolución de 37,5 meses antes de la primera consulta especializada. El 61% ingería menos de la dosis diaria recomendada de fibra. El 88% de los pacientes recibían tratamiento laxante de mantenimiento sin respuesta clínica. El 39% presentaba comorbilidad psiquiátrica asociada. En 15 pacientes (83%) la manometría anorrectal mostró alteraciones, fundamentalmente disinergia del suelo pélvico (60%), alteraciones en el tono del esfínter (27%) o hiposensibilidad rectal (13%). La media de las sesiones de biofeedback fue de 3. Tras la intervención se observó una disminución significativa del número de escapes semanales (mediana 6,5 [RIC 3–7] vs. 1 [RIC 0–1]; $p = 0,0009$), un aumento del número de deposiciones semanales (mediana 3 [RIC 1–6] vs. 7 [RIC 4–7]; $p < 0,001$) y una mejoría del tipo de deposición según la escala de Bristol (mediana de 2 [RIC 2–3] vs. 4 [RIC 4–5]; $p < 0,001$).

Conclusiones. Aunque la evidencia sobre el uso del biofeedback en población pediátrica es limitada, esta técnica puede contribuir a la mejoría del estreñimiento funcional y la incontinencia fecal mediante un proceso de aprendizaje y refuerzo. En nuestra cohorte, el biofeedback se asoció a una mejoría clínica significativa, por lo que constituye una opción terapéutica a considerar en escolares mayores y adolescentes con incontinencia fecal de alto impacto en la calidad de vida y refractarios a tratamientos convencionales.

SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO DEL NERVO CUTÁNEO ANTERIOR COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA. Camacho Nieto E¹, De Juan Font M¹, Trabada Echarri M¹, Tolín Hernani M¹, Miranda Cid MC¹, Herrero Álvarez M¹, Melone A², Arellano Pulido M². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Anestesiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos. El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (ACNES) constituye una causa infradiagnosticada de dolor abdominal en pediatría. La etiopatogenia se basa en la compresión de las ramas terminales anteriores de los nervios intercostales (T7–T12), al atravesar la fascia del recto abdominal. El diagnóstico es clínico, siendo clave el signo de Carnett y la respuesta al tratamiento mediante infiltraciones anestésicas. Los objetivos son describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de una cohorte de pacientes con ACNES y evaluar la respuesta clínica al tratamiento.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyen pacientes hasta los 16 años de edad con diagnóstico de ACNES, valorados en Gastroenterología Pediátrica entre 2024–2025. Los datos obtenidos de las historias clínicas, se recogieron en una base de datos y se analizaron las variables: edad, demora diagnóstica, localización del dolor, pruebas complementarias, valoraciones, tratamientos, infiltraciones y respuesta clínica.

Resultados. Se incluyeron 6 pacientes diagnosticados de ACNES, en su mayoría de sexo femenino (83%), con edades entre los 13 y 15 años al diagnóstico, con media de 14 años y 5 meses. La distribución anatómica del dolor fue heterogénea, encontrándose más frecuentemente en fosa iliaca izquierda (33%), siendo el signo de Carnett positivo en el 83%. Todos los pacientes fueron sometidos a pruebas complementarias: ecografía abdominal (100%), tomografía axial computarizada abdominal (50%) y endoscopia digestiva (33%), sin evidenciarse hallazgos patológicos relacionados con la sintomatología. La demora diagnóstica osciló entre 1 y 6 años, con media de 3 años. El número de visitas hasta el diagnóstico varió entre 2 y 10, con mayor frecuentación cuanto más demora diagnóstica. La totalidad precisó valoración por psicología/psiquiatría. Como tratamientos se emplearon de analgesia primer y segundo escalón, neuromoduladores, inhibidores de la bomba de protones, laxantes y probióticos, sin respuesta clínica satisfactoria. Todos recibieron infiltraciones locales con dexametasona y anestésico (66% ropivacaína y 33% bupivacaína), de 1 a 4 infiltraciones en total. El intervalo entre infiltraciones varió entre 1 y 12 meses, siendo en el 66% menor de 3 meses. Se observó mejoría clínica en el 100% de los pacientes, tras una media de 1,7 infiltraciones. La desaparición completa de la sintomatología se alcanzó en 3 pacientes (50%).

Conclusiones. El ACNES es una causa relevante de dolor abdominal crónico en pediatría, asociada a una significativa demora diagnóstica y múltiples exploraciones, por lo que es fundamental su inclusión en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal. Su diagnóstico permitió un abordaje terapéutico específico mediante infiltraciones locales, siendo un tratamiento efectivo para la mejoría de la sintomatología. La complejidad clínica respalda la necesidad de un enfoque integral y multidisciplinar, incluyendo seguimiento en salud mental.

EVALUACIÓN DE LA SALUD ÓSEA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. Di Campli Zaghlul MA¹, Rodríguez Manchón S², Domínguez Ortega G¹, Puente Ubierna N¹, Recio Linares A³, Del Brío Castillo R⁴, Gutiérrez Junquera C⁵, Muñoz Codoceo RA¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Álvarez Buylla. Mieres, Asturias. ³Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ⁴Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

Objetivos. Las distintas opciones terapéuticas utilizadas en la esofagitis eosinofílica (EoE) podrían tener un impacto negativo sobre la salud ósea, aunque la evidencia disponible procede mayoritariamente de estudios en adultos. El objetivo de este estudio fue evaluar la salud ósea en pacientes pediátricos con EoE en el momento del diagnóstico y tras el primer año de seguimiento.

Material y métodos. Estudio multicéntrico, prospectivo y observacional del grupo de trabajo de trastornos gastrointestinales eosinofílicos primarios de la Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Se incluyeron pacientes menores de 18 años al diagnóstico de EoE. Se recogieron datos epidemiológicos, se realizó valoración del metabolismo fosfocálcico mediante análisis de sangre y se realizó densitometría ósea de columna lumbar (L1–L4) al diagnóstico y tras un año de seguimiento. Se definió baja densidad mineral ósea para la edad cronológica (BDMOEC) cuando el Z-score de la DMO fue < -2 DE. El estudio estadístico se realizó con SPSSv26.

Resultados. Se incluyeron 44 pacientes, 32 (72,7%) varones, con una mediana de edad al diagnóstico de 13 años (RIQ 9–14). 20 (45,5%) tenían asma, 19 (43,2%) dermatitis atópica, 24 (54,5%) rinoconjuntivitis alérgica, 20 (45,5%) alergias alimentarias IgE mediadas, más frecuente a frutos secos (14, 70%) y 4 (9,1%) antecedente de alergia a proteína de leche de vaca (PLV) no IgE mediada. Al diagnóstico, 6 (13,6%) presentaron déficit de vitamina D, 23 (52,2%) insuficiencia de vitamina D y 1 (2,3%) BDMOEC. Han sido reevaluados al año 24 (54,5%), 5 (21,7%) presentaron déficit de vitamina D, 13 (56,5%) insuficiencia y 2 (8,7%) BDMOEC. Durante el primer año de evolución; 5 (21%) recibió tratamiento con dieta sin proteína de leche de vaca, 1 (4%) con corticoides deglutidos, 4 (17%) con inhibidor de la bomba de protones y 14 (58%) han precisado más de una línea de tratamiento. La media de Z-score de DMO, tanto al diagnóstico (-0,109) como al año (-0,258) fue similar a la de la población general. El tratamiento recibido durante el primer año no se asoció con diferencias significativas en los niveles de vitamina D ni en la densidad mineral ósea. Tampoco se observaron asociaciones significativas con el resto de las variables analizadas.

Conclusiones. La DMO y los niveles de vitamina D en pacientes pediátricos con EoE disminuyen al año del diagnóstico, aunque de manera no significativa. No se observaron diferencias significativas en los parámetros de salud ósea según el tratamiento recibido ni en relación con otras variables clínicas. Debido al tamaño muestral reducido de este estudio no es posible obtener conclusiones definitivas. Este estudio continúa abierto y el reclutamiento de nuevos pacientes permitirá obtener más evidencia de la afectación de su salud ósea.

EFICACIA DE LA DIETA DE EXCLUSIÓN DE PROTEÍNA DE LECHE DE VACA EN PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. Gómez Torres G, Fuentes Campoy C, de la Rosa Mordán Y, Cancela Núñez A, Rojo Garrido M, Gallardo Padilla M. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro, Madrid.*

Objetivo. La eliminación exclusiva de proteína de leche de vaca (PLV) en la esofagitis eosinofílica (EEO) ha mostrado tasas de remisión histológica entre el 40–60% en población pediátrica, aunque la evidencia disponible sigue siendo limitada, especialmente aquella que hace referencia a una dieta de exclusión que permita el consumo de trazas de PLV. El objetivo de este estudio es describir los porcentajes de remisión clínica e histológica en pacientes pediátricos con EEO tratados con dieta exclusiva sin PLV y analizar la respuesta tras la reintroducción de trazas, considerando la influencia del fenotipo alérgico.

Material y métodos. Se diseñó un estudio observacional, transversal y retrospectivo, realizado entre 2023–2025 en pacientes menores de 16 años diagnosticados de EEO en un hospital de segundo nivel en Madrid. Los participantes siguieron una dieta de exclusión de PLV durante 2–3 meses, sin tratamiento concomitante con inhibidores de la bomba de protones ni corticoides tópicos. La remisión histológica se definió como < 15 eosinófilos por campo de gran aumento y la remisión clínica como ausencia de síntomas. En los pacientes con respuesta completa se introdujo una segunda fase de dieta parcial con trazas de PLV durante 3–6 meses, con control endoscópico posterior. Se compararon los porcentajes de remisión entre la dieta estricta y parcial, así como las tasas de respuesta según la presencia o no de fenotipo alérgico (asma, dermatitis atópica, alergias múltiples o antecedentes familiares de atopia).

Resultados. De los 19 pacientes, 13 (68%) lograron remisión histológica con la eliminación de PLV estricta. De los 6 pacientes no respondedores, 2 presentaron un descenso del 75% en el número de eosinófilos. De los 13 pacientes que respondieron a dieta total, 11 (84,6%) mantuvieron remisión al reintroducir de forma libres trazas de PLV. Uno está pendiente de revaloración endoscópica. Por otro parte, 14 (73,7%) refirieron mejoría clínica. No se observó asociación significativa entre el fenotipo alérgico y la respuesta histológica a la dieta (RR = 0,85; IC95%: 0,47–1,55; p = 1,00). Ninguna de las comorbilidades alérgicas (asma, dermatitis atópica, alergia IgE mediada y rinoconjuntivitis alérgica) mostró asociación significativa

Conclusiones. En nuestra cohorte, 2/3 de los pacientes respondieron a una dieta estricta sin PLV y más del 80% mantuvieron la remisión histológica tras reintroducción de trazas. Estos resultados abren la posibilidad de plantear una dieta parcial sin PLV como estrategia inicial, minimizando el riesgo de alergia a la PLV IgE mediada en el futuro y favoreciendo una correcta adherencia al tratamiento a largo plazo, aunque se precisan estudios aleatorizados que respalden esta hipótesis. El fenotipo alérgico, tanto en su análisis global como individual, no presentó una asociación estadísticamente significativa con la respuesta histológica a la dieta.

IMPACTO DE LAS CONDICIONES DE ATOPIA EN EL DEBUT, EL TRATAMIENTO Y LA EVOLUCIÓN DE LA ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN PEDIATRÍA. González Pérez M¹, Ranz Sanz N², Rubio Pizarro V¹, Recio Linares A¹, Hidalgo Montes I³, Botija Arcos G¹, González de Zárate Lorente A³, Dadlani Dadlani N³. ¹Sección de Gastroenterología, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid. ²Estudiante de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid. ³Sección de Gastroenterología, Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Objetivos. Evaluar las diferencias en la presentación clínica, los hallazgos endoscópicos y la respuesta terapéutica entre pacientes pediátricos con esofagitis eosinofílica según la presencia o ausencia de condiciones de marcha atópica.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo, multicéntrico (2 centros de segundo nivel), que incluyó a pacientes < 17 años con diagnóstico de esofagitis eosinofílica entre el 01/01/2019 y el 31/12/2024. Se recogieron variables como la edad al diagnóstico, el tiempo hasta el diagnóstico, las manifestaciones clínicas, datos micro y macroscópicos al debut, así como la respuesta al tratamiento (remisión y mantenimiento de la remisión). Se investigó la existencia de rinitis, asma, dermatitis atópica y alergia alimentaria. Previo al análisis se excluyó la rinitis al ser un dato de marcha atópica frecuente y con menos peso. El análisis estadístico se efectuó utilizando Stata 17 y SPSS 20 y el protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del centro.

Resultados. Se analizaron 51 pacientes (33 varones, 18 mujeres), con edad media al diagnóstico de $11,03 \pm 3,63$ años; el 64,7% procedían de atención primaria. 26 presentaron < 2 datos de marcha atópica y $25 \geq 2$ (asma 43,1%, dermatitis atópica 37,7%, alergia alimentaria 60,8%). La mediana hasta el diagnóstico fue de 9,9 meses (5,1–25,1); el síntoma de debut más frecuente fue la disfagia (78,4%); el score EREFS más observado fue 4 (27,5%) y el recuento eosinofílico predominante 51–100 eos/campo (51%). Los IBP fueron el tratamiento más empleado (96,1%) y la primera opción en el 88,2% de los casos. El tiempo medio hasta la remisión histológica fue de $5,2 \pm 2,2$ meses y el 72,5% requirió probar 2 o más tratamientos para mantener la remisión. En la comparación entre grupos, el grupo de ≥ 2 datos de marcha atópica mostró mayor frecuencia de tos con la ingesta (24% vs. 0%; $p = 0,010$) y mayor tasa de derivación a Alergología (96% vs. 61,5%; $p = 0,005$). Se observó una edad menor al diagnóstico ($10,2 \pm 3,7$ vs. $11,8 \pm 3,4$; $p = 0,137$), peor score EREFS (mediana de 4 vs. 2; $p = 0,052$), mayor tiempo hasta la remisión ($5,5 \pm 2,2$ vs. $4,9 \pm 2,1$; $p = 0,371$) y necesidad de más tratamientos ($2,1 \pm 0,8$ vs. $1,8 \pm 0,7$; $p = 0,351$) en este mismo grupo, pero sin alcanzar significación estadística. Para el resto de variables no hubo diferencias entre los grupos de < 2 y ≥ 2 datos de marcha atópica.

Conclusiones. Los pacientes con ≥ 2 datos de marcha atópica mostraron mayor frecuencia de tos con la ingesta y mayor necesidad de valoración por Alergología. A pesar de observar una tendencia hacia un debut clínico más precoz, mayor gravedad inicial y peor evolución, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas impiden extraer conclusiones firmes respecto al impacto de la marcha atópica en la esofagitis eosinofílica en el paciente pediátrico.

HELICOBACTER PYLORI EN PACIENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: AMIGO O ENEMIGO.

Olalla Ruiz M, Castelló Mustienes A, Casillas S, Virgala M, Blacio T, Martínez Escribano B, Vidal Esteban A, Barrio Torres J. *Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid.*

Introducción y objetivo. La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad inflamatoria crónica mediada por mecanismos inmunoalérgicos. Existe debate sobre si el *Helicobacter pylori* (Hp) podría ejercer un posible efecto protector frente a esta enfermedad. Objetivo: Evaluar en un grupo de pacientes con EoE si la presencia de Hp al diagnóstico y su tratamiento y erradicación influyen en la evolución y respuesta al tratamiento de la EoE.

Material y método. Estudio de cohortes longitudinal retrospectivo en población pediátrica < 16 años con diagnóstico de EoE. Los pacientes fueron clasificados según la presencia o ausencia de infección por Hp al diagnóstico, y dentro del subgrupo con Hp, se comparó la evolución entre aquellos que recibieron tratamiento erradicador frente a los que no. Se recogieron variables demográficas, clínicas, endoscópicas e histológicas. El análisis estadístico se realizó con spss para Windows.

Resultados. Se incluyeron 162 niños con EoE, 81,5% varones, edad media al diagnóstico 9,7 años (DS 3,28). Clínica al diagnóstico: impactación alimentaria 42 (26,3%), dolor abdominal 42 (26,3%) y disfagia 27(16,9%). Presentaba infección por Hp al diagnóstico 39 (33,6%), recibieron tratamiento 35 (89%) con erradicación en 29 (83% de los tratados). Consiguieron curación histológica tras el primer tratamiento N = 81 (69,8%), y se consideraron refractarios 20 de los 92 que completaron seguimiento (21,7%). Al comparar la evolución de los pacientes que tenían infección con Hp respecto a los que no la tenían: no hubo diferencias en cuanto al número de tratamientos recibidos ($p = 0,351$) ni en función del tratamiento recibido, $P = 0,042$; OR 3,2 (IC95% 0,375–28,42), ni en cuanto a la curación histológica ($p = 0,08$). Los pacientes con infección por Hp mostraron una menor proporción de enfermedad refractaria en comparación con aquellos sin infección, con una tendencia hacia un posible efecto protector, aunque sin alcanzar significación estadística ($p = 0,05$; OR 0,28; IC 95% 0,08–1,06). Al comparar los niños Hp tratados y erradicados con los no erradicados no se observaron diferencias en cuanto a número de tratamientos recibidos ($P = 0,979$) ni en cuanto a la refractariedad $p = 0,586$, OR 0,870 (IC 95% 0,742–1,019).

Conclusión. En esta cohorte pediátrica de pacientes con EoE no hemos podido confirmar si la infección por Hp al diagnóstico influye en la respuesta al tratamiento de la EoE. El papel potencialmente modulador del Hp en la EoE pediátrica merece ser explorado en estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.

EVALUACIÓN DE LA PREPARACIÓN PARA LA TRANSICIÓN EN ADOLESCENTES CON ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. Bassy Navarro S, García Rodríguez M, Martín Fernández C, Esparza Isasa E, Monserrat Marín C, Muñoz Codoceo RA, Di Campli Zaghlul M, Domínguez Ortega G. Sección de Gastroenterología y Nutrición. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. La esofagitis eosinofílica (EoE) es una enfermedad crónica que requiere una transición adecuada desde unidades pediátricas a unidades de adultos. El objetivo fue evaluar el grado de preparación para la transición en adolescentes con EoE mediante el cuestionario STARx (SelfManagement and Transition to Adulthood with Therapeutics -Rx-), comparar los resultados por grupos de edad y analizar su relación con variables clínicas y epidemiológicas.

Material y métodos. Estudio prospectivo, observacional y descriptivo en pacientes con EoE de 12–18 años, divididos en dos grupos (G1: 12–15 años; G2: 16–18 años) que respondieron al STARx. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas, así como puntuaciones globales y por dominios del cuestionario STARx. Se analizó la asociación entre las puntuaciones del cuestionario y las variables recogidas, y se compararon ambos grupos. El análisis estadístico se realizó mediante SPSSv25.

Resultados. Se incluyeron 27 pacientes con diagnóstico de EoE (G1: 12; G2: 15). La mediana de edad fue 16 años (RIC 15–17) y el 81,5% eran varones. La mediana de la puntuación global del STARx en el total de pacientes fue 41 (RIC 34–48), significativamente mayor en G2 respecto a G1 [43 (RIC 38,5–48) vs. 35 (RIC 33,5–44,75); $p = 0,038$]. Las puntuaciones medianas por dominios fueron: sección 1 (autogestión): 15 (RIC 11–18), sección 2 (conocimiento de la enfermedad): 20 (RIC 18–24) y sección 3 (autonomía): 18 (RIC 14–20). Solo el dominio de autonomía mostró diferencias significativas entre grupos [G1: 16,5 (RIC 10,7–19,2) vs. G2: 18 (RIC 15–20); $p = 0,029$]. Los ítems mejor puntuados fueron la comprensión de la información médica (92 puntos), el conocimiento de la enfermedad (92 puntos) y la capacidad de autocuidado (91 puntos). Los peor puntuados fueron la solicitud autónoma de citas (2 puntos), la discusión de nuevos problemas de salud (19 puntos) y la búsqueda de información sobre la enfermedad (29 puntos). No se encontraron asociaciones significativas entre la puntuación global del STARx y adherencia terapéutica, comorbilidades atópicas, actividad endoscópica o histológica, síntomas, tipo de tratamiento, antecedentes familiares de EoE o tiempo desde el diagnóstico ($p > 0,05$).

Conclusiones. En nuestra cohorte, los pacientes presentan un nivel moderado-bajo de preparación. El grupo de 16 a 18 años mostró mayor preparación global y autonomía. Sin embargo, las habilidades de autogestión y el conocimiento de la enfermedad no mostraron diferencias entre grupos, lo que sugiere la necesidad de intervenciones específicas para reforzar estos dominios antes de la transición. La aplicación del cuestionario STARx en pacientes con EoE puede ayudar a monitorizar y mejorar la preparación para la transición. El tamaño muestral limitado constituye la principal restricción del estudio. Estudios multicéntricos y longitudinales permitirán profundizar en los factores implicados y optimizar los programas de transición en esta población.

AMAMANTAMIENTO EN LACTANTES CON ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA: ¿INFLUYE EL NIVEL ASISTENCIAL Y EL CONTEXTO GEOGRÁFICO EN EL DIAGNÓSTICO?

La Orden Izquierdo E¹, Marmarusso D², Ortiz G³, Castell Miñana M⁴, Toca MC³; Working Group Food Allergy, LASPGHAN; AEPAP, España. ¹Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe, Madrid DASUR. GAAP. ²Sanatorio de Niños. Rosario, Argentina. ³Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina. ⁴Centro de Salud Campanar. Valencia.

Introducción. La lactancia materna (LM) constituye la opción nutricional preferente para el lactante por sus múltiples beneficios. No obstante, su práctica no excluye la posibilidad de desarrollar una alergia a las proteínas de la leche de vaca (APLV). El diagnóstico puede establecerse tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario. El tratamiento se basa en una dieta de exclusión de proteínas de leche de vaca y otros mamíferos y/o en el empleo de fórmulas extensamente hidrolizadas o elementales. La continuidad de la lactancia materna antes y después del diagnóstico puede variar en función del manejo indicado.

Objetivo. Comparar la frecuencia de amamantamiento y causas de su cese en menores de un año diagnosticados de APLV en atención primaria en España (AEPAP)* y gastroenterólogos pediátricos latinoamericanos (Working Group Food Allergy LASPGHAN)**.

Pacientes y métodos. Estudio observacional transversal multicéntrico mediante registro de pacientes menores de un año diagnosticados de APLV.

Resultados. Se muestran en la siguiente tabla:

	WGFA LASPGHAN	AEPAP España
Pacientes	328 (15 países)	97 pacientes (1 país)
Edad de diagnóstico (media y rango)	3,2 meses (1–7,2 meses)	2,4 meses (0–10 meses)
Tipo de APLV	Mediada por IgE 12,5% No mediada por IgE 69% Mixta 18,5%	Mediada por IgE 13,4% No mediada por IgE 84,5% Mixta 2,1%
Alimentación previa al diagnóstico	LM exclusiva 35,37% Lactancia mixta 59,45% Lactancia artificial 5,18%	LM exclusiva 48,5% Lactancia mixta 33% Lactancia artificial 18,5%
Alimentación tras el diagnóstico	LM exclusiva 32,31% Lactancia mixta 32,31% Lactancia artificial 35,66%	LM exclusiva 27,8% Lactancia mixta 40,2% Lactancia artificial 32%
Cese evolutivo de LM	30,48%	30%
Causas de cese de LM	No especificada 69,51% Hipogalactia 7,3% Ausencia de mejoría clínica 5,1% Exclusión de > 1 alérgeno 3,6% Causa materna 3% Falta de apoyo 1,8% Consejo profesional 1,2%	No especificada 25% Hipogalactia 40% Exclusión alimento (> 1) 8,5% Causa materna 6% Falta de apoyo 3% Consejo profesional 17,5%

Conclusión. La LM cesó en aproximadamente un tercio de los pacientes en ambos grupos durante el tratamiento. En más de la mitad de los pacientes la hipogalactia o la ausencia de una razón específica fue el motivo más prevalente, siendo más frecuente en el grupo de lactantes que inició el tratamiento con lactancia mixta. Es necesario mantener el apoyo a la lactancia materna al diagnóstico y durante el tratamiento por sus múltiples efectos protectores e inmunomoduladores.

*AEPAP, España: La Orden Izquierdo E (C.S. Juan de la Cierva, Madrid); Castell Miñana M (C.S. Campanar, Valencia); Barahona Rondón L (C.S. Arroyo Mediallegua, Madrid); Echeverría Matia I (C.S.

Olarizu, Álava); Ferré Moragues L (CAP Olot, Gerona); Galera Peinado AP (C.S. María Fuensanta Pérez Quiros, Sevilla); José Jiménez MJ (C.S. Soria Sur, Soria); Carpintero Martín MI (C.S. La Puebla, Palencia); Santamaría Serra AB (C.S. Valencia de Don Juan, León); Martínez Fernández MM (C.S. La Puebla, Palencia); Almazán Fernández de Bobadilla C (C.S. Maracena, Granada); Arranz San Juan R (C.S. Campo Real, Madrid); De Miguel Cáceres C (C.S. Ibiza, Madrid); Rodríguez Catalán J (Cons. Velilla de San Antonio, Madrid); Acosta Navas B (C.S. Villaamil, Madrid); Liqueste Marín L (C.S. Barrio del Pilar, Madrid); Díaz Lázaro MJ (C.S. Galapagar, Madrid); Gómez García R (Cons. Alpedrete, Madrid); Juanes de Toledo B (C.S. Collado Villalba Pueblo, Madrid); San José Romero M (C.S. Eloy Gonzalo, Madrid); Casado Sánchez ML (C.S. Ramon y Cajal, Madrid); Pérez Rodríguez TC (C.S. Doctor Pedro Laín Entralgo, Madrid); Chercoles Martorell RM (C.S. Dr. Luengo Rodríguez, Madrid); Cano del Águila B (C.S. Dr. Luengo Rodríguez, Madrid); Viver Gómez SM (C.S. Dr. Luengo Rodríguez, Madrid); Altali Alhames K (C.S. Dos de Mayo, Madrid); Ruiz Antón M (C.S. Panaderas, Madrid); Sánchez Salado L (C.S. Panaderas, Madrid); Velasco Guijarro O (C.S. Huerta de los Frailes, Madrid); Gilarte Herrera C (C.S. Jaime Vera, Madrid); Llanos Alonso N (C.S. Jaime Vera, Madrid); Murga Alvarado SS (C.S. Las Américas, Madrid); Gómez Pérez L (C.S. Pinto, Madrid); Fernández-Cuesta Valcarce MÁ (C.S. Juan de la Cierva, Madrid); Cerezo Bueno MJ (C.S. Juan de la Cierva, Madrid); Sanz González P (C.S. Guayaba, Madrid); Pinel Mañas MD (C.S. San Martín de la Vega, Madrid); Caro Chinchilla G (C.S. Orcasitas, Madrid); García Martínez de Bartolomé R (C.S. Valle de la Oliva, Madrid); Sánchez Prieto Emmanuel MI (C.S. Las Olivas, Madrid).

****Working Group Food Allergy LASPGHAN:** Marmarusso D (Sanatorio de Niños, Rosario, Argentina); La Orden Izquierdo E (Pediatrics, C.S. Juan de la Cierva, Getafe, España); Ortiz G (Hospital Posadas, Buenos Aires, Argentina); Castell M (Hospital IMED Colon, Valencia, España); Toca MC (Hospital Posadas, Buenos Aires, Argentina); García Moreno NP (Hospital Rebren, Durango, México); Higuera M (Hospital Universitario San José, Bogotá, Colombia. Departamento de Pediatría. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia); Bejarano R (Hospital Pediátrico de Alta Complejidad, Ciudad de Panamá, Panamá); Pietrafesa Favale D (Centro Hospitalario Pereira Rossell, Montevideo, Uruguay); Boggio Marzet C (Hospital Pirovano, Buenos Aires, Argentina); Avendaño J (Hospital de Niños Mario Ortiz Suárez, Ciudad Santa Cruz de la Sierra, Bolivia); Alvarado K (Hospital Chiriquí, Ciudad de Panamá, Panamá); Patricia Vallejos (Sanatorio Universitario Ramos Mejía, San Luis, Argentina); Raquel Mora (Hospital Universitario Dr. Miguel Oraá, Guanare, Venezuela); Ruggieri M (Hospital Escuela Eva Perón, Rosario, Argentina); Balbarrey S (Instituto del Niño, Rosario, Argentina); Ortiz-Piedrahita C (Gastroenterology, Hospital Pablo Tobon Uribe, Medellín, Colombia); Bastianelli C (Hospital Materno Infantil de Salta, Salta, Argentina); Del Compare M (Sanatorio Mater Dei, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina); Balsells F (Clínica de Gastroenterología Pediátrica Dr. Francisco Balsells, Ciudad de Guatemala, Guatemala); Messere G (Hospital Posadas, Buenos Aires, Argentina); Cornelio I (Hospital General Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana); Rivero López J (Unidad de Gastroenterología Pediátrica JPR, Bogotá, Colombia); Ortiz Pranza L (Hospital de Niños de Acosta Ñu, Asunción, Paraguay); Ortiz Guerra M (Hospital Regional de Zacapa, Zacapa, Guatemala); Villalobos N (Clinica Privada Gastropedia, San Salvador, El Salvador); Cruchet S (INTA Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile); Ortiz C (Gastro Care for Kids, Guatemala City, Guatemala); Vázquez Frias R (Paediatric Gastroenterology and Nutrition, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Mexico City, Mexico); Montijo-Barrios E (Instituto Nacional de Pediatría, México, Mexico City, Mexico).

MÁS ALLÁ DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO DE INTESTINO DELGADO (SIBO): SOBRECRECIMIENTO INTESTINAL DE METANO (IMO). Fuentes Sánchez C¹, García Romero R¹, Ros Arnal I¹, Castejón Ponce E¹, Salinas Uhalte A², Aranda Conchello C¹, Solanas Lázaro L¹, Fuentes Vidal A¹.
¹Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ²Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

Introducción y objetivos. En los últimos años, se ha descrito una variante de sobrecrecimiento bacteriano de intestino delgado (SIBO), producido, no por bacterias, si no por archaeas productoras de metano, denominado sobrecrecimiento intestinal de metano (IMO). La literatura relaciona esta entidad con estreñimiento y distensión, al ralentizar la musculatura lisa del intestino. El objetivo del estudio es valorar la incidencia de IMO en nuestro medio y establecer si los pacientes con IMO presentan diferente clínica y respuesta a tratamiento.

Material y métodos. Se recogieron los resultados de test de hidrógeno espirado con lactulosa realizados en nuestro centro entre 2022 y 2025. Se utilizó como criterio diagnóstico de SIBO un incremento de hidrógeno (H₂) mayor a 20 ppm respecto al nivel basal en los primeros 90 minutos y de IMO aumento de metano (CH₄) mayor a 10 ppm en cualquier momento del test (ESPGHAN 2022).

Resultados. Se obtuvo una muestra total de 45 pacientes sin factores de riesgo (53,3% mujeres) con edad media de $9,7 \pm 3,1$ años. De los test alterados, el diagnóstico más frecuente fue el solapamiento de SIBO e IMO (55%), seguido de IMO (25%) y SIBO (20%). No se encontraron diferencias significativas en la presentación clínica de SIBO e IMO. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal, en el 92,5% de los pacientes (100% del subgrupo SIBO, 90% IMO y 90,9% SIBO e IMO). Se detectó distensión abdominal en 27,5% de los pacientes (37,5% del subgrupo SIBO, 10% en IMO y 31,8% en SIBO e IMO) estreñimiento en 20% de los pacientes (20% del subgrupo IMO y 31,8% en el subgrupo SIBO e IMO), diarrea en 27,5% (SIBO 25%, IMO 30%, SIBO+IMO 27,3%) y meteorismo en 20% (25% de los SIBO, 30% IMO y 27,3% SIBO+IMO). La pauta antibiótica más utilizada fue metronidazol asociado a trimetoprim-sulfametoxazol (60%), seguida de rifaximina (15%). Se detectó una mejoría clínica en el 37,7% de los pacientes tratados, sin diferencias estadísticamente significativas en función del tratamiento empleado.

Conclusiones. En nuestra población, el IMO representa un porcentaje significativo del sobrecrecimiento de intestino delgado. Pese a que la literatura encuentra diferencias en la presentación clínica de IMO y SIBO, estos cambios no aparecen en nuestra serie, si bien el número de pacientes incluidos con estreñimiento es escaso. Tal y como describe la literatura, la prevalencia de SIBO en pacientes con dolor abdominal funcional es elevada siendo aun mayor al incluir el IMO como criterio diagnóstico, ya que con este criterio, el número total de resultados positivos en el test de hidrógeno incrementa notablemente, lo cual hace cuestionarse la utilidad de realizar el estudio, en pacientes sin factores de riesgo. Un porcentaje importante de pacientes mejora con el tratamiento, sin encontrar diferencias entre las pautas utilizadas.

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA MULTIDISCIPLINAR EN ENFERMEDAD CELÍACA PEDIÁTRICA: ESTUDIO OBSERVACIONAL PRE-POST. Torre Herrería G¹, Mateu Gallardo A¹, Martínez Osorio J¹, Termes Escalé M¹, Gámiz Gala A², Dacosta Pova M², Minguez Rodríguez B¹, Martín de Carpi FJ¹. ¹Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ²Atención Pediátrica Integral Barcelona Esquerra (CAPIBE).

Objetivos. La enfermedad celíaca (EC) es una patología crónica frecuente en la edad pediátrica cuyo tratamiento se basa en el seguimiento de la dieta sin gluten (DSG) de por vida, lo que supone un reto en términos de adherencia. Estudios previos han descrito gran variabilidad en el cumplimiento de la DSG. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención educativa en pacientes pediátricos con EC, analizando la adherencia a la DSG y su impacto analítico.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional con diseño pre-post intervención en pacientes pediátricos con EC. Se incluyeron 36 pacientes que atendieron voluntariamente a una sesión educativa multidisciplinar. Estas sesiones grupales estaban dirigidas a pacientes y familias en el momento del diagnóstico, en situaciones de mal control o ante dudas en el seguimiento de la DSG. La intervención incluyó la participación de gastroenterología pediátrica, dietista-nutricionista y enfermería, centrándose en la educación sanitaria estructurada sobre la EC y la DSG. Se recogieron previo y posterior a la intervención variables sociodemográficas y clínicas, así como el grado de adherencia a la DSG mediante autoinforme.

Resultados. La mediana de edad en el momento de la intervención fue de 6,0 años (rango: 2–15). El tiempo desde el diagnóstico hasta la realización de la sesión fue de mediana 1,0 año (rango intercuartílico: 2,0). Tras la intervención se observó una mejoría significativa en la adherencia a la DSG, con un aumento de pacientes que reportaban seguir correctamente la DSG del 16,7% al 58,3% ($p < 0,001$). A nivel analítico, se objetivó un descenso significativo de los niveles de anticuerpos anti-transglutaminasa IgA (anti-tTG) (Δ mediana $-9,3$ U/ml; $p < 0,001$), un aumento significativo de la hemoglobina (Δ mediana $+0,50$ g/dl; $p < 0,001$) y de la ferritina (Δ mediana $+7,45$ ng/ml; $p = 0,037$). Al estratificar los pacientes según la mejora en la adherencia a la DSG, se observó un descenso significativo de anti-tTG en el grupo con mejora de adherencia ($p = 0,006$) en comparación con el grupo sin cambio, sin diferencias significativas de ferritina ni hemoglobina entre ambos grupos.

Conclusiones. La intervención educativa se asoció con una mejora significativa en la adherencia a la dieta sin gluten y de biomarcadores, reflejada en el descenso de los niveles de anti-tTG y el aumento de los parámetros hematológicos. Este estudio refuerza la evidencia existente sobre la importancia de la educación sanitaria estructurada y del abordaje multidisciplinar en el tratamiento de las patologías crónicas, como es la EC.

ELEGIBILIDAD DEL NIÑO CELÍACO PARA SU SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS TRANSVERSAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO. Chao Leis M¹, La Orden Izquierdo E², Salcedo Lobato E¹, Carabaño Aguado I¹, Germán Díaz M¹, Medina Benítez E¹. ¹Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe, Madrid.

Introducción y objetivos. El seguimiento de niños y adolescentes con enfermedad celíaca (EC) en atención primaria (AP) puede realizarse en casos con buena respuesta, adhesión a la dieta sin gluten y sin comorbilidad asociada. El consenso nacional basado en las recomendaciones ESPGHAN 2022, propone los criterios de derivación. El objetivo de este estudio fue describir el porcentaje de menores de 16 años celíacos que, a los dos años del inicio del seguimiento hospitalario cumplen dichos criterios, describir su perfil clínico y las diferencias existentes con aquellos que no los cumplen.

Material y métodos. Estudio observacional, transversal, descriptivo, avalado por Comité de Ética, mediante revisión retrospectiva de pacientes celíacos seguidos en un hospital de tercer nivel. Se recogieron variables relacionadas con la remisión de sintomatología inicial, negativización serológica, comorbilidades asociadas, adherencia a la dieta y crecimiento.

Resultados. Se incluyen 111 pacientes (37,8% niños y 62,2% niñas), con una edad media al diagnóstico de $3,9 \pm 2,9$ años y una edad actual de $11,3 \pm 3$ años. Las comorbilidades al diagnóstico fueron: déficits nutricionales (hierro, folato, vitamina B12 y vitamina D) 9%, déficit de IgA 1,8% y tiroiditis autoinmune 0,9%. No hubo diabéticos. A los 2 años del diagnóstico, solo un 0,9% de los pacientes refería persistencia de los síntomas iniciales y un 5,4% mantenían una serología positiva pese a la dieta. El 95,5% tuvo un crecimiento normal tras el diagnóstico. Los déficits nutricionales se resolvieron en el 100%, la tiroiditis autoinmune se mantuvo en un porcentaje similar y aumentó el déficit de IgA a un 3,6%. El 96,4% afirmaba de manera subjetiva tener una buena adherencia a la dieta. El 87,4% de los pacientes cumple actualmente los criterios ESPGHAN 2022 para ser seguidos en AP frente al 12,6% que no. Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en la adherencia a la dieta, el crecimiento normal y la negativización serológica entre ambos grupos pero no en la mejoría clínica subjetiva. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de comorbilidades actuales entre los pacientes que cumplían criterios y los que no.

Conclusiones. La mayoría de los pacientes celíacos a partir de los dos años de seguimiento hospitalario, cumplen criterios para poder ser seguidos en AP. Los factores clave para dicha derivación son: crecimiento adecuado, adherencia a la dieta, negativización serológica y ausencia de comorbilidades asociadas. La remisión clínica por sí sola no puede ser considerada como criterio exclusivo para seguimiento en AP.

DEPÓSITOS DUODENALES DE IgA-TRANSGLUTAMINASA TISULAR COMO HERRAMIENTA COMPLEMENTARIA EN LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA.

Galley Martín C¹, Núñez Carrascoso P², García Vázquez J¹, Masip Simó E¹, Calzado Agrassot M¹, Polo Miquel B¹, Donat Aliaga E¹, Ribes-Koninckx C². ¹Servicio de Pediatría, Sección de Medicina Digestiva Infantil, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia. ²Unidad de Enfermedad Celíaca e Inmunopatología Digestiva. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia.

Objetivo. La detección de depósitos duodenales de IgA-transglutaminasa tisular (DepTG2) es una técnica que puede ayudar en la evaluación de biopsias intestinales (BI) en la enfermedad celíaca (EC) pero se realiza en pocos centros. Su papel diagnóstico no está completamente definido. El objetivo fue evaluar su utilidad en la práctica clínica en una cohorte pediátrica.

Material y métodos. Revisión retrospectiva de los pacientes a los que se realizó biopsia duodenal con tinción de DepTG2 durante la evaluación diagnóstica de EC. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, serológicos e histológicos. Se analizaron la positividad de los depósitos, el diagnóstico final y la utilidad percibida. Diferenciamos a los pacientes diagnosticados de EC en activa (ingesta de gluten y serología positiva) y en remisión (dieta exenta de gluten y serología negativizada). En los que los DepTG2 no fueron valorables, se indican y eliminan para el análisis de la contribución de estos. La utilidad clínica se evaluó en función de si la determinación de los depósitos contribuyó a la confirmación o exclusión de EC.

Resultados. Se han estudiado 152 pacientes (60,5% mujeres), 121 (79,6%) con diagnóstico de EC (112 activa y 9 en remisión), 6 (3,9%) con EC potencial, y 25 (16,4%) sin EC. Los DepTG2 fueron positivos en 99 (65,1%) de los pacientes y no valorables en 6 con EC activa, 1 EC en remisión y 2 con EC potencial, por tanto, se retiran del análisis posterior. De los pacientes con EC activa 88/106 (83%) tuvieron DepTG2, 24/106 presentaron lesión histológica de bajo grado, 13 de los cuales con DepTG2 (54,2%). 4/4 (100%) de los pacientes con EC potencial tuvieron DepTG2. No se visualizaron DepTG2 en 20/25 (80%) de los pacientes no celíacos ni en 6/8 (75%) de los celíacos en remisión. La determinación de DepTG2 contribuyó al diagnóstico en el 82,5% de los casos; en un 83,6% (92/110) en la confirmación diagnóstica de los 88/106 pacientes con EC activa y 4/4 con EC potencial, y a descartarla en el 78,8% (26/33) al no presentar DepTG2 en 6/8 con EC en remisión y en 20/25 de los pacientes no celíacos.

Conclusiones. La determinación de DepTG2 puede ser clínicamente útil en el diagnóstico de la EC. Estos hallazgos refuerzan el papel de la detección duodenal de DepTG2 como herramienta complementaria prometedora en pacientes pediátricos seleccionados, especialmente en casos con EC potencial o biopsia no concluyente, junto con los criterios diagnósticos establecidos para la EC.

UTILIDAD DE LOS IgA ANTIENDOMISIO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD CELÍACA: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO. Chicano Cazaña P¹, Benavente García JJ¹, Cortés Mora P¹, Bermejo Costa F¹, Pizarro Ruiz AM¹, Rodríguez Sánchez A¹, Sánchez Hernández M¹, Chicano Marín FJ². ¹Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia. ²Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo, Murcia

Objetivos. El objetivo primario es determinar la proporción de resultados positivos y negativos en la determinación de anticuerpos IgA antiendomiso en pacientes con una determinación previa de IgA antitransglutaminasa diez veces por encima del límite superior de la normalidad.

Los objetivos secundarios son describir variables clínico-demográficas de nuestra muestra.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y transversal en el cual se recogieron los resultados obtenidos en las determinaciones de anticuerpos IgA antitransglutaminasa e IgA antiendomiso, así como datos clínico-demográficos, de pacientes con una determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa diez veces superior al límite superior de la normalidad y al menos una determinación de anticuerpos IgA antiendomiso, independientemente de su resultado, entre el 01/02/2013 y el 31/10/2025 en dos centros hospitalarios.

- **Criterios de inclusión:** pacientes de entre 0 y 14 años con una determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa con un resultado diez veces superior al límite superior de la normalidad y una determinación de anticuerpos IgA antiendomiso, independientemente de su resultado.
- **Criterios de exclusión:** pacientes con déficit de IgA o con diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 1.

Resultados. Un total de 150 pacientes fueron incluidos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión. El 58% fueron mujeres y la edad media al diagnóstico fue de 6 años y 11 meses. En el 100% de pacientes se obtuvo un positivo en la determinación de los anticuerpos IgA antiendomiso tras una determinación previa de IgA antitransglutaminasa con niveles diez veces por encima de los valores normales. Respecto a la sintomatología al diagnóstico: el 53,33% presentaban sintomatología gastrointestinal, el 2,33% extraintestinal y el 19,33% eran pacientes asintomáticos.

Conclusión. En nuestra población, la determinación de anticuerpos IgA antiendomiso no aportó valor diagnóstico adicional respecto a la determinación exclusiva de anticuerpos IgA antitransglutaminasa. Este resultado va en la línea de lo señalado en estudios publicados recientemente, como el publicado en 2024 por Pacheco et al., que concluye que una determinación de anticuerpos IgA antitransglutaminasa con valores diez veces por encima del límite superior de la normalidad tiene una especificidad y un valor predictivo positivo superior a la determinación de los anticuerpos IgA antiendomiso. Estos resultados ponen de manifiesto que, el empleo de los anticuerpos IgA antiendomiso como test de confirmación dentro del algoritmo diagnóstico de la enfermedad celíaca, no aporta un valor diagnóstico adicional ni disminuye el riesgo de falsos positivos cuando existe una determinación previa de anticuerpos IgA antitransglutaminasa diez veces por encima del límite superior de la normalidad. La lectura de los resultados del estudio podría orientar cambios en el algoritmo diagnóstico de la enfermedad celíaca. No obstante, la realización de nuevos estudios con mayor tamaño muestral resulta indispensable para determinar cambios futuros.

USO DEL LINFOGRAMA INTRAEPITELIAL COMO HERRAMIENTA DE APOYO PARA LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS PRECOCES EN LA ENFERMEDAD CELÍACA PEDIÁTRICA. Espigado Colombo E, Márquez Mira P, Jiménez de los Santos C, González Fuentes C, Rodríguez Rueda C. *Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

Objetivos. Evaluar la utilidad del análisis inmunofenotípico de los linfocitos intraepiteliales (LIEs) como herramienta de apoyo para la toma de decisiones clínicas tempranas en pacientes pediátricos con sospecha de enfermedad celíaca (EC), en el intervalo entre la realización de la endoscopia digestiva alta y la disponibilidad de los resultados histológicos.

Material y métodos. Estudio retrospectivo en una cohorte de 62 pacientes pediátricos sometidos a endoscopia digestiva alta con biopsia duodenal por sospecha de EC. La edad media fue de 8,3 años. Se realizó análisis inmunofenotípico de los LIEs mediante citometría de flujo, disponible en las primeras 24 horas tras la endoscopia, evaluando el porcentaje de linfocitos TCR $\gamma\delta$ + y de células NK intraepiteliales. Se consideró perfil inmunológico compatible con EC cuando TCR $\gamma\delta$ > 15% y NK < 6%. La histología duodenal se clasificó según Marsh, considerándose EC histológica un Marsh $\geq$ 2. Se analizó la concordancia entre el perfil inmunológico y el diagnóstico histológico definitivo.

Resultados. La positividad del linfograma se asoció de forma significativa con EC histológica, con una sensibilidad del 81,8%, especificidad del 83,3%, valor predictivo positivo del 92,3% y valor predictivo negativo del 65,2%. La reducción de células NK intraepiteliales fue el parámetro con mayor capacidad discriminativa. La mayoría de los pacientes con perfil inmunológico positivo presentaron posteriormente una histología compatible con EC, siendo escasos los falsos positivos.

Conclusiones. En un contexto de demora en la obtención de los resultados anatomopatológicos, el análisis inmunofenotípico de los LIEs, disponible en las primeras 24 horas tras la endoscopia, puede constituir una herramienta útil de apoyo para la toma de decisiones clínicas transitorias en pacientes pediátricos con sospecha de EC. En aquellos casos con un perfil inmunológico claramente compatible, los resultados del linfograma podrían ayudar a plantear de forma individualizada una retirada precoz y provisional del gluten mientras se espera la confirmación histológica definitiva, especialmente en pacientes asintomáticos en los que habitualmente se mantiene la dieta con gluten hasta disponer del diagnóstico final.

FENOTIPOS INMUNOLÓGICOS INTRAEPITELIALES EN LA ENFERMEDAD CELÍACA POTENCIAL: UN ENFOQUE PARA EL SEGUIMIENTO INDIVIDUALIZADO. Espigado Colombo E, Márquez Mira P, Jiménez de los Santos C, González Fuentes C, Rodríguez Rueda C. *Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

Objetivos. Conocer la heterogeneidad inmunológica intraepitelial en pacientes pediátricos con enfermedad celíaca potencial (Marsh 0–1) y evaluar si el incremento de linfocitos TCR $\gamma\delta$ se asocia a un perfil inmunológico más próximo al observado en la enfermedad celíaca establecida.

Material y métodos. Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes pediátricos sometidos a biopsia duodenal por sospecha de enfermedad celíaca, en una cohorte de 62 pacientes (edad media 8,3 años). El análisis inmunofenotípico de los linfocitos intraepiteliales incluyó el porcentaje de linfocitos TCR $\gamma\delta$ + y de células NK intraepiteliales. La histología se clasificó según Marsh, definiendo enfermedad celíaca potencial como Marsh 0–1. Se analizó la distribución de los valores inmunológicos en función del estadio histológico y se analizó la relación entre los niveles de TCR $\gamma\delta$ y la severidad histológica.

Resultados. Los pacientes con enfermedad celíaca establecida (Marsh ≥ 3) mostraron valores elevados de TCR $\gamma\delta$ y una reducción marcada de células NK. En el grupo de pacientes con Marsh 0–1 se observó una distribución heterogénea de los valores de TCR $\gamma\delta$, identificándose un subgrupo con cifras elevadas ($> 15\%$) que se solapaban con las observadas en estadios Marsh avanzados ($> 3a$). El porcentaje de TCR $\gamma\delta$ mostró una correlación positiva significativa con el estadio de Marsh, lo que sugiere un gradiente inmunológico progresivo incluso en ausencia de atrofia vellosa.

Conclusiones. Los pacientes pediátricos con enfermedad celíaca potencial presentan distintos perfiles inmunológicos intraepiteliales. La presencia de valores elevados de linfocitos TCR $\gamma\delta$ en pacientes con Marsh 0–1 podría identificar un subgrupo con mayor activación inmunológica mucosa y un fenotipo más próximo a la enfermedad celíaca establecida. Estos hallazgos apoyan la hipótesis de que el análisis inmunofenotípico de los LIEs podría ser útil para estratificar el riesgo y seleccionar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse de un seguimiento endoscópico más estrecho, hipótesis que deberá confirmarse en estudios prospectivos.

UTILIDAD DE LOS ANTICUERPOS FRENTE A PÉPTIDOS DEAMINADOS DE GLIADINA (DGP-IgG) EN EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD CELÍACA EN MENORES DE 2 AÑOS: EXPERIENCIA EN UNA COHORTE DE 2.026 PACIENTES. Martín Adrados A, Esparza Isasa E, Atúncar Huamán AC, Sánchez Rubio C, González Cervera RM, Martínez Pérez J, Muñoz Codoceo RA. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Introducción y objetivo. La utilidad de los anticuerpos DGP-IgG como prueba de cribado inicial en la enfermedad celíaca (EC) pediátrica es objeto de debate, especialmente tras las guías ESPGHAN 2020 que priorizan la antitransglutaminasa (tTG-IgA). Sin embargo, clásicamente se ha postulado que en menores de 2 años los DGP-IgG podrían preceder a la elevación de tTG-IgA. Existen trabajos a favor de la adición de DGP-IgG a la IgA e IgA-antiTTG (Mataya et al., 2019, Al-Hussaini et al., 2023) y otros que rechazan su utilidad (Gould et al., 2019, Hill et al., 2022). Planteamos como objetivo de este estudio evaluar la utilidad de los DGP-IgG en la práctica clínica y su capacidad para predecir el diagnóstico definitivo de EC.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en menores de 2 años evaluados por sospecha de EC con estudio analítico que incluía las variables de los valores de tTG-IgA y de DGP-IgG desde enero de 2019 a diciembre de 2024. En el subgrupo de pacientes con DGP-IgG positivo analizamos cuántos de estos presentaban también positividad de tTG-IgA, así como la tasa de diagnóstico final de EC.

Resultados. De la muestra inicial de 2.026 pacientes (edad media de 11,4 meses), 256 (12,6%) presentaron positividad para DGP-IgG. De estos, solo 67 (26,17%) fueron finalmente diagnosticados de EC. En 7 de ellos (10,45%) el diagnóstico se estableció mediante endoscopia con biopsia compatible, mientras que los restantes fueron diagnosticados según los criterios ESPGHAN 2020. presentaron DGP-IgG positiva y tTG-IgA negativa 188 pacientes, estableciéndose diagnóstico de EC en 9 de ellos (4,7%), la mayoría mediante biopsia (8/9; 88,8%). En cuanto al rendimiento que supuso la determinación de los DGP-IgG junto con los tTG-IgA mostró una sensibilidad de 98,5% y una especificidad de 90,6% y un VPP global de 28,6%. Analizando el rendimiento de la serología positiva aislada de DGP-IgG con tTG-IgA negativa, el VPP fue del 4,8%.

Conclusión. En nuestra cohorte de 2026 pacientes, la positividad aislada de DGP-IgG mostró un bajo VPP para la EC en niños, lo que sugiere escasa utilidad como prueba diagnóstica. Aunque hacen falta más estudios al respecto, nuestros resultados sugieren que se debe valorar limitar el uso de los DGP-IgG como parte del cribado inicial de EC en pediatría.

ASOCIACIÓN ENTRE LA CARIES DENTAL Y LA ENFERMEDAD CELÍACA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS. Martín Masot R¹, Torcuato Rubio E², Nestares T³, Navas López VM², Herrador López M², Bossini Castillo L⁴, González Moles MÁ⁵, Ramos García P⁵. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. Departamento de Farmacología y Pediatría. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. ²Sección de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga. ³Departamento de Fisiología. Facultad de Farmacia. Universidad de Granada. Granada. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos "José Mataix Verdú" (INYTA). Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Granada. ⁴Departamento de Genética e Instituto de Biotecnología. Centro de Investigación Biomédica (CIBM). Universidad de Granada. Granada. ⁵Facultad de Odontología. Universidad de Granada, Granada. Instituto de Investigación Biosanitaria (ibs.Granada). Granada.

Objetivo. Evaluar cualitativamente y cuantitativamente, mediante una revisión sistemática y metaanálisis, la evidencia actual sobre la prevalencia y magnitud de la asociación entre la caries dental y la enfermedad celíaca.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda de los estudios potencialmente elegibles antes de diciembre de 2024 en Medline, Embase, Web of Science y Scopus, sin fecha límite inferior, ni restricción por idioma. Se evaluó la calidad de los estudios mediante una herramienta diseñada por el Instituto Joanna Briggs (Adelaida, Australia), específica para revisiones sistemáticas sobre cuestiones de prevalencia y para metaanálisis de proporciones. Se llevaron a cabo metaanálisis, se investigó la heterogeneidad entre los estudios, se realizaron análisis de subgrupos y del efecto de los estudios pequeños/sesgo de publicación.

Resultados. Se identificaron 21 estudios que incluyeron un total de 2.735 participantes (1.442 pacientes con enfermedad celíaca and 1.293 controles sin enfermedad celíaca). Nuestros resultados demuestran que la prevalencia metaanalizada de caries dental en pacientes con enfermedad celíaca fue del 58,74% (IC95%: 34,91–80,63). En la posterior comparación con controles sanos, los pacientes celíacos presentaron una frecuencia significativamente menor de caries (OR = 0,44; IC95%: 0,21–0,94; p = 0,03). No obstante, debe tenerse en consideración que este análisis derivó de un número bajo de estudios (n = 4) y obtuvo resultados poco robustos en los análisis de sensibilidad. No se observaron diferencias significativas en el índice DMFT entre pacientes celíacos y controles (MD = –0,83; IC95%: –1,78 a 0,13; p = 0,09). De manera similar, el índice dmft tampoco señaló diferencias significativas entre ambos grupos (MD = –0,59; IC95%: –1,71 a 0,54; p = 0,31). En contraposición, los pacientes celíacos albergaron puntuaciones significativamente menores en los índices DMFS (MD = –2,42; IC95%: –2,70 a –2,14; p < 0,001) y dmfs (MD = –3,93; IC95%: –6,34 a –1,53; p = 0,001). Finalmente, los análisis estratificados por adherencia a una dieta sin gluten arrojaron resultados no concluyentes.

Conclusiones. Nuestro metaanálisis demuestra, en base a la evidencia actual, que los pacientes con enfermedad celíaca no presentan una mayor prevalencia de caries dental que la población general, lo que permite desmitificar una creencia ampliamente extendida durante las últimas décadas.

GASTRITIS AUTOINMUNE EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO TERCIARIO. Mateu Gallardo A¹, Foz Felipe D¹, Torre Herrería G¹, Pujol Muncunill G², Vila Miravet V², Planas Román S², Martínez Osorio JM², Martín de Carpi FJ². ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción. La gastritis autoinmune (GAI) es una enfermedad inflamatoria crónica de la mucosa gástrica. Es rara en la población pediátrica, con una presentación insidiosa en la mayoría de los casos, por lo que se debe tener alto índice de sospecha en pacientes con alteraciones analíticas compatibles o con enfermedades autoinmunes. Las consecuencias a largo plazo pueden ser graves y aún no existe un tratamiento curativo. Su manejo se centra en la suplementación de los déficits y seguimiento endoscópico para la detección temprana de tumores neuroendocrinos o cáncer gástrico. La literatura en población pediátrica es escasa, siendo la mayoría de los resultados extrapolados de la población adulta.

Objetivo. Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de los pacientes pediátricos con diagnóstico de GAI atendidos en un hospital terciario durante los últimos 10 años.

Metodología. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes menores de 18 años valorados entre 01/01/2015–31/12/2025 con diagnóstico histológico compatible y al menos un marcador serológico positivo (anticuerpo anti-célula parietal/anti-factor intrínseco o hipergastrinemia). Se excluyeron aquellos pacientes con inmunodeficiencia primaria grave. Se revisaron las historias clínicas informatizadas, recogiendo variables demográficas, clínicas, analíticas, endoscópicas, histológicas y terapéuticas.

Resultados. Se incluyeron 13 pacientes, con una mediana de edad al diagnóstico de 15 años (RI: 13–17) y predominio de sexo femenino (76,9%). Diez (76,9%) presentaban antecedentes patológicos, de los cuales 6 (60%) patología autoinmune asociada; asimismo el 53,8% tenían antecedentes familiares de autoinmunidad. Dos (15,4%) refirieron una infección previa por *Helicobacter pylori* tratada. La manifestación más frecuente fue la anemia (92,3%), seguida de síntomas gastrointestinales (61,5%) como epigastralgia o diarrea crónica. El 53,8% de los pacientes presentaron sintomatología mixta. Todos presentaron hallazgos analíticos compatibles, 12 (92,3%) hipergastrinemia y 10 (76,9%) al menos un marcador serológico positivo. Otras alteraciones analíticas fueron ferropenia (100%), déficit de vitamina B12 (38,5%), vitamina D (38,5%) y folato (15,4%). La calprotectina fecal resultó elevada en todos los pacientes en la que se determinó (Me 355, RI: 167–792). Se observó retraso diagnóstico de 31 meses (RI: 10–69) de mediana desde el inicio de los síntomas; requiriéndose 1 (RI: 1–3) endoscopia digestiva alta de mediana (EDA) para el diagnóstico. El 15,4% de EDA fueron macroscópicamente normales. A nivel terapéutico, se ofrecieron tratamientos dirigidos a paliar los síntomas y suplementar los déficits. Los pacientes recibieron ferroterapia (100%; 30,8% endovenoso), inhibidores de la bomba de protones (33,3%), cobalamina (30,8%), calciferol (23,1%) y folato (7,7%). No se encontró relación entre antecedentes de autoinmunidad, anticuerpos y niveles de gastrina, probablemente por el tamaño muestral.

Conclusión. La mayoría de los casos con GAI presentaron sintomatología inespecífica; sin embargo, dada su cronicidad y repercusión sistémica, se aconseja mantener un alto índice de sospecha en los pacientes con alteraciones analíticas compatibles o con patología autoinmune asociada.

ENFERMEDAD DE CROHN DE NOVO DEL RESERVORIO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS COLECTOMIZADOS POR COLITIS ULCEROSA REFRACTARIA: SERIE DE 4 CASOS. Álvarez Pibert L, Pujol Muncunill G, Lozano Ruf A, Saura García L, Palazón Bellver P, Marroquín Cerdón MJ, Martín de Carpi J. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Introducción y objetivo. La colectomía continúa siendo necesaria en un subgrupo de pacientes con colitis ulcerosa (CU) pediátrica refractaria al tratamiento médico. Aunque la proctocolectomía con reservorio ileoanal ofrece buenos resultados funcionales, una proporción de pacientes puede desarrollar complicaciones como la Enfermedad de Crohn *de novo* del reservorio (ECDR), suponiendo un reto diagnóstico y terapéutico. Nuestro objetivo fue describir las características clínicas, evolutivas y terapéuticas de los pacientes pediátricos colectomizados por CU refractaria que desarrollaron ECDR.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel de los casos de ECDR. Se recogieron variables demográficas, clínicas y de tratamiento a partir de las historias clínicas electrónicas.

Resultados. Se incluyeron 4 pacientes, todas de sexo femenino, con una mediana de edad al diagnóstico de 12,15 años (RI 9,5–13,55) y una mediana de actividad clínica previo a la colectomía de 55 puntos (RI 37,5–67,5) por PUCAI (Paediatric Ulcerative Colitis Activity Index). La colectomía se realizó entre 5 y 34 meses tras el diagnóstico, por vía laparoscópica y en tres tiempos (proctocolectomía total con anastomosis ileo-anal y creación del reservorio en J (IPAA)) en todos los casos. La mediana de tiempo entre la colectomía y la reconstrucción del tránsito intestinal fue de 16,5 meses (RI 11–24). La ECDR se diagnosticó tras una mediana de tiempo de 5,8 meses (RI 2,3–9,5) desde la reconstrucción del tránsito, con clínica de diarrea (100%), enfermedad fistulizante (100%), rectorragia (75%), dolor abdominal (50%), dolor y tumefacción vulvar (50%) y dolor anal (25%). Previamente, 3 de ellas, habían sido diagnosticadas de reservoritis y todas ellas presentaban cuffitis asociada. En relación con la enfermedad fistulizante, 2 desarrollaron fístula recto-vulvar, 1 fístula recto-vaginal y 1 fístula perianal compleja. La calprotectina fecal (CF) estaba elevada en todos los casos y 3 pacientes presentaron elevación de reactantes de fase aguda. El seguimiento medio tras el diagnóstico de ECDR fue de 32,5 meses (RI 16–39). Todas las pacientes iniciaron tratamiento biológico con anti-TNF, requiriendo tres de ellas exposición a un segundo anti-TNF. Dos pacientes precisaron cambio de diana terapéutica e instauración de terapia dual para el control de la enfermedad, con respuesta clínica variable hasta el final del seguimiento.

Discusión. En nuestra serie, la enfermedad de Crohn *de novo* del reservorio se presentó en pacientes de sexo femenino, de forma precoz tras la reconstrucción del tránsito intestinal, con un fenotipo agresivo fistulizante y necesidad de reinicio de terapias avanzadas. A pesar del tratamiento, una proporción relevante de pacientes no alcanzó la remisión durante el seguimiento.

APROXIMACIÓN CLÍNICA Y PAPEL DE LA GENÉTICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA VERY EARLY ONSET INFLAMMATORY BOWEL DISEASE. García Vázquez J¹, Galley Martín C¹, Montoya Tamayo C², Masip Simó E¹, Calzado Agrassot M¹, Polo Miquel B¹, Donat Aliaga E¹. ¹Servicio de Medicina Digestiva Infantil; ²Servicio de Pediatría Infecciosa e Inmunodeficiencias. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.

Objetivos. Describir el perfil clínico, fenotipo, evolución y carga genética de pacientes diagnosticados de *Very Early Onset Inflammatory Bowel Disease* (VEO-IBD) en hospital de tercer nivel durante los últimos 10 años.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes diagnosticados de VEO-IBD en hospital terciario entre enero de 2016 y enero de 2026. Se registró al diagnóstico: sexo, edad, retraso diagnóstico, síntomas de presentación, signos de alarma de defecto monogénico, calprotectina fecal, antropometría, clasificación diagnóstica de enfermedad inflamatoria intestinal, extensión de la afectación digestiva, tratamiento de inducción y respuesta al mismo. Durante su evolución: diagnóstico genético, tratamientos administrados, episodios de hospitalización, patología perianal u oral, patología extradigestiva, necesidad de cirugía, y fallecimiento. El análisis estadístico se realizó mediante Microsoft Excel.

Resultados. Se incluyeron 28 pacientes (42,8% varones), con edad media al diagnóstico de 2 años y 11 meses (rango: 7 días–5 años y 10 meses) y retraso diagnóstico medio de 17,8 meses. El Z-score de peso medio fue –0,99, la calprotectina fecal media 4.197 µg/g (120–16.700) y el promedio de hospitalizaciones fue 2,5 por paciente. El síntoma de presentación más frecuente fue la hematoquecia (51,6%), seguido de diarrea (48,4%), moco en heces (19,4%) y fallo de medro (19,4%), además de presentaciones graves aisladas como megacolon tóxico y colitis grave. El 25% presentó patología oral o perianal, destacando aftas orales (14,3%), fístulas perianales (10,7%) y fisuras anales (7,1%). El 50% desarrolló manifestaciones extradigestivas, destacando infecciones bacterianas graves de repetición, fiebre recurrente, eccemas cutáneos (14,3%, respectivamente), infecciones fúngicas de repetición (7,1%) y otra patología inflamatoria asociada. La afectación colónica fue predominante, con pancolitis en el 51,8%. El 71,4% presentaba signos de alarma de defecto monogénico. Se identificaron defectos genéticos en 8 pacientes, todos con signos de alarma; 6 debutaron antes de los 2 años. Un 10,7% presentaron diagnósticos monogénicos definidos (enfermedad granulomatosa crónica, déficit de IL10RA e IPEX). Otros hallazgos incluyeron alteraciones en LRBA y NCF4 en heterocigosis, duplicación CD40L y trisomía del cromosoma 8. El tratamiento inicial más utilizado fue la mesalazina oral (71,6%), habitualmente combinada con otros fármacos, respondiendo en el 28,6%. El 60,1% requirió tratamiento biológico, siendo infliximab el más empleado (64,7%) y un 21,4% precisaron cambio a otro biológico. Un paciente requirió ileostomía de descarga y otro (IPEX) trasplante de progenitores hematopoyéticos, con posterior fallecimiento por complicaciones derivadas de trasplante.

Conclusiones. La VEO-IBD se presentó predominantemente con hematoquecia y diarrea, afectación colónica extensa y elevada necesidad de tratamiento biológico. Un 10,7% de los pacientes presentó un defecto monogénico, siempre asociado a debut infantil y signos de alarma, lo que resalta la importancia de su identificación precoz para orientar el estudio etiológico y el manejo terapéutico.

Introducción. Las parasitosis intestinales representan un desafío diagnóstico y clínico debido a la amplia variedad de síntomas gastrointestinales que pueden producir. Sin embargo, su papel como causa directa de sintomatología digestiva continúa siendo motivo de debate. La introducción de técnicas moleculares de diagnóstico, especialmente la PCR en tiempo real, ha incrementado la sensibilidad en la detección de microorganismos, lo que ha generado dudas sobre un posible sobrediagnóstico, dado que algunos parásitos pueden formar parte de la microbiota intestinal sin causar enfermedad.

Material y métodos. Este estudio observacional, descriptivo y retrospectivo analizó los resultados de pruebas parasitológicas en heces realizadas durante 2024 en pacientes de 1 a 19 años atendidos en un hospital de segundo nivel. Se incluyeron 402 muestras correspondientes a 227 pacientes, con un total de 241 episodios clínicos evaluados. Las muestras procedían mayoritariamente del servicio de Pediatría, aunque también de Urgencias, Digestivo y Medicina Familiar. Las heces fueron procesadas mediante concentración y observación microscópica, complementadas con un panel molecular All-plex™ Gastrointestinal (Seegene) para la detección de seis parásitos intestinales relevantes. El análisis de las variables categóricas se realizó mediante la prueba de Ji-cuadrado de Pearson o cuando fue necesario, mediante el test exacto de Fisher. Se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$

Resultados. Los resultados mostraron que el 42,7% de los episodios fueron positivos para algún parásito. *Dientamoeba fragilis* fue el microorganismo más frecuentemente identificado (71,3% de los positivos), seguido de *Blastocystis hominis* (19,6%), *Giardia lamblia* (7,3%) y *Cryptosporidium spp.* (1,6%). Se detectaron coinfecciones en 19 casos. En cuanto a la presentación clínica, el dolor abdominal fue la indicación más común en los episodios positivos (38,6%), seguido de la diarrea (29,7%). El análisis estadístico reveló una asociación significativa entre dolor abdominal y resultados positivos ($p = 0,03$). El patrón clínico varió según la edad: en los niños de 1 a 3 años predominó la diarrea (80%), mientras que en los grupos de mayor edad el dolor abdominal se convirtió en el motivo principal de consulta, especialmente entre los 7 y 9 años (58,6%). En adolescentes de 15 a 19 años, la distensión abdominal adquirió mayor relevancia. Tras el diagnóstico, el 66% de los casos positivos recibió tratamiento, principalmente antibióticos, solos o combinados con probióticos.

Conclusiones:

- La detección de parásitos intestinales en niños es frecuente, pero su relación con la sintomatología digestiva no siempre es clara.
- *Dientamoeba fragilis* fue el parásito predominante.
- El dolor abdominal mostró una asociación significativa con resultados positivos, especialmente en niños mayores, mientras que la diarrea predominó en los más pequeños.
- La elevada tasa de tratamiento pese a la incertidumbre sobre la patogenicidad de algunos parásitos refuerza la necesidad de establecer guías claras para el manejo clínico.

DIETA CETOGÉNICA PROLONGADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: COMPLICACIONES CLÍNICAS Y ANALÍTICAS. Arozamena Aguayo S, Martín Fernández C, Esparza Isasa E, Monserrat Marín C, Esteban Vera M, Bermúdez Díaz A, Cañedo Villarroya E, De la Mano Hernández A. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Objetivos. La dieta cetogénica (DC) es una terapia que ha demostrado ser eficaz hasta en el 60% de pacientes pediátricos con epilepsia refractaria. Sin embargo, puede asociar complicaciones que precisan un seguimiento y tratamiento especialmente exhaustivos en casos de DC prolongadas. El objetivo es describir las alteraciones clínicas y analíticas en pacientes con DC prolongada y analizar la posible asociación entre tipo de dieta y complicaciones descritas.

Material y métodos. Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de 31 pacientes con DC prolongada (mantenida mínimo 2 años) con seguimiento en un hospital terciario entre 2016–2025. Los datos recogidos al inicio, a los 2 y a los 4 años fueron: edad, sexo, fechas de nacimiento e inicio de DC, tipo de dieta, patología neurológica, fármacos anticrisis (FACs), necesidad de citrato potásico, resultados analíticos en sangre y orina, ecografía renal y densitometría ósea (DMO), complicaciones renales y óseas.

Resultados. Se incluyeron 31 pacientes (64,5% hombres) con una mediana de edad al inicio de 4 años (RIC 0–13). Los principales motivos de indicación fueron: encefalopatía epiléptica genética no GLUT1 (29%), encefalopatía hipóxico-isquémica (16,1%), déficit de GLUT1 (12,9%) y encefalopatía epiléptica de origen desconocido (12,9%). La DC clásica 3:1 fue la más frecuentemente indicada (77,4%), seguida de la modificada de Atkins (22,5%). La mediana de FACs al inicio fue de 2,5 (RIC 0–6), siendo el ácido valproico el más usado (74,2%). A los 2 años, 31 pacientes mantenían la DC y 16 a los 4 años. Desde el inicio, 4 pacientes (12,9%) precisaron cambio de tipo de DC, 3 por mal control de crisis y 1 por rechazo de dieta. 24 de los 31 pacientes a los 2 años y 12 de los 16 a los 4 años presentaron alteraciones analíticas en sangre u orina sin estar asociado estadísticamente al tipo de DC. 22 pacientes a los 2 años y 10 pacientes a los 4 años presentaban complicaciones renales, fundamentalmente hipercalcemia (67,7% y 60% respectivamente). En este contexto, 24 pacientes a los 2 y 10 pacientes a los 4 años recibían tratamiento con citrato potásico. La presencia de complicaciones renales y el uso de citrato se asociaron estadísticamente a la DC clásica ($p < 0,05$). Dos pacientes (a los 2 y 4 años) con hipercalcemia presentaron ecografía renal alterada, principalmente litiasis renales o nefrocalcinosis. Se realizó DMO en 5 pacientes a los 2 años y 3 pacientes a los 4 años. En 2 pacientes se obtuvo un resultado alterado a los 2 años con normalización a 4 años. Solo hubo 1 caso de fractura patológica.

Conclusión. La DC es una dieta segura incluso en tratamientos prolongados. Las dietas más restrictivas parecen asociarse a mayor tasa de hipercalcemia y complicaciones renales secundarias. Es necesario un seguimiento riguroso y protocolizado de estos pacientes.

VITAMINAS LIPOSOLUBLES MICELARES EN FIBROSIS QUÍSTICA PEDIÁTRICA: EFICACIA CLÍNICA Y COSTE-EFECTIVIDAD. Aragüete Mieres E, Sosa Hernández S, Blasco Alonso J, García Ramírez M, Martín Masot R, Ortiz Pérez P, Trillo Belizón C, Navas López V. *Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

Introducción. La malabsorción de vitaminas liposolubles (VL) es frecuente en personas con fibrosis quística (FQ) e insuficiencia del páncreas exocrino (IPE). Hay nuevos preparados que contienen VL, hidrosolubles y antioxidantes, con estructura micelar con capa exterior hidrofílica y capa lipofílica interior (VLM).

Material y métodos. Estudio cuasi-experimental en niños con FQ, recogiendo niveles de vitaminas E y 25-OH-D3, así como dosis administradas, antes (PRE) y tras 12–18 meses (POST) de incorporar formulación de VLM. El análisis de costo-efectividad compara costos promedio y ganancia en niveles de vitaminas.

Resultados. Se analizan 108 pacientes, entrando al estudio 90 pacientes que tuvieron cambio de aporte vitamínico de suplementos clásicos a forma micelar. No diferencias estadísticamente significativas en parámetros antropométricos entre ambos momentos. Se pasa de niveles PRE de vitamina E bajos en 38,6% de pacientes a 20,5%, así como de vitamina D bajos de un 39,1% a 28,9% de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Los niveles plasmáticos de vitaminas E son significativamente menores PRE ($855,04 \pm 295,3$) que POST ($998,8 \pm 273,6$) así como los de vitamina D ($33,4 \pm 12,8$ PRE vs. $36,9 \pm 13,0$ POST). Hay diferencias estadísticamente significativas en dosis de vitamina E [PRE 125 (RIQ 50–375) mg/día, POST 100 (RIQ 50–120) mg/día] y D [PRE 800 (RIQ 400–1625) U/día, POST 2.000 (RIQ 1.000–2.000) U/día]. Se pasa de $3,7 \pm 0,65$ fármacos vitamínicos PRE a $1,6 \pm 0,68$ POST, $p < 0,001$. No existe relación estadísticamente significativa entre la necesidad de dosis extra de vitamina D y la presencia de colopatía ($p = 1$), tratamiento con moduladores ($p = 0,766$), hepatopatía ($p = 0,767$) ni IPE ($p = 0,058$); asimismo, no existieron diferencias entre la necesidad de dosis extra de vitamina E y el tratamiento con moduladores ($p = 0,621$) ni con colopatía ($p = 0,222$). Sin embargo, sí hubo diferencias con respecto a la necesidad de administración de dosis extra de vitamina E y la presencia de hepatopatía ($p < 0,001$) e IPE ($p < 0,001$). Respecto al gasto económico, se pasa de gastar $6,1 \pm 3,7$ euros/kg/año en vitaminas PRE frente a $21,7 \pm 13,5$ POST, $p < 0,05$, habiendo un incremento en gasto de 3,5 veces.

Conclusiones. La insuficiencia de vitamina D y E es común en niños con FQ, requiriendo dosis altas y mejorándolos con la nueva formulación de microesferas sin apenas cambio de dosis de las mismas, con la obligada administración de vitaminas A, K y zinc, que anteriormente no se solían emplear, todo ello con incremento del gasto económico anual.

IMPACTO DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINAS LIPOSOLUBLES MICELARES DESDE EL PRIMER AÑO DE EDAD EN FIBROSIS QUÍSTICA. Sosa Hernández S, Aragüete Mieres E, Blasco Alonso J, García Ramírez M, Ortiz Pérez P, Martín Masot R, Torcuato Rubio E, Navas López V. *Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

Objetivos. La malabsorción de vitaminas liposolubles (VL) es frecuente en personas con fibrosis quística (FQ) e insuficiencia del páncreas exocrino (IPE). Hay nuevos preparados que contienen VL con estructura micelar con capa exterior hidrofílica y capa lipofílica interior. Nuestro objetivo es comparar el uso de estos nuevos preparados (FIADEK) durante el primer año de vida frente a los complejos vitamínicos convencionales.

Material y métodos. Estudio cuasi-experimental en pacientes pediátricos con FQ, recogiendo niveles de vitaminas E y 25-OH-D3 y dosis administradas de cada vitamina. La muestra se ha extraído de una base de datos de 108 pacientes. El grupo control se ha elegido al azar aunque teniendo en cuenta sexo, uso de moduladores, presencia de hepatopatía y/o IPE.

Resultados. Muestra de 24 pacientes: 12 pacientes con FIADEK el primer año de vida y 12 con complejos vitamínicos convencionales. Ambos grupos tenían 4 hombres y 8 mujeres, 4 pacientes en tratamiento con moduladores, 1 paciente con hepatopatía y 10 pacientes con IPE. Se compararon las dosis de vitaminas 25-OH-D3 y E a los 12 meses de vida entre el grupo con FIADEK y el grupo con complejos vitamínicos convencionales, mediante la prueba U de Mann-Whitney (al no cumplirse el supuesto de normalidad). No se observaron diferencias estadísticamente significativas ni en vitamina 25-OH-D3 ($U = 72,0$; $p = 1,000$) ni en vitamina E ($U = 46,5$; $p = 0,133$), siendo la media de dosis de vitamina 25-OH-D3 en pacientes con FIADEK de 893 UI/día y vitamina E de 44,7 UI/día frente al grupo control con dosis de vitamina 25-OH-D3 de 1.155 UI/día y vitamina E de 106 UI/día. Por otro lado, se compararon los niveles de vitamina E y 25-OH-D3 en torno al año de vida entre los dos grupos. La homogeneidad de varianzas se comprobó mediante el test de Levene, sin observarse diferencias significativas (vitamina D: $p = 0,922$; vitamina E: $p = 0,914$). Se aplicó la t de Student para muestras independientes, sin encontrarse diferencias significativas en los niveles de vitamina 25-OH-D3 ($t = 0,933$; $p = 0,361$) ni vitamina E al año ($t = 0,340$; $p = 0,737$) en ambos grupos.

Conclusiones. La suplementación con el preparado micelar FIADEK durante el primer año de vida es eficaz, logrando niveles de vitaminas E y 25-OH-D3 comparables a los obtenidos con complejos vitamínicos convencionales. No se hallaron diferencias significativas en los niveles vitamínicos al año entre ambos grupos, aunque el grupo tratado con FIADEK mantuvo estos niveles con dosis medias menores, esto sugiere mayor biodisponibilidad del complejo micelar. Por tanto, estos nuevos complejos se presentan como una alternativa válida en el manejo nutricional del lactante con FQ, permitiendo alcanzar objetivos terapéuticos con dosis más eficientes.

DEFICIENCIA DE VITAMINA D MÁS ALLÁ DEL AÑO DE VIDA: ¿EXISTE HOMOGENEIDAD ENTRE PROFESIONALES? Fernández Filgueira M¹, Santos Tapia M¹, Torrado Chouciño AM¹, Busto Cuiñas MM², Martín Morales JM², García González M³, Díaz Fernández F², Vilanova Gante L². ¹Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Ferrol, A Coruña. ²Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. ³Centro de Salud Marín. Marín, Pontevedra.

Objetivos. Evaluar la homogeneidad en diagnóstico, posología y pauta de tratamiento en casos de insuficiencia/deficiencia de vitamina-D entre facultativos de distintos ámbitos de trabajo: atención primaria (AP), gastroenterología (GP) y endocrinología pediátricas (EP).

Material y métodos. Se diseñó un cuestionario de 20 preguntas facilitado para su respuesta voluntaria a través de los grupos de trabajo de una comunidad autónoma.

Resultados. El tamaño muestral fue 68 participantes: 52,9% desarrollan su labor en AP, 27,9% en GP y 14,7% en EP. En cuanto a la definición de insuficiencia/deficiencia, el 47,1% utiliza los valores de referencia de su laboratorio, si bien, de estos en 81,2% los valores no están adaptados a población infantil. Un 39,7% de los encuestados utiliza las guías de nutrición (SEGHNP); este número asciende a 57,9% en GP ($p = 0,037$) y el 13,2% restante utiliza los valores descritos en *UpToDate*. La mayoría de los profesionales pauta vitamina-D3 tanto en insuficiencia como en deficiencia si se trata de un paciente con riesgo; solo el 4,4% la pauta exclusivamente en caso de deficiencia. Las dosis empleadas en insuficiencia son variables, un 54,8% pauta 400–600 UI/día; el porcentaje restante calcula la dosis según edad. La mayoría de los participantes (55,8%) pautan el tratamiento con la misma duración si se trata de insuficiencia o deficiencia, cambiando la dosis. En caso de deficiencia, un 47,7% utilizan 600–1.000 UI/día; el porcentaje restante calcula la dosis según edad. Solo un 23,5% realiza cambios de dosis entre inicio-mantenimiento. La presentación utilizada difiere según edad, pero especialmente según el ámbito; los profesionales de AP pautan con más frecuencia 10.000 UI/ml, en gotas, mientras que en GP utilizan habitualmente 2.000 UI/ml, en ml. Sin embargo, un 71,1% refiere dudas en relación a la adherencia. En > 12 años, en todos los ámbitos, la posología utilizada es 25.000 UI/ml, mensual. La mayoría de los profesionales (82,4%) tiene en cuenta la época del año o el estilo de vida del paciente. La mayoría de los gastroenterólogos solicitan analítica de control (principalmente en pacientes de riesgo, con porcentajes del 68,5%); en AP lo hace un 52,8% y en EP un 30% ($p = 0,0015$). La percepción del 97,1% de los participantes es que no existe homogeneidad en el manejo de la insuficiencia/deficiencia de vitamina-D.

Conclusiones:

- La definición de insuficiencia/deficiencia de vitamina-D en un porcentaje elevado de casos está condicionada a la definición proporcionada por cada laboratorio, siendo subóptima ya que en muchos casos no ofrece valores específicos para población pediátrica.
- La tendencia en todos los ámbitos es pautar tratamiento con vitamina-D3 tanto en caso de insuficiencia como deficiencia.
- Las dosis y duración del tratamiento globalmente son menores que lo referido en las guías.
- La percepción de los distintos profesionales existe heterogeneidad en el tratamiento con vitamina-D3.

DIECISÉIS AÑOS DE NUTRICIÓN ENTERAL PEDIÁTRICA: TRANSFORMACIÓN TÉCNICA, PERFIL CLÍNICO Y SEGURIDAD EN LA TRANSICIÓN HACIA MÉTODOS MÍNIMAMENTE INVASIVOS (2009–2025). Sánchez Hernández M, Cortés Mora P, Benavente García JJ, Bermejo Costa F, Pizarro Ruiz AM, Rodríguez Sánchez A, Chicano Cazaña P. *Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.*

Objetivos. Describir la evolución clínico-demográfica de los pacientes pediátricos portadores de dispositivos de nutrición enteral a lo largo de 16 años y analizar los cambios en las técnicas de colocación, así como las complicaciones asociadas.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó 54 pacientes de 0–16 años sometidos a gastrostomía entre 2009 y 2025. Se recogieron variables antropométricas, indicaciones clínicas, técnica de abordaje, modalidad de alimentación y complicaciones. La cohorte se dividió en dos periodos: P1 (2009–2017; n = 22) y P2 (2018–2025; n = 32). Se comparó la distribución de técnicas (quirúrgica, endoscópica y radiológica) mediante Chi-cuadrado de Pearson, con significación estadística establecida en $p < 0.05$.

Resultados. El 66,7% de los pacientes fueron varones, con una edad media al procedimiento de 4 años. El peso medio al nacimiento fue de 2,75 kg (–0,23 DE), mientras que al momento de la intervención se situó en 10,79 kg (–2,37 DE), con un Índice de Waterlow medio del 84%, reflejando desnutrición moderada-grave. La indicación predominante fue la patología neurológica (55,5%), seguida de causas malformativas (22,2%) y renales (9,3%). La técnica endoscópica fue la más utilizada globalmente (53,7%), con un aumento progresivo del uso de pexia. Se evidenció un cambio significativo en la distribución de técnicas entre periodos ($p = 0,0002$). En P1 predominó la cirugía (54,5%), sin casos de radiología intervencionista. En P2, la endoscopia se consolidó como técnica principal (59,4%) y la radiología intervencionista emergió con fuerza (31,3%), mientras que la cirugía descendió al 9,4%. La tasa global de complicaciones fue del 53,7%, siendo el granuloma la más frecuente (33,3%). No se observaron diferencias significativas en la incidencia de complicaciones entre periodos ($p = 0,70$) ni entre técnicas ($p = 0,59$). En cuanto a la modalidad de alimentación, el 46,3% recibió bolos intermitentes y el 54% nutrición continua o mixta.

Conclusiones. El perfil predominante es un paciente varón con patología neurológica y desnutrición moderada-grave al momento de la colocación del dispositivo. Se confirma una transición marcada hacia técnicas mínimamente invasivas, alineada con las tendencias nacionales recientes como menciona el artículo publicado en 2024 de Navalón Rubio et al. La endoscopia y la radiología han desplazado progresivamente a la cirugía tradicional sin incrementar la tasa de complicaciones, lo que respalda la seguridad de este cambio. El granuloma continúa siendo la complicación más habitual, probablemente inherente al mantenimiento crónico del estoma más que a la técnica de inserción.

EVALUACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA EN PACIENTES CON CRANEOFARINGIOMA DENTRO DEL PROGRAMA *SEGUIM EN FORMA*.

Toran Pascual J, Oya Magadan I, Llopis Lera M, Murillo García S, Molero Solís MC, Martín de Carpi J. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Objetivos. Evaluar el impacto del programa “*Seguim en forma*” sobre la composición corporal y la adherencia a la dieta Mediterránea en pacientes oncológicos supervivientes con diagnóstico de craneofaringioma.

Material y métodos. Se diseñó un programa de intervención estructurado de tres meses dirigido a pacientes con diagnóstico de craneofaringioma. La intervención incluyó una media de cinco visitas de valoración y seguimiento nutricional, tanto presenciales como telemáticas, además de un acompañamiento individualizado en actividad física (AF). Se administró al inicio y final de la intervención el cuestionario KIDMED 2.0 para evaluar la adherencia a la dieta Mediterránea y se realizó bioimpedancia (BIA) y medida de perímetro medio braquial (MUAC) para la valoración de la composición corporal. Finalizada la intervención inicial, los participantes fueron reevaluados a los 4 meses en los que mantuvieron únicamente el acompañamiento nutricional menos intensivo.

Resultados. Participaron ocho pacientes, de los cuales seis completaron la intervención (edad media $13 \pm 1,26$ años; 50% mujeres). En la evaluación inicial se observó un peso medio de $74,23 \pm 17,69$ kg, un IMC medio de $30,18 \pm 5,04$ kg/m² y una desviación estándar (DE) de IMC media de $+4,58 \pm 2,11$ DE, con un 16,67% de sobrepeso y un 83,33% de obesidad. El MUAC medio fue de $32,00 \pm 4,78$ cm. La BIA inicial mostró un porcentaje de masa grasa del $44,63 \pm 6,93\%$ y masa grasa (MG) media $33,17 \pm 9,39$ kg. La masa libre de grasa (MLG) media fue $41,07 \pm 11,15$ kg y la masa musculoesquelética $21,87 \pm 6,41$ kg. La puntuación inicial del KIDMED 2.0 se registró en $7,83 \pm 2,32$, con un 50% de calidad óptima y un 50% intermedia. Tras la intervención se observó una disminución significativa del IMC de 1,33 puntos (30,18 vs. 28,85; $p = 0,035$) y de la DE de IMC de 0,60 DE (4,58 vs. 3,98; $p = 0,024$). También se reportó una tendencia de disminución del MUAC de 1,00 cm (32,00 vs. 31,00; $p = 0,051$) y de la MG 2,30 kg (33,17 vs. 30,87; $p = 0,058$). La puntuación del KIDMED 2.0 mostró una tendencia de mejora de 1,67 puntos (7,83 vs. 9,50; $p = 0,053$) con un 100% de puntuación de calidad óptima. A los 4 meses postintervención se observó una disminución significativa de la MLG 0,65 kg (45,45 vs. 44,80; $p = 0,024$). Asimismo, se mostró una tendencia de disminución de la DE del peso 0,34 DE (2,70 vs. 2,37; $p = 0,056$) y se mantuvo el IMC (30,36 vs. 29,74) y la DE de IMC (3,98 vs. 3,77).

Conclusiones. El programa “*Seguim en forma*”, basado en acompañamiento nutricional y apoyo en AF, mejoró y mantuvo durante 4 meses el IMC y el DE de IMC, mostrando tendencia en la disminución del MUAC y en la mejora de la adherencia a la dieta Mediterránea.

DEL CRIBADO NEONATAL DE LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO A LA CONFIRMACIÓN: RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO, IMPACTO ASISTENCIAL Y RETOS ACTUALES. Monserrat Marín C, Bassy Navarro S, Esparza Isasa E, Arozamena Aguayo S, Cañedo Villarroja E, De la Mano Hernández A, Muñoz Codoceo RA, Martín Fernández C. *Hospital Universitario Infantil Niño Jesús. Madrid.*

Introducción. El cribado neonatal (CN) es una herramienta clave en la detección precoz de los errores innatos del metabolismo (EIM). En los últimos años se ha logrado ampliar el número de enfermedades metabólicas incluidas en el CN, con un aumento en las derivaciones a centros de referencia. Secundariamente a esta realidad, el número de familias que padecen el impacto emocional de un resultado inicial alterado también se ha visto incrementado.

Objetivo. Describir las características demográficas, clínicas y asistenciales de los pacientes con CN positivo y analizar los procesos diagnósticos empleados.

Material y métodos. Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes con CN positivo derivados a un hospital terciario entre 2015 y 2025. Los casos con información incompleta fueron excluidos. Se analizaron datos demográficos, edad en primera consulta, datos gestacionales, toma o no de segunda muestra de cribado, estudios bioquímicos y genéticos, número de visitas, tratamiento y diagnóstico inicial.

Resultados. Analizamos datos de 96 pacientes (54,2% varones, 45,8% mujeres) con una mediana de edad en primera consulta de 13,5 días (RIC: 8–34,75). El 11,5% eran prematuros, el 5,2% habían recibido nutrición parenteral y en el 27% de los casos la madre había recibido medicación durante la gestación o el parto. En 46 pacientes se tomó una 2ª muestra de cribado, siendo este hecho más frecuente en prematuros ($p = 0,11$). Entre 2015–2019 fueron derivados 32 CN positivos frente a los 64 derivados entre 2020–2025, obteniéndose una tasa de confirmación similar en ambas décadas (28,1% vs. 31,3%). El motivo más frecuente de derivación fue la alteración de C14:1 y C3 (16 casos cada una), seguida de C5OH (13 casos). 29 EIM (30%) fueron confirmados, alcanzándose un diagnóstico bioquímico en el 96,6% de ellos ($p < 0,001$). Solo un paciente precisó estudio genético para ser diagnosticado, situándose la genética en la mayoría de los casos como un apoyo a la bioquímica ($p < 0,001$). El inicio de tratamiento dietético y farmacológico precoz fue más frecuente en los casos confirmados ($p < 0,001$). Los casos confirmados requirieron significativamente menos visitas (mediana 2 RIC 1 vs. mediana 3 RIC 1; U de Mann-Whitney $p = 0,005$) y un menor número de estudios (mediana 1 RIC 1 vs. mediana 2 RIC 1; U de Mann-Whitney $p = 0,023$) frente a los falsos positivos (FP) hasta su confirmación.

Conclusiones. El aumento de CN positivos de los últimos años está asociado al aumento de FP, conllevando mayor carga asistencial y económica frente a los pacientes confirmados hasta la resolución del caso. La bioquímica es una herramienta muy potente para la confirmación diagnóstica, no así para el descarte de la enfermedad. Aunque nuestros resultados sugieren gran sensibilidad del programa sin pérdida de rendimiento diagnóstico, consideramos necesario buscar herramientas para disminuir los FP, evitando la sobrecarga asistencial y la angustia familiar generadas.

VALORACIÓN MORFOFUNCIONAL EN PACIENTES CON AMINOACIDOPATÍAS. Suárez Camacho R¹, Martínez Martos Z², Muñoz Alonso A², Plaza Oliver D², Rodríguez Martínez A². ¹Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivos. En pacientes pediátricos con aminoacidopatías, la restricción de proteínas naturales podría asociarse desviaciones en el estado morfofuncional en comparación con la población sana de la misma edad y género. El objetivo del estudio fue evaluar de forma preliminar el estado morfofuncional de pacientes pediátricos con aminoacidopatías mediante herramientas complementarias a la antropometría convencional, con el fin de identificar alteraciones subclínicas y generar hipótesis para futuros estudios de mayor envergadura.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo piloto realizado en un hospital pediátrico de tercer nivel, centro de referencia para errores congénitos del metabolismo. Se incluyeron pacientes pediátricos con aminoacidopatías en seguimiento clínico estable. Se recogieron variables clínicas, antropométricas, composición corporal mediante BIVA, fuerza de prensión manual mediante dinamometría y nivel de actividad física. Los resultados se analizaron de forma descriptiva y se compararon con valores de referencia publicados en población pediátrica sana. El estudio se planteó como una fase exploratoria, orientada a evaluar la utilidad clínica de la valoración morfofuncional y a sentar las bases metodológicas para futuros estudios prospectivos.

Resultados. Se han incluido, por el momento, 9 pacientes (edad 5–14 años), con predominio masculino y diagnóstico mayoritariamente realizado mediante cribado neonatal. Los tratamientos incluyeron dieta específica, fórmula metabólica y tratamiento con BH4. Los Z-scores de IMC mostraron una amplia variabilidad (–1,65 a +3,13), coexistiendo normopeso, bajo peso y exceso ponderal. Sin embargo, se evidenció un desacople relevante entre IMC y estado morfofuncional en varios pacientes. El ángulo de fase osciló entre 4,6 y 6,8°, situándose en algunos casos en el límite inferior o por debajo de los valores descritos para población pediátrica sana. La masa libre de grasa fue heterogénea y no siempre concordante con el IMC. La fuerza de prensión manual resultó inferior a la esperable para la edad en varios pacientes, incluso en aquellos con antropometría aparentemente normal. Los pacientes con mayor nivel de actividad física presentaron mejores parámetros de composición corporal y función muscular.

Conclusiones. Este estudio piloto sugiere que los pacientes pediátricos con aminoacidopatías pueden presentar alteraciones en la composición corporal y la función muscular no detectables mediante antropometría convencional. La valoración morfofuncional aporta información clínica complementaria y potencialmente relevante para el seguimiento nutricional. Nuestro propósito es continuar incluyendo nuevos pacientes, con el fin de disponer de un tamaño muestral mayor que permita reforzar la solidez de los resultados obtenidos. Más allá del IMC, la valoración morfofuncional revela lo que la antropometría no alcanza a mostrar.

EVOLUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE BIOIMPEDANCIOMETRÍA ELÉCTRICA VECTORIAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN SEGUIMIENTO EN UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE OBESIDAD EN UN HOSPITAL TERCIARIO. Romero Rondán P, Ortiz Teba M, Carrión Medina A, Balboa Vega M, Cuadrado Caballero C, Jiménez Crespo B, Pérez González E, Rivero de la Rosa M. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivos. Describir cambios en la composición corporal y su evolución en pacientes pediátricos con obesidad en seguimiento en una consulta monográfica y multidisciplinar, tras intervención nutricional. Analizar su utilidad como posible marcador precoz de respuesta a la misma.

Material y métodos. Estudio observacional longitudinal. Muestra de 18 pacientes seguidos en consulta monográfica multidisciplinar entre junio 2024 y noviembre 2025. Se recogieron datos sobre edad, sexo, peso, talla, IMC, índice nutricional de Shukla (IN), índice de Waterlow (IW) y comorbilidad asociada (hipertensión arterial, prediabetes, dislipemia, esteatosis hepática, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), electrocardiograma y ecocardiografía). Todos los pacientes fueron valorados por gastroenterólogo, nefrólogo, endocrinólogo, cardiólogo, psicólogo y nutricionista. Se les realizó valoración nutricional completa: antropometría, dinamometría, test funcionales y bioimpedanciometría (BIA) al inicio y tras 3–6 meses. Se recogieron cambios realizados en la dieta (según cuestionario KIDMED) y en la actividad física.

Resultados. 18 pacientes, 50% hombres 50% mujeres. Edad media: 13 años (13,7 hombres y 12,2 mujeres). Comorbilidad más frecuente: hipertensión arterial (88,8%) seguida de prediabetes/diabetes (72,2%), SAOS (22,2%), dislipemia (2%) y esteatosis hepática (2%). Ningún paciente presentó alteración cardiológica. En primera visita, todos los pacientes presentaban obesidad con un IMC > p97, el 27,7% moderada (IN 140–160) y el 72,2% grave (IN > 160). El 100% presentaban un IW > 115 (sobrenutrición). Tras 3–6 meses de seguimiento, el IMC disminuyó de media 1,02 puntos aunque el 100% de los pacientes se mantenían en rango de obesidad, excepto uno en sobrepeso (p96). Se implementaron recomendaciones dietéticas y de actividad física en todos los pacientes, presentando el 37% adecuada adherencia a las mismas en la revisión. Respecto a la BIA, el ángulo de fase aumentó una media de $0,07 \pm 0,27$ grados, con mejoría en el 44,4% de los pacientes y manteniéndose estable en el 16,6%. El 100% de los pacientes que mejoran el ángulo de fase, también mejora la masa celular corporal y su masa libre de grasa. El 100% de los pacientes que habían referido buena adherencia a medidas dietéticas y de ejercicio físico, presentaron una mejoría de su ángulo de fase y de masa celular corporal. Una paciente fue dada de alta con mejoría completa y normalización de su valoración nutricional.

Conclusiones. En nuestra muestra, no se observaron cambios antropométricos relevantes, pero la BIA permitió identificar mejoras funcionales y de composición corporal no detectables mediante la antropometría clásica, mejorando ángulo de fase y masa celular corporal sobre todo en pacientes con mejor adherencia a las recomendaciones dietéticas y al ejercicio físico, acorde a lo esperado. Aporta información complementaria y más afinada junto con la antropometría clásica, pudiendo valorarse como predictor de respuesta favorable a la intervención y constituyendo una herramienta útil para el seguimiento clínico en pacientes con obesidad infantil.

IMPACTO DE LOS FACTORES NUTRICIONALES EN LA DURACIÓN DE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL RIESGO DE REINGRESO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Aparicio Callén C, Nagore González C, Faci Alcalde E, Escartín Madurga L. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.*

Objetivos. Identificar variables nutricionales asociadas a una mayor duración de la estancia hospitalaria y al riesgo de reingreso en pacientes pediátricos con trastornos de conducta alimentaria (TCA) ingresados en una unidad de referencia.

Métodos. Estudio observacional retrospectivo en pacientes < 18 años ingresados por TCA en un hospital terciario de referencia autonómica entre 2022 y 2025. Se realizó análisis descriptivo de variables antropométricas, nutricionales, clínicas, evolutivas y de tratamiento, comparaciones entre grupos según necesidad de reingreso y análisis multivariante para identificar factores asociados.

Resultados. Se incluyeron 75 pacientes con edad media de 14,5 años, predominantemente mujeres (94,7%) y con diagnóstico de anorexia nerviosa (98,7%). Al ingreso, el 84% presentaba malnutrición (61% moderada/grave). El 52% precisó suplementos nutricionales y el 8% (n = 6) nutrición mediante SNG. El 44% recibió tiamina y el 9,3% otros complementos vitamínicos. La mayoría de los pacientes fueron tratados con psicofármacos (96%). La estancia hospitalaria media fue de 40,3 días y el 28% (n = 21) requirió reingreso durante el periodo analizado. En el análisis multivariante, el uso de suplementos nutricionales orales y nutrición por SNG se asoció significativamente con menor duración de la estancia hospitalaria ($B = -16,06$; $\beta = -0,30$; $p = 0,004$ y $B = -56,85$; $\beta = -0,50$; $p < 0,001$, respectivamente). Por el contrario, una mayor recuperación ponderal, medida mediante índice de Waterlow, se asoció con estancias más prolongadas ($B = 0,55$; $\beta = 0,23$; $p = 0,019$). La presencia de complicaciones médicas, conductas de riesgo y características de la enfermedad no se asoció significativamente con la duración de la estancia hospitalaria. Los pacientes que requirieron reingreso mostraron Z-score de IMC e índice de Waterlow inferiores, así como perímetro braquial y de cintura significativamente menores (Z-score $-2,21$ y $-2,16$; $p < 0,05$), reflejando además tendencias hacia perfiles nutricionales y metabólicos menos favorables, aunque sin significación estadística en todas las variables. En pacientes con malnutrición moderada-grave, una recuperación nutricional inferior al 5% según el índice de Waterlow se asoció con un mayor riesgo de reingreso (OR 21; IC 95%: 2,19–200,8; $p = 0,003$). Ninguna otra variable clínica, nutricional, evolutiva o de tratamiento analizada se asoció significativamente con el riesgo de reingreso.

Conclusiones. Los TCA se asocian con ingresos hospitalarios prolongados y un alto riesgo de reingreso. Una evaluación integral permite identificar a los pacientes con mayor compromiso nutricional y predecir su evolución clínica. La implementación precoz de soporte nutricional enteral contribuye a acortar la estancia hospitalaria y mejora la recuperación ponderal, reduciendo el riesgo de reingreso en pacientes con malnutrición moderada-grave cuando se logra un incremento $\geq 5\%$ en el índice de Waterlow. La adopción de protocolos estandarizados con criterios claros y objetivos de alta nutricional permite optimizar el manejo hospitalario y posthospitalario de estos pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL SOPORTE NUTRICIONAL Y DE LAS DEFICIENCIAS NUTRICIONALES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS INGRESADOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Esparza Isasa E¹, Martín Fernández C¹, Arozamena Aguayo S¹, Gallego Vazquez S², Monserrat Marín C¹, De la Mano Hernández A¹, Cañedo Villarroya E¹, Muñoz Codoceo RA¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid.

Introducción y objetivo. La supervivencia de los pacientes oncológicos pediátricos ha aumentado hasta el 80% a los cinco años. Aunque el estado nutricional es fundamental se estima que casi el 50% presenta algún grado de desnutrición. Nuestro objetivo es describir el estado nutricional y las deficiencias analíticas, así como las intervenciones realizadas en pacientes oncológicos pediátricos durante su ingreso hospitalario.

Metodología. Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo, que analiza 92 interconsultas a la unidad de Nutrición de 75 ingresados en Oncología durante el 2023 en un hospital pediátrico de tercer nivel. Se recogieron: edad, sexo, diagnóstico y tratamiento oncológico, antropometría inicial y final, tipo de soporte nutricional y alteraciones analíticas.

Resultados. De las 92 consultas analizadas, el 65,8% fueron hombres. La mediana de edad era de 6 años (IQR: 2–10) y la mediana de índice de masa corporal (IMC) en primera valoración era de –0,5 DE (IQR: –1,27 a +0,4). Los principales diagnósticos oncológicos fueron: leucemia linfoblástica aguda (27%), neuroblastoma (13%) y leucemia mieloblástica aguda (12%). En 90 valoraciones se indicó iniciar soporte nutricional, el 64,4% recibieron como primera opción nutrición enteral (NE) y el 35,6% nutrición parenteral (NP). Al final del seguimiento, 48 casos (52%) precisaron NP con una mediana de 15 días de duración (IQR: 9–23). Los motivos fueron anorexia (42%) y mucositis (35%). De ellos, el 39,6% sufrieron complicaciones secundarias, especialmente colestasis. La NE se indicó en total a 69 casos (75%) con una mediana de duración de 15,5 días (IQR: 7–36). 49 pacientes (53% del total y 71% de los que recibieron NE) precisaron dispositivo de alimentación externa (DAE), principalmente sonda nasogástrica (92%), con una mediana de duración de 19 días (IQR: 8–34). No se observaron diferencias en la duración del ingreso entre aquellos que inicialmente recibieron NE frente a los que recibieron NP (Mann-Whitney, $p = 0,233$), ni tampoco entre el tipo de soporte inicial y la aparición de complicaciones (Fisher $p = 0,380$). En el 79% de las valoraciones se solicitó analítica nutricional detectándose alteraciones en el 85% de ellas, siendo el déficit de vitamina D el más frecuente (50%) seguido de zinc y ácido fólico (24,2% ambos). No se encontró asociación entre la existencia de deficiencia analítica con el IMC inicial (Mann-Whitney, $p = 0,988$) ni con la edad (Mann-Whitney, $p = 0,111$). Al alta, la mediana de IMC era de –0,7 DE (IQR: –1,3 a +0,4). No se observaron diferencias en la variación IMC al final de la intervención entre aquellos que inicialmente recibieron NE frente a NP (Mann-Whitney, $p = 0,889$). 47 pacientes (51% del total) continuaron con NE al alta (37 mediante DEA).

Conclusiones. Los pacientes oncológicos pediátricos precisan un seguimiento estrecho ya que muchos precisarán soporte nutricional. La individualización del soporte y la detección precoz de déficits nutricionales es fundamental optimizar nuestra intervención nutricional.

BIOIMPEDANCIOMETRÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIABETES TIPO 1: ¿EXISTEN DIFERENCIAS SEGÚN EL CONTROL GLUCÉMICO? Gasset García A, Bueno Suárez C, Pérez Segura P, Cruz Rojo J, Carrasco Gutiérrez P, Juárez Pimentel C, Camacho Montesino MC, Germán Díaz M. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

Objetivos. Los pacientes pediátricos con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) pueden presentar alteraciones de la composición corporal no detectables mediante antropometría convencional. Existe escasa bibliografía sobre el uso de bioimpedanciometría (BIA) en dichos pacientes, pudiendo ser una herramienta para la detección precoz de estos cambios. Los objetivos son evaluar las medidas antropométricas y de composición corporal medida mediante BIA en pacientes pediátricos con DM1, analizar la influencia de la alimentación y actividad física sobre dichos parámetros, además de evaluar diferencias en relación a la composición corporal según el control glucémico.

Material y métodos. Estudio observacional analítico, transversal y unicéntrico, realizado en pacientes seguidos en la consulta de diabetes infantil. Se les realizó una BIA vectorial (BIA 101, AKERN) registrándose: resistencia (Rz), reactancia (Xc), ángulo de fase (PA), masa celular corporal (BCM), masa grasa (FM) y masa libre de grasa (FFM). Se recogieron datos antropométricos (peso, talla, IMC), variables epidemiológicas y clínicas. Se evaluó el nivel de actividad física y adherencia a dieta mediterránea mediante cuestionarios APALQ y KIDMED, respectivamente. Se calcularon las desviaciones estándar (DE) de PA ajustadas por edad y sexo. Se definió buen control glucémico como tiempo en rango (TIR) > 70%. Se categorizó la muestra en cuatro cuartiles según el control glucémico, siendo los pacientes del primer cuartil (Q1) los de peor control.

Resultados. Se incluyeron 59 pacientes, la edad media fue $13,54 \pm 5,9$ años con duración media de la enfermedad de $6,07 \pm 3,9$ años; el 61% fueron mujeres. La HbA1c media fue $7,36\% \pm 0,89$. Presentaron buen control glucémico el 66% (56% mujeres) y mal control el 34% (70% mujeres). La mediana de DE de IMC fue +0,7 (RIC 0,2–1,3), sin objetivar diferencias entre los grupos según el control glucémico. La media del PA estratificado por sexos fue de 5,86 para mujeres y 6,26 para hombres, con una media de DE de PA respecto a la población sana de 0,14 para mujeres y –0,18 para hombres. No se observaron asociaciones significativas entre el control glucémico y el PA ajustado por edad y sexo; tampoco al estratificar por cuartiles de TIR, obteniéndose las siguientes DE de PA por cuartiles de peor a mejor control respectivamente: –0,47, 0,41, 0,24 y –0,11. En cuanto a la BCM y la FFM no se objetivaron diferencias según el control glucémico. Se correlacionaron mejores puntuaciones en actividad física con mejor adherencia dietética (correlación 0,3, $p < 0,05$).

Conclusiones. En esta cohorte pediátrica con DM1 no hubo diferencias significativas en el PA (ajustado por edad y sexo), BCM y FFM según el control glucémico. La correlación positiva entre actividad física y dieta mediterránea sugiere la coexistencia de hábitos saludables que pueden ser relevantes para el control de la enfermedad y composición corporal.

COMUNICACIONES ORALES BREVES

NUTRICIÓN-HEPATOLOGÍA

VALORACIÓN NUTRICIONAL INTEGRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD: EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Carrión Medina A, Quirós Nieto B, Romero Rondán P, Balboa Vega M, Cuadrado Caballero M, Jiménez Crespo B, Pérez González E, Rivero de la Rosa M. *Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.*

Objetivos. La obesidad pediátrica se asocia a un aumento precoz del riesgo cardiovascular, requiriendo un abordaje integral desde edades tempranas. El objetivo de este estudio es describir las características de los pacientes atendidos por primera vez en una consulta multidisciplinar de riesgo cardiovascular pediátrico, destacando la importancia de la evaluación nutricional avanzada mediante antropometría, bioimpedanciometría y test funcionales como herramientas clave.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 37 pacientes atendidos en primera consulta en una consulta multidisciplinar de riesgo cardiovascular pediátrico durante el año 2025 en nuestro hospital. Recogimos datos demográficos, hábitos dietéticos y de estilo de vida, antropometría, bioimpedanciometría vectorial, test funcionales, analítica completa y pruebas complementarias (ecografía espesor íntima carotídea, ecocardiografía, polisomnografía, ecografía abdominal, Holter, electrocardiograma).

Resultados. Muestra de 37 pacientes valorados en 2025 en consulta multidisciplinar de nuestro hospital. Todos los pacientes fueron vistos en el mismo acto por un gastroenterólogo, nutricionista, endocrinólogo, nefrólogo, cardiólogo y psicólogo. Presentaban una edad media de 12,9 años, siendo el 54,1% mujeres. El perfil antropométrico mostró obesidad grave, con un IMC medio de 35,3 kg/m², Waterlow peso del 155,1%. El síndrome metabólico estuvo presente en el 18,9% y la hipertensión arterial clínica en el 45,9%. En cuanto a las comorbilidades asociadas, destacó la insulinoresistencia en 36,6%, elevación de HbA1c compatible con prediabetes en 29,4%, así como albuminuria > 30 mg/dl en 10,8%. En cuanto a las características de la dieta en la primera consulta, el 100% presentaba exceso de hidratos de carbono en la dieta, el 81,1% exceso de grasas y el 83,8% consumo elevado de azúcares refinados. Solo el 45,9% alcanzaba un consumo adecuado de frutas y verduras. Detectamos conductas alimentarias inadecuadas tales como comer rápido (62,69%), repetir plato (60,71%) o picar entre horas (60%). El número medio de comidas diarias fue de 4,3. La bioimpedanciometría mostró alteraciones en la composición corporal, con una resistencia media de 514 ohmios, reactancia de 50,6 ohmios. El 65,7% de la muestra presentaban obesidad sarcopénica (exceso de masa grasa con disminución de masa celular) junto con alteración de los test funcionales y la dinamometría. Tras la primera consulta, se implementaron medidas individualizadas que incluyeron recomendaciones de ejercicio físico, educación nutricional con modificación de la distribución de macronutrientes y mejora de hábitos dietéticos, así como seguimiento multidisciplinar coordinado.

Conclusiones. Los pacientes atendidos en primera consulta presentan obesidad severa asociada a múltiples comorbilidades metabólicas, digestivas y nutricionales. La valoración nutricional integral, apoyada en antropometría, bioimpedanciometría y test funcionales, permite identificar precozmente alteraciones como sarcopenia y orientar intervenciones personalizadas. Este enfoque desde el ámbito digestivo y nutricional resulta clave en la prevención del riesgo cardiovascular pediátrico y refuerza el valor de las consultas multidisciplinarias especializadas.

UTILIDAD DE LA ALANINA AMINOTRANSFERASA COMO HERRAMIENTA DE CRIBADO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN NIÑOS CON OBESIDAD. Recio Linares A¹, Botija Arcos G¹, González Pérez M¹, Barasoain Millán A², Bezanilla López C², Del Olmo Segura P¹, Martín Adrados A¹, Cano Dorao F³. ¹Sección de Gastroenterología, Servicio de Pediatría; ²Sección de Endocrinología, Servicio de Pediatría; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Objetivos. Evaluar el rendimiento diagnóstico de la alanina aminotransferasa (ALT) como biomarcador aislado para el *screening* de esteatosis hepática en una cohorte pediátrica con obesidad, utilizando elastografía hepática como método de referencia.

Material y métodos. Estudio observacional y transversal, unicéntrico, que incluyó niños ≥ 9 años con obesidad (IMC > 2 DE según Sobradillo 2004), que acudieron a consulta de gastroenterología y endocrinología de un hospital secundario entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de agosto de 2025. En todos se recogieron peso, talla, z score de IMC, circunferencia abdominal, tensión arterial, y se realizaron analítica sanguínea (perfiles hepático, lipídico, glucídico, 25-OH-vitamina D3) y elastografía hepática mediante UGAP (*ultrasound-guided attenuation parameter*). Se consideró "ALT elevada" según guías previas a un valor de ALT ≥ 44 U/L en mujeres y ≥ 52 U/L en varones y esteatosis hepática un valor de UGAP $\geq 0,680$ dB/cm/Mhz.

Resultados. Se incluyeron 80 pacientes, 34 varones y 46 mujeres, con edad media de $12,7 \pm 2,2$ años y Z-score de IMC medio de $4,0 \pm 1,2$ DE. La prevalencia de esteatosis hepática fue del 28,8% (23/80), mientras que la presencia de ALT elevada, según la definición preestablecida, se observó en el 11,4% (9/80). Los pacientes con esteatosis presentaron valores de ALT significativamente superiores a los del grupo sin esteatosis ($p = 0,001$). En el análisis univariante, la presencia de "ALT elevada" mostró una OR de 2,16 para esteatosis, con una sensibilidad del 21,7% y un valor predictivo negativo del 74,3%, lo que indica que más del 25% de los niños con ALT no elevada presentaron esteatosis. En la evaluación del rendimiento diagnóstico de ALT estratificada por sexo, el AUC fue de 0,838 en las niñas (IC95%: 0,719–0,956; $p = 0,001$) y de 0,619 en los niños (IC95%: 0,418–0,820; $p = 0,249$). En cuanto a los puntos de corte de ALT en nuestra muestra, en niños, el valor óptimo para el diagnóstico de esteatosis fue de 15 U/L, con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 19%, mientras que en las niñas, el punto de corte fue de 20,5 U/L, con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 25%.

Conclusiones. Los valores de ALT se asociaron de forma significativa con la presencia de esteatosis hepática en pacientes pediátricos con obesidad; sin embargo, su rendimiento diagnóstico fue limitado, especialmente en varones (AUC 0,619). Los puntos de corte de ALT usados por guías previas dejaron fuera casos de esteatosis (hasta un 25%). En nuestra cohorte, puntos de corte más bajos ofrecieron buena sensibilidad pero escasa especificidad, lo que reduce su utilidad para descartar enfermedad. En conjunto, la ALT como prueba aislada muestra un valor limitado para el *screening* de esteatosis hepática en la práctica clínica pediátrica.

ESTUDIO COMPARATIVO EN HEPATOPATÍAS PEDIÁTRICAS MEDIANTE SONDAS DE ELASTOGRAFÍA Y ECOGRAFÍA CONVENCIONAL. Alonso López P¹, Gutiérrez San José T², González Fuentes M³, Alonso Vicente C¹, Gutiérrez Valcuende C¹, Marugán de Miguelsanz J¹. ¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Aparato Digestivo; ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

Objetivos. Comparar los valores de fibrosis (Kilopascals: kPa) y esteatosis (Controlled Attenuation Paramater: CAP) mediante elastografía hepática entre sondas S y M. Comparar los valores del CAP con los hallazgos de esteatosis por ecografía convencional.

Material y métodos. Elastografía hepática realizada mediante Fibroscan® con ambas sondas en todos los pacientes, mismo explorador, en ayunas, registrando la sonda indicada por perímetro torácico. Grados de fibrosis y esteatosis definidos según valores de referencia estándares del aparato. Simultáneamente ecografía convencional por radiólogos pediátricos; a efectos comparativos, en ambas técnicas se agrupan los grados de esteatosis como ausente-leve (CAP: 0–1) y moderada-grave (CAP: 2–3). Análisis estadístico: correlación entre variables cuantitativas con test de Pearson y comparación de medias de variables independientes con test t de Student (SPSS v.29).

Resultados. Estudio de febrero a diciembre de 2025, muestra de 43 pacientes, predominio leve de varones 53,5%, rango de edad 2–17 años y media 10,4 años. Patologías incluidas: fibrosis quística (44,2%), sobrepeso/obesidad (16,2%) y esteatosis hepática por ecografía previa (11,6%); resto menos frecuentes. El 11,6% (5/43) con resultados fiables solo para una sonda (3/5 sonda M), que no siempre fue la que les correspondía por perímetro torácico. La media de KPa con sonda S fue significativamente superior que con sonda M (4.989 vs. 4.344, $p < 0,001$), pero la media de CAP con sonda S fue significativamente inferior que con sonda M (204,84 vs. 208,84, $p < 0,001$). Correlación positiva fuerte entre valores de kPa y de CAP con ambas sondas ($r = 0,708$ y $0,779$ respectivamente; $p < 0,001$ en ambos); se mantiene en niños ≥ 10 años: $r = 0,707$ para kPa y $0,753$ para CAP, pero se reduce en menores de 10 años para KPa ($r = 0,572$), aunque se mantiene para CAP ($r = 0,827$). El 26,3% (10/38) presentaron resultados discrepantes entre sondas según grados de referencia: rango de edad 8–14 años y patología predominante sobrepeso/obesidad; al 80% les correspondía la sonda M por perímetro torácico; 8/10 discrepaban en CAP, 4/10 en kPa y 2/10 en ambos; en indicación de sonda S (2/10) discrepaban levemente en CAP. Respecto a la ecografía convencional: 35,7% presentaban esteatosis hepática (15/42); si comparamos exclusivamente con sonda M, se aprecia adecuada concordancia entre ambas pruebas en el 76,9% (30/39), infraestimación ecográfica 12,8% y sobrestimación ecográfica 10,2%.

Conclusiones:

- La sonda M se adapta mejor a los diferentes rangos de edad pediátricos, mientras que la sonda S muestra limitaciones a mayor edad y mayor panículo adiposo.
- Aunque se aprecia una adecuada correlación entre los valores obtenidos por ambas sondas, con la sonda S se obtienen valores que indican un mayor grado de fibrosis y un menor grado de esteatosis.
- La esteatosis hepática presenta una buena correlación de resultados entre ecografía y elastografía, aunque con riesgo tanto de infra como de sobrestimación de la misma.

DÉFICIT DE ADENOSILHOMOCISTEÍNA HIDROLASA, ¿UNA ENTIDAD INFRADIAGNOSTICADA?

Rodríguez Cairns FJ, Loverdós Eseverri I, Molera Busoms C, Meavilla Olivas S, García Arenas D, Egea Castillo N, Casado Río M, Martín de Carpi J. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Introducción. El déficit de S-adenosilhomocisteína hidrolasa (SAHH) es una enfermedad rara, que afecta el metabolismo de la metionina. Existen solo 15 casos publicados en la literatura con un espectro de manifestaciones clínicas variable con posible afectación en el neurodesarrollo, muscular y hepática. Presentaremos el caso de 3 pacientes diagnosticados en nuestro centro con déficit de esta enzima para dar visibilidad a esta entidad probablemente infradiagnosticada.

Resumen del caso. Se describen 3 pacientes con déficit de SAHH diagnosticados entre los 6 y 8 años. El síntoma guía fue una sospecha de miopatía en una paciente y los otros, que son hermanos, estaban asintomáticos y fueron remitidos por hipertransaminasemia. La primera paciente tenía un antecedente de hipotonía en período neonatal y un diagnóstico de TDAH combinado con CI límite posterior. A nivel analítico todos presentaban una hipertransaminasemia moderada-severa junto con un déficit de fibrinógeno (fibrinógeno de Clauss 0,8–1,5 g/L) y de factor VII que provocaba alargamiento del tiempo de protrombina. El perfil lipídico era llamativo con niveles muy bajos de colesterol HDL (12–22 mg/dl) y triglicéridos (22–35 mg/dl). Solo la paciente con antecedente de miopatía presentaba aumento persistente de CPK siendo normal en los otros 2 casos. Los 3 pacientes presentaron elevación de metionina (593–783 $\mu\text{mol/L}$) y S-adenosilmetionina y S-adenosilhomocisteína en el aminograma, y elevación de homocisteína. Se realizó biopsia hepática en un caso evidenciando un parénquima hepático de arquitectura preservada, sin evidencia de fibrosis, cambios de hepatitis crónica leve con hepatocitos apoptóticos, mínima microestasis y hepatocitos con cuerpos de inclusión y positividad focal para p62. Se cursó estudio genético hallando en la primera paciente dos variantes en heterocigosis en el gen AH CY mientras que en los hermanos solo se halló una variante en heterocigosis. Se instauró una dieta restringida en metionina en los 3 pacientes con escasa repercusión en el perfil hepático, persistiendo hipertransaminasemia moderada con mejoría del INR en los 2 hermanos. Durante el seguimiento se han realizado ecografías abdominales y elastografía mediante Fibroscan que descarta la presencia de signos de hepatopatía crónica y de fibrosis respectivamente. En la primera paciente se realizó una resonancia magnética cerebral que no mostró alteraciones.

Comentarios. Consideramos importante dar visibilidad a esta entidad probablemente infradiagnosticada que puede cursar con hipertransaminasemia, coagulopatía o hiperCKemia. Las manifestaciones clínicas son variables y puede cursar asintomática. Si bien está descrito un patrón de herencia autosómico recesivo consideramos, teniendo en cuenta los 2 pacientes portadores de una única mutación en heterocigosis, que las manifestaciones clínicas dependen del nivel de actividad enzimática. Describimos por primera vez una alteración lipídica no descrita previamente en la literatura. Nuestros pacientes no han manifestado progresión de la enfermedad hepática. Mejorar el conocimiento de esta entidad permitira la comprensión de la historia natural con el fin de desarrollar estrategias terapéuticas.

DEFICIENCIA DE USP53 (PFIC TIPO 7) COMO CAUSA DE COLESTASIS DEL LACTANTE: PRESENTACIÓN DE UN CASO. Gasset García A, Palma Milla C, Duque Avilés AB, Giaccagli MC, Bueno Suárez C, Salcedo Lobato E, Vicente Santamaría S, Medina Benítez E. *Hospital Universitario* 12 de Octubre. Madrid.

Introducción. La colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) es un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas recesivas del transporte intrahepático de los ácidos biliares. Los avances genéticos permiten identificar nuevas entidades, entre ellas la deficiencia de USP53, clasificada como PFIC tipo 7 (PFIC7). La proteína USP53 es una proteasa de ubicuitina con función de integridad en las membranas canaliculares de hepatocitos y células epiteliales de la cóclea. Su deficiencia se asocia a colestasis con gamma-glutamil transferasa (GGT) normal, prurito y elevación de ácidos biliares, pudiendo presentar hipoacusia neurosensorial. No se han encontrado casos publicados en la literatura española.

Resumen. Lactante varón de 4 meses, sin antecedentes de interés, padres no consanguíneos y raza hispana, que consulta por ictericia y prurito de 15 días de evolución, sin coluria ni acolia. A la exploración presenta hepatomegalia sin esplenomegalia ni otros signos de hepatopatía avanzada. Analíticamente muestra hiperbilirrubinemia directa (máxima de 19,2 mg/dl), elevación de fosfatasa alcalina (1.695 U/L), GGT normal, ácidos biliares marcadamente elevados (467 μ mol/L), transaminasas discretamente elevadas (GPT 111 U/L, GOT 205 U/L), déficit de vitamina D (12,4 ng/ml) y descenso de actividad de protrombina (10%). No presenta alteración de parámetros de síntesis hepática ni datos de hemólisis. Ante cuadro de colestasis con GGT normal se solicitó panel genético de colestasis intrahepática descartando causas anatómicas e infecciosas de colestasis y déficit de alfa 1 antitripsina. Se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico sin mejoría y se optó por rifampicina a 10 mg/kg/día evidenciando mejoría del prurito. Se suplementó con vitaminas liposolubles y fórmula enriquecida con triglicéridos de cadena media (MCT). Se realizó biopsia hepática con datos de hepatopatía crónica con colestasis, transformación gigantocelular, rosetas hepatocitarias y ductopenia leve. El estudio genético identificó la presencia en heterocigosis de las siguientes variantes: c.1505del como probablemente patogénica y c.368G > A como variante de significado incierto, en el gen USP53. Se realizará estudio de dichas variantes en los progenitores. Dado de alta con rifampicina, ácido ursodesoxicólico, vitaminas liposolubles y fórmula enriquecida en MCT. A los dos meses remitió el prurito, heces sin acolia, resolución de la hiperbilirrubinemia, descenso de niveles de ácidos biliares y valores normales de vitaminas liposolubles. Durante el seguimiento presenta buen crecimiento ponderoestatural, sin signos de raquitismo ni hipoacusia.

Comentarios. Este caso ilustra una presentación precoz de PFIC7 y resalta la importancia del diagnóstico genético temprano en lactantes con colestasis y GGT normal. La presentación fue como episodio de colestasis con buena respuesta al tratamiento con rifampicina como está descrito en otros pacientes de la literatura (forma de colestasis recurrente). Este primer caso descrito en España contribuye a ampliar el conocimiento de esta entidad y subraya la relevancia del abordaje precoz y personalizado.

LITIASIS BILIAR EN PEDIATRÍA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UNA ENTIDAD EMERGENTE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. Bueno Suárez C¹, Gasset García A¹, Legaz Hall N², Ramiro López E¹, León Ruiz P¹, Salcedo Lobato E¹, Vicente Santamaría S¹, Medina Benítez E¹. ¹Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La litiasis biliar, tradicionalmente considerada una patología del adulto, constituye actualmente una entidad emergente en población infantil. En las últimas décadas se ha observado un incremento de su incidencia, posiblemente relacionado con cambios en el perfil epidemiológico y en los factores de riesgo, destacando la creciente prevalencia de obesidad infantil, pese a la limitada evidencia nacional disponible.

Objetivo. Describir las características epidemiológicas, clínicas y radiológicas, las complicaciones y los resultados terapéuticos de la litiasis biliar pediátrica en un hospital terciario, así como analizar su tendencia temporal.

Métodos. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes pediátricos con diagnóstico de litiasis biliar y seguimiento ≥ 6 meses, atendidos entre 2018 y mediados de 2025. Se analizaron variables demográficas y clínicas, factores predisponentes y comorbilidades, hallazgos ecográficos, evolución clínica, complicaciones y resultados terapéuticos.

Resultados. Durante el periodo estudiado se registraron 123 casos de litiasis biliar, observándose una tendencia creciente, con un máximo en 2024, año en el que se diagnosticaron 23 casos (18,7%). En el subgrupo de pacientes con IMC disponible ($n = 66$), el 28,79% presentaba sobrepeso u obesidad. Entre los principales factores de riesgo clínicos destacaron la prematuridad (18,89%), las hepatopatías o alteraciones congénitas de la vía biliar (16,26%), el uso de fármacos colestáticos (16,38%), la pérdida de peso (16,18%) y la sepsis (12,2%). El 52,85% de los pacientes fue diagnosticado de forma sintomática, siendo el dolor abdominal el síntoma predominante (84,62%), seguido de náuseas o vómitos (61,54%) e ictericia (20%). La pancreatitis estuvo presente en el 11,38% al diagnóstico, con recurrencia en cinco casos hasta la instauración del tratamiento definitivo. Entre las litiasis inicialmente asintomáticas, solo el 6,9% desarrollaron clínica durante el seguimiento, con una latencia media de 1 año desde el diagnóstico (DE 1,41). El diagnóstico se realizó en todos los casos mediante ecografía abdominal, observándose litiasis única en el 39,34%, litiasis múltiples en el 34,43%, barro biliar en el 17,21% y litiasis asociada a barro en el 9,02%. Durante el seguimiento, el 18,75% de los casos de barro biliar evolucionó a litiasis, mientras que en el 37,5% se produjo resolución espontánea. El 44,26% de los pacientes no requirió intervención y presentó una evolución favorable. El 16,39% (20/122) precisó reingreso hospitalario hasta la intervención definitiva. Se realizó colecistectomía laparoscópica directa en 34 casos; en 5 pacientes fue necesaria CPRE previa seguida de cirugía, y en 2 la CPRE constituyó el tratamiento definitivo. Tras la cirugía, 2 pacientes desarrollaron síndrome postcolecistectomía. El tratamiento con ácido ursodesoxicólico fue efectivo en el 36,67% de los casos.

Conclusión. La litiasis biliar pediátrica constituye una entidad emergente y clínicamente relevante. La limitada evidencia disponible pone de manifiesto la necesidad de estudios adicionales que permitan definir estrategias terapéuticas y protocolos específicos, especialmente en pacientes con complicaciones.

PLASMAFÉRESIS EN EL FALLO HEPÁTICO AGUDO INFANTIL: ¿PUENTE, TRATAMIENTO O AMBAS? EXPERIENCIA EN CENTRO DE TRASPLANTADOS. Sastre Domínguez MA¹, Rodríguez Salas M¹, Gilbert Pérez JJ¹, Lendínez Jurado A², González de Caldas Marchal R¹, Jiménez Gómez J¹, Sánchez Gallego P¹. ¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Vithas Málaga. Málaga.

Introducción. El fallo hepático (FH) consiste en la incapacidad del hígado para llevar a cabo sus funciones metabólicas, de síntesis y detoxificadora. En principio, tanto el FH agudo como el deterioro de una hepatopatía crónica compensada son situaciones que pueden ser reversibles, no así la disfunción hepática severa en un paciente con enfermedad hepática terminal. El único tratamiento demostrado para mejora del pronóstico en casos graves e irreversibles es el trasplante hepático, aunque su coste y la espera de un donante obliga a buscar nuevas terapias como el recambio plasmático terapéutico (RPT) que sirvan como “puente” para el trasplante o que faciliten la recuperación de las funciones hepáticas.

Objetivo. Describir experiencia en uso de RPT en pacientes con FH, complicaciones y evolución.

Métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con FH o fracaso agudo del injerto post-trasplante en los que se utilizó RPT en el periodo de 2023–2025. Se analizaron variables cuantitativas expresadas como mediana y rango de parámetros analíticos de función hepática previos y posteriores a terapia de RPT mediante test de Wilcoxon. Análisis estadístico SPSS v.22.

Resultados. Se incluyeron 5 pacientes en centro referencia de trasplante hepático infantil. Los pacientes tenían una edad mediana de 5 años [7 m–15 a] con una mediana de peso de 10,5 kg [50,5–6,95] y de talla de 78 cm [158,5–64] siendo 3 de ellas mujeres. A su ingreso en UCI, presentaban un riesgo de mortalidad medido por PIM2 de 7,46 (RQ 25,17), 2 de ellos presentaron un FH agudo y los otros 3 una disfunción hepática severa sobre una hepatopatía crónica previa, presentando este grupo un PELD score de 30 puntos [37–20,5]. La etiología fue diversa siendo más común el origen metabólica (40%). Todos presentaron daño renal agudo asociado precisando terapia con hemodiafiltración veno-venosa continua precisando una mediana de 2 sesiones (RQ 9) y uno de ellos una dosis de rituximab. El 80% precisó tanto asistencia respiratoria con ventilación mecánica invasiva como soporte inotrópico y el 40% también se le administró N-acetilcisteína. Solo se objetivó una disminución estadísticamente significativa en la determinación de enzimas hepáticas y de colestasis. Valores preRPT: AST 446 U/L [2.562–112,5], ALT 142 U/L [3.123–33] y GGT 90 U/L [352,5–29,5]; valores posRPT: AST 60 U/L [268–43,5], ALT 30 U/L [397–18] y GGT 26 U/L [244–20,5]. Uno de los pacientes recuperó la función hepática “ad integrum” sin precisar trasplante, otro de ellos se desestimó por fallo multiorgánico y los otros 3 fueron trasplantados. La tasa de supervivencia fue del 60% a los 2 años de seguimiento.

Conclusiones. En este estudio, la muestra es pequeña para poder extrapolar conclusiones a la práctica clínica pero la RPT puede ser útil en pacientes con disfunción hepática severa.

DE LA CIRUGÍA AL TRASPLANTE: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ATRESIA DE VÍAS BILIARES. Munera Barrios MT, Sánchez Salgado J, Trillo Belizón C, Navas López VM. *Hospital Regional Universitario Materno-Infantil de Málaga. Málaga.*

Introducción. La atresia de vías biliares (AVB) es la causa más frecuente de colestasis neonatal progresiva hacia enfermedad hepática crónica en la infancia. La portoenterostomía de Kasai (KPE) constituye el tratamiento inicial estándar, aunque una proporción significativa de pacientes requiere trasplante hepático (TH). La descripción detallada de la clínica, bioquímica y hallazgos radiológicos previos a la cirugía es útil para identificar factores de riesgo y optimizar el seguimiento.

Objetivo. Analizar las características demográficas, clínicas y bioquímicas, así como la evolución hasta trasplante hepático, en pacientes pediátricos con AVB en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 14 pacientes diagnosticados de AVB entre 2010 y 2025 en el servicio de Gastroenterología Pediátrica de un hospital terciario. Se recopilaron variables demográficas, clínicas y diagnósticas, analíticas (previos y posteriores a KPE), así como complicaciones postoperatorias y relacionadas con el TH. Se empleó SPSS 22.0 para el análisis de datos. Los resultados se presentan como medianas (rango) para variables continuas y porcentajes para variables categóricas.

Resultados. De los 14 pacientes, 12 fueron mujeres y 2 varones. La mediana de edad al diagnóstico fue de 14 días (RIC 15,2–60,5). La presentación clínica más frecuente incluyó ictericia (100%), acolia (64,3%), coluria (35,7%) y prurito (7,1%), y un 71,4% presentaba hepatomegalia y un 23,1% esplenomegalia. En todos los pacientes realizaron ecografía abdominal (78,6% compatible), un 50% gammagrafía hepática (100% compatible), y colangioRM en el 7,1% (concluyente en 66%). Se realizó biopsia hepática en todos los casos, el 91,6% con fibrosis y se vieron tapones biliares en el 33%. En la tabla 1 se muestran los valores analíticos al diagnóstico. Se realizó KPE en el 92,8%, siendo la mediana de edad de 60 días (RIC 22–66,5). Tras la intervención, se pautaron antibióticos profilácticos en el 72,7%, corticoides en 63,3%, ácido ursodesoxicólico en 71,4% (42,8% pre-KPE), fenobarbital en 71,4% (28,5% pre-KPE) y vitaminas liposolubles en 78,5%. Durante el seguimiento, el 77,8% presentó al menos un episodio de colangitis, el 66,7% desarrolló hipertensión portal, 54,5% varices y un 63,6% ascitis previamente al TH. 8 pacientes (57,1%) requirieron TH, con una mediana de 7 meses post-KPE (RIC 5–17), siendo efectivo en 7 pacientes. Se produjeron 2 muertes (uno pre y otro post-KPE).

TABLA 1. Valores analíticos al diagnóstico (previos a KPE)											
	Parámetro										
	Bilirrubina directa (mg/dl)	GGT (U/L)	FA (U/L)	AST (U/L)	ALT (U/L)	INR (%)	Albúmina (g/dl)	ALBI (Albumin-Bilirubin score)	APRI (AST to Platelet Ratio Index)	Plaquetas (/mm³)	Hb (g/dl)
Media	5,4	834,1	373,6	156,5	111,5	1,12	3,14	-1,368	1,004	470.900	12,4
DE	1,7	418,0	151,5	80,6	67,7	0,19	0,34	0,319	0,783	175.988	2,7

Conclusiones. A pesar del éxito inicial de la técnica de Kasai, una proporción significativa de pacientes progresa a insuficiencia hepática crónica requiriendo trasplante. La caracterización detallada de la presentación clínica, bioquímica y hallazgos radiológicos es fundamental para identificar factores de riesgo de mal pronóstico y reforzar un seguimiento multidisciplinar en centros de referencia.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LAS DERIVACIONES PORTOSISTÉMICAS EN LA HIPERTENSIÓN PORTAL PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA. Sastre Domínguez MA¹, Gilbert Pérez JJ¹, Rodríguez Salas M¹, González de Caldas Marchal R¹, Jiménez Gómez J¹, Ferrera Mendez J¹, Castro Ramos M¹, Lendínez Jurado A². ¹Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ²Hospital Vithas Málaga. Málaga.

Introducción. La hipertensión portal (HP) prehepática es originada por la obstrucción al flujo a través de la vena porta previa a su entrada al hilio hepático, siendo una patología crónica no exenta de complicaciones potencialmente graves como la hemorragia digestiva. Las opciones terapéuticas definitivas consisten en la descompresión del flujo sanguíneo del sistema porta mediante derivaciones portosistémicas ya sean quirúrgicas o radiológicas.

Objetivo. Describir la experiencia en técnicas de derivaciones portosistémicas en pacientes con HP centrándonos en sus indicaciones, complicaciones y evolución.

Métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes con HP a los que se le realizaron distintas técnicas de derivación portosistémica en el periodo de 2014 a 2025. Se analizaron variables cuantitativas previa y posteriormente a la terapia de derivación portosistémica mediante test de t de student. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS v.22.

Resultados. Se incluyeron 24 pacientes con una edad media de 6,29 años (DE 3,38) siendo varones el 58,3% de la muestra. La etiología más común de la HP fue malformación vascular/cavernomatosis portal (45,8%) seguido de la atresia de vías biliares extrahepáticas (20,8%). A 18 de ellos (75%) se le realizó la derivación mediante radiología vascular por acceso transyugular vs. técnica quirúrgica. El 70,8% habían presentado sangrado previo a la intervención requiriendo 9 de ellos técnicas endoscópicas terapéuticas para control del mismo. Un paciente presentó hiperamoniemia transitoria en la fase aguda controlada con tratamiento médico y otro persistía con mismo grado de varices esofágicas aunque sin presentar nuevo sangrado pese a normofunción de la derivación. Comparando parámetros antropométricos, analíticos y ecográficos previos y tras 12 meses de la terapia se constató una mejoría estadísticamente significativa de la trombopenia: 92.280 plaquetas/mm³ (DE 40.516) vs. 146.330 (DE 66.722) y del percentil de peso 33,5 kg (DE 31,1) vs. 47,64 (32,37); no así de la esplenomegalia de 13 cm (DE 3,1) a 12 cm (DE 2,8) y de la curva estatural percentil 35,9 (DE 34,2) vs. 36,79 (DE 33,94). El 37,5% presentó disfunción de la derivación, llegando a requerir 6 pacientes (25%) finalmente trasplante hepático.

Conclusiones. La derivación portosistémica constituye una técnica útil y segura aunque no exenta de riesgos como tratamiento de la hipertensión portal con función hepática preservada o como terapia "puente" al trasplante, pudiendo conseguir una disminución del riesgo de hemorragia digestiva alta y asegurar una mejoría de parámetros secundarios al hiperesplenismo y de parámetros antropométricos, no obstante es necesario un seguimiento a más largo plazo de estos pacientes para observar evolución de la talla.

CONVERSIÓN DE TACROLIMUS A EVEROLIMUS COMO ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN DERMATITIS ATÓPICA REFRACTARIA Y ALERGIA ALIMENTARIA POSTRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: SERIE DE CASOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA. Botero Osorio V, Guerrero Villota C, Portilla Buenaventura A, Arenas Rojas A, Villegas Otalora J, Serrano Ardila O, Olaya Hernández M. *Fundación Valle de Lili. Colombia.*

Objetivos. Describir la experiencia con el cambio de tacrolimus a everolimus como estrategia terapéutica en pacientes pediátricos postrasplante hepático que desarrollaron dermatitis atópica refractaria y alergia alimentaria *de novo*, evaluando mejoría clínica y la función del injerto.

Material y métodos. Se realizó una serie de casos retrospectiva que incluyó pacientes pediátricos sometidos a trasplante hepático que desarrollaron dermatitis atópica y alergia alimentaria posterior al inicio de tacrolimus y en quienes se realizó conversión a everolimus (Tabla 1). Se analizaron variables clínicas, incluyendo edad al trasplante e indicación, tipo de injerto, así como las manifestaciones clínicas de la alergia, alimentos implicados, método diagnóstico, tiempo de aparición de los síntomas, tiempo de exposición a tacrolimus y tiempo hasta la respuesta clínica tras el cambio inmunosupresor. Como desenlace se evaluaron la resolución completa o mejoría parcial de la alergia y la función del injerto hepático.

Resultados. Se incluyeron 11 pacientes pediátricos sometidos a trasplante hepático que desarrollaron dermatitis atópica y/o alergia alimentaria *de novo* posterior al inicio de tacrolimus. La edad media al momento del trasplante fue de 7,6 meses. La mayoría de los casos fueron de sexo femenino (63,6%). El 72,7% de los pacientes recibió injerto de donante vivo y el 27,3% injerto cadavérico. La principal indicación de trasplante fue la atresia de vías biliares mientras que un paciente fue trasplantado por colestasis genética y otro por quiste de colédoco. La alergia alimentaria se presentó tras un tiempo promedio de 16,2 meses desde el inicio del tacrolimus. Las manifestaciones clínicas fueron predominantemente gastrointestinales y cutáneas, destacándose alergia alimentaria múltiple, dermatitis atópica, angioedema y esofagitis eosinofílica. Los alimentos más frecuentemente implicados fueron lenteja, pescado y leche de vaca, seguidos de frutos secos y maní, observándose alergia alimentaria múltiple en la mayoría de los pacientes. El diagnóstico se realizó con base en la clínica en el 100% de los casos, complementándose con IgE específica en el 45,4%. Ante la presencia de los síntomas, se realizó conversión de tacrolimus a everolimus en el 100% de los pacientes. Tras el cambio, se observó resolución completa de los síntomas en el 63,6% y mejoría parcial en el 36,4%, con un tiempo promedio hasta la respuesta de 6,2 meses (rango: 4–12 meses). Durante el seguimiento, no se registraron episodios de rechazo agudo, deterioro de la función del injerto hepático ni eventos adversos graves asociados al uso de everolimus (Tabla 2).

TABLA 1. Características de basales de los pacientes pediátricos postrasplante hepático que desarrollaron dermatitis atópica y/o alergia alimentaria asociada a tacrolimus

Paciente	Edad al trasplante (meses)	Sexo	Antecedentes familiares de alergia	Tipo de injerto hepático	Indicación del trasplante	Tiempo de aparición de alergia desde inicio de tacrolimus	Tipo de alergia
1	7	Masculino	No	Cadavérico	Atresia de vías biliares	11 meses	Alimentaria
2	10	Femenino	No	Cadavérico	Colestasis genética	5 meses	Dermatitis atópica/ alimentaria
3	7	Femenino	No	Donante vivo	Atresia de vías biliares	8 meses	Dermatitis atópica/ alimentaria
4	7	Masculino	Sí	Donante vivo	Atresia de vías biliares	29 meses	Dermatitis atópica/ alimentaria
5	10	Masculino	Sí	Cadavérico	Atresia de vías biliares	50 meses	Dermatitis atópica/ alimentaria
6	6	Femenino	No	Donante vivo	Atresia de vías biliares	4 meses	Dermatitis atópica
7	8	Femenino	Sí	Donante vivo	Atresia de vías biliares	4 meses	Dermatitis atópica
8	6	Masculino	Sí	Donante vivo	Atresia de vías biliares	6 meses	Alimentaria
9	5	Femenino	No	Donante vivo	Atresia de vías biliares	8 meses	Dermatitis atópica/ alimentaria
10	10	Femenino	No	Donante vivo	Quiste de colédoco	26 meses	Alimentaria
11	8	Femenino	No	Donante vivo	Atresia de vías biliares	28 meses	Alimentaria
12	10	Femenino	No	Donante vivo	Atresia de vías biliares	14 meses	Dermatitis atópica/ alimentaria

TABLA 2. Presentación clínica y desenlaces de los pacientes convertidos a everolimus

Paciente	Manifestaciones clínicas	Tipo de alimentos de alergia	Método diagnóstico	Cambio a everolimus	Desenlace	Tiempo hasta la respuesta	Función del injerto
1	Angioedema	Pescado	Clínica, IgE específica	Sí	Mejoría parcial	6 meses	Normal
2	Angioedema y eczema dermatitis	Leche, frutos secos, lenteja, maní y pescado	Clínica	Sí	Mejoría parcial	7 meses	Normal
3	Angioedema y eczema dermatitis	Lenteja	Clínica	Sí	Resolución completa	6 meses	Normal
4	Angioedema y eczema dermatitis	Lenteja y pescado	Clínica, IgE específica	Sí	Resolución completa	4 meses	Normal
5	Eczema dermatitis, esofagitis eosinofílica	Lenteja	Clínica, IgE específica	Sí	Mejoría parcial	1 año	Normal
6	Angioedema y eczema dermatitis	Lenteja	Clínica	Sí	Resolución completa	6 meses	Normal
7	Eczema dermatitis	Lenteja	Clínica	Sí	Resolución completa	4 meses	Normal
8	Angioedema y eczema dermatitis	Leche, frutos secos, maní y pescado	Clínica	Sí	Resolución completa	7 meses	Normal
9	Eczema dermatitis, esofagitis eosinofílica	Leche, lenteja y pescado	Clínica, IgE específica	Sí	Resolución completa	6 meses	Normal
10	Angioedema y eczema dermatitis	Lenteja, maní, pescado	Clínica, IgE específica	Sí	Mejoría parcial	6 meses	Normal
11	Angioedema y eczema dermatitis	Lenteja	Clínica	Sí	Resolución completa	6 meses	Normal
12	Angioedema y eczema dermatitis	Lenteja, leche, maní, pescado	Clínica	Sí	Resolución completa	6 meses	Normal

Conclusiones. La conversión de tacrolimus a everolimus fue una estrategia terapéutica segura y efectiva en pacientes pediátricos postrasplante hepático que desarrollaron alergia alimentaria asociándose a mejoría clínica sin compromiso de la función del injerto hepático. Estos hallazgos respaldan el uso de inhibidores de mTOR como una alternativa inmunosupresora válida en pacientes seleccionados con alergia alimentaria asociada a tacrolimus.

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN COLOMBIA. Botero Osorio V, Guerrero Villota C, Arenas Rojas A, Portilla Buenaventura A, Milanes Romero R, Quimbayo Wilches D, Jiménez Rivera D. *Fundación Valle de Lili. Colombia.*

Objetivos. Describir la experiencia en la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pacientes pediátricos, evaluando las indicaciones, las intervenciones terapéuticas realizadas, el éxito terapéutico del procedimiento, así como las complicaciones y desenlaces clínicos asociados en un centro de referencia durante los últimos tres años.

Material y métodos. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo que incluyó pacientes pediátricos sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en un Servicio de Gastroenterología y Hepatología Pediátrica. Se analizaron variables demográficas y clínicas, incluyendo comorbilidades y la indicación del procedimiento. Se registró la modalidad de realización del procedimiento, el tipo de anestesia empleada y las intervenciones terapéuticas realizadas, tales como esfinterotomía endoscópica, extracción de cálculos, dilatación de estenosis y colocación de prótesis. Asimismo, se evaluó el éxito técnico y terapéutico del procedimiento, la presencia y tipo de complicaciones relacionadas, la necesidad de reintervención o manejo quirúrgico posterior, y los días totales de hospitalización.

Resultados. Se incluyeron 32 pacientes menores de 18 años sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, con una mediana de edad de 13 años (rango: 3–18 años), siendo la mayoría de sexo femenino (65,6%). La indicación más frecuente para la realización de la CPRE fue la coledocolitiasis, seguida de complicaciones postrasplante hepático y pancreatitis de origen biliar. Adicionalmente, se identificaron dos pacientes procedentes de áreas rurales, sin comorbilidades, con parasitosis biliar por *Ascaris lumbricoides*. Entre los pacientes con coledocolitiasis, el 61,9% fue sometido a colecistectomía laparoscópica durante la misma hospitalización. En la mayoría de los pacientes se realizaron intervenciones terapéuticas, destacándose la esfinterotomía endoscópica y la extracción de cálculos biliares, así como la dilatación de estenosis biliares y la colocación de stents biliares. El procedimiento fue terapéuticamente exitoso en el 100% de los casos; sin embargo, en el 21,9% de los pacientes fue necesario realizar dos o más procedimientos para la resolución completa de la patología. La mediana de estancia hospitalaria fue de 8 días. Se presentaron complicaciones en el 9,4% de los pacientes, correspondientes a pancreatitis, hemorragia a nivel de la papila de Vater y en una paciente con antecedente de trasplante hepático se presentó laceración duodenal con colección retroperitoneal, la cual se drenó por radiología intervencionista.

Conclusiones. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica fue un procedimiento eficaz y seguro en esta serie de pacientes pediátricos, con una alta tasa de éxito terapéutico y una baja frecuencia de complicaciones. En un porcentaje bajo de pacientes fue necesario realizar más de un procedimiento para la resolución completa de la patología, sin necesidad de otras intervenciones quirúrgicas invasivas. Estos resultados reflejan que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, una técnica compleja y de disponibilidad limitada en pediatría, pero que puede ser realizada de forma segura y efectiva por equipos con experiencia, constituyendo una alternativa terapéutica que permite evitar abordajes quirúrgicos más invasivos.

1. ESTUDIO SOBRE LA EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA EN LA EDAD PEDIÁTRICA: ENDOPED. Fernández Fernández L¹, Soria López M¹, Alcaraz Castillo M², Lorén Martín JP³, Sánchez Rodríguez I², Martín González J³, Román India C². ¹Hospital Universitario HM Montepíncipe. Boadilla del Monte, Madrid. ²Hospital Universitario HM Puerta del Sur. Móstoles, Madrid. ³Hospital Universitario HM Sanchinarro. Madrid.

Objetivos. Evaluar la experiencia en cuanto a expectativa y percepción de los pacientes pediátricos sometidos a endoscopia digestiva antes y después del procedimiento, así como identificar posibles áreas de mejora en el proceso de información y acompañamiento.

Material y métodos. Estudio observacional transversal que incluye pacientes entre 5 y 15 años a los que se les realizó una endoscopia digestiva alta y/o baja entre noviembre de 2025 y enero de 2026.

Diseñamos una encuesta para evaluar la percepción previa y posterior a la endoscopia por parte de los pacientes, incluyendo variables demográficas, emocionales, información recibida y síntomas durante y tras el procedimiento. Los datos se analizaron estadísticamente con SPSS.

Resultados. Se incluyeron 65 pacientes, con una edad media de 12,15 años (DS 2,81) y predominio femenino (53,8%). 63 fueron sometidos a endoscopia digestiva alta y 2 a ambas. Las principales indicaciones fueron: control de esofagitis eosinofílica (38,4%), epigastralgia (18,4%) y reflujo gastroesofágico/dispepsia (16,9%). Antes del procedimiento, predominó el nerviosismo (52,3%) frente a la tranquilidad (26%) o el miedo (15,3%). Las principales preocupaciones fueron el dolor (37,1%), la espera prolongada (22,6%) y la anestesia (17,7%). Aunque los pacientes con endoscopias previas y aquellos que conocían al gastroenterólogo mostraron una menor proporción de nerviosismo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,39$ y $p = 0,247$ respectivamente). La mayoría de los pacientes (89,6%) comprendió fácilmente la información previa, mostró una alta confianza en el médico (95,4%) y consideró que la prueba sería beneficiosa (76,9%). El 92,3% prefería entrar acompañado, principalmente por la madre (83,6%). Durante la endoscopia, el 93,5% no presentó molestias ni dolor. Tras el procedimiento, el 39,1% no refirió molestias y el 54,4% solo molestias leves. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de la endoscopia como mejor de lo esperado y el haberse realizado una endoscopia previa ($p = 0,003$) y hacerlo acompañado ($p = 0,041$). La mayoría de los pacientes refirió que repetiría la prueba sin dificultad (67,4%) o con algo de temor (17,4%). Asimismo, más de la mitad no modificaría ningún aspecto del procedimiento (58,7%); entre quienes sí lo harían, los cambios se relacionaron principalmente con la canalización de la vía venosa y el olor de la anestesia.

Conclusiones. La endoscopia en edad pediátrica es un procedimiento bien tolerado y valorado positivamente por los pacientes. Acuden bien informados y con confianza en el médico y la prueba, destacando que a casi un 40% les preocupaba sentir dolor durante el procedimiento. Los resultados refuerzan la necesidad de potenciar estrategias de información y apoyo al paciente para mejorar su vivencia del proceso.

2. PANCREATITIS AGUDA PEDIÁTRICA: CARACTERÍSTICAS ETIOLÓGICAS, ANALÍTICAS, RADIO-LÓGICAS Y NUTRICIONALES. Bassy Navarro S¹, Esparza Isasa E¹, Gil Arregui M², García Machuca C², Monserrat Marín C¹, Palomino Pérez L¹, Martín Fernández C¹, Alonso Cadenas JA³. ¹Sección de Gastroenterología y Nutrición, Servicio de Pediatría; ²Servicio de Pediatría; ³Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos. La pancreatitis aguda pediátrica presenta etiologías diversas y una evolución clínica variable. La relación entre etiología, hallazgos de imagen y manejo nutricional es clave para estratificar el riesgo. El objetivo de este trabajo fue describir las características etiológicas, analíticas, radiológicas y nutricionales de los pacientes pediátricos con pancreatitis aguda según etiología.

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo (2016–2026) en pacientes ≤ 18 años diagnosticados de pancreatitis aguda según los criterios de Atlanta. Se recogieron datos clínicos, analíticos, radiológicos, nutricionales y evolutivos. Se excluyeron los casos incompletos. Se consideró nutrición enteral precoz aquella iniciada en las primeras 72 horas. Se realizó un análisis comparativo de las distintas variables recogidas entre las diferentes etiologías (idiopática, farmacológica, biliar y otras etiologías) y se aplicó la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples.

Resultados. Se incluyeron 76 episodios, el 52,6% eran mujeres, con una mediana de edad de 12 años (RIC 8–15,8). La etiología fue idiopática en 21 (27,6%) episodios, farmacológica en 19 (25,0%), biliar en 14 (18,4%) y otras etiologías en los restantes 22 episodios (29,0%). La mediana de los valores máximos de los principales parámetros analíticos fue: amilasa 523 U/L (RIC 252,8–1.140,8), lipasa 1.140,5 U/L (RIC 400–2015,3) y proteína C reactiva (PCR) de 7,8 mg/dl (RIC 1,9–15,7). En el 86,8% de los episodios se realizó alguna prueba de imagen, con hallazgos alterados en 41 (53,9%) episodios. La tasa de complicaciones fue del 15,8% (12/76; un episodio presentó varias complicaciones): colecciones líquidas peripancreáticas agudas en cinco episodios, insuficiencia exocrina en tres, colección necrótica aguda en dos, complicación vascular en uno, fístula pancreática en uno, déficit nutricional en uno, rotura del conducto pancreático en uno y dos fallecimientos atribuibles a la pancreatitis. El manejo nutricional mostró predominio de la alimentación enteral precoz en 52 (68,4%) episodios. La nutrición parenteral se utilizó en 15 (19,7%) episodios, con una mediana de duración de 15 días (RIC 11,5–30,5). El análisis comparativo entre etiologías mostró diferencias significativas en la alteración de las pruebas de imagen (biliar vs. resto de patologías, $p < 0,001$) y los días de ingreso entre la etiología farmacológica (mediana 26 días, RIC 7,5–48) vs. biliar (mediana 4 días, RIC 2–6). El resto de las variables analizadas (sexo, edad, valores máximos de enzimas pancreáticas y PCR, alteración en las pruebas radiológicas, días hasta la reintroducción de la dieta, días de nutrición parenteral y complicaciones) no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones. La etiología condiciona diferencias en la alteración de las pruebas radiológicas, con mayor afectación en la pancreatitis biliar; y en la duración del ingreso, destacando una mayor estancia hospitalaria en la pancreatitis farmacológica. El manejo nutricional fue homogéneo entre grupos, con una adecuación moderada a la recomendación de la alimentación enteral precoz.

3. EL NÚMERO DE COPIAS SÍ IMPORTA: PANCREATITIS AGUDA RECURRENTE FAMILIAR DE INICIO PRECOZ EN DOS HERMANAS CON DUPLICACIÓN DEL LOCUS PRSS1. De Juan Font M, Camacho Nieto E, Manzano Infante MJ, Rodríguez Martín LE, Millán Jiménez A, Oviedo Parrondo A. *Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.*

Introducción. La pancreatitis aguda recurrente en la edad pediátrica es una entidad infrecuente, especialmente cuando debuta a edades muy precoces y afecta a varios miembros de una misma familia. Las variantes puntuales del gen PRSS1 constituyen una causa bien establecida de pancreatitis hereditaria; sin embargo, las alteraciones en el número de copias (copy number variations, CNVs) del locus del tripsinógeno son excepcionales y probablemente infraidentificadas. Asimismo, determinadas variantes anatómicas pancreáticas poco frecuentes, como la ansa pancreática, caracterizada por una rama arqueada que comunica los conductos pancreáticos dorsal (Santorini) y ventral (Wirsung), con posible alteración del drenaje pancreático, pueden actuar como factores predisponentes o moduladores de la expresión clínica.

Resumen del caso. Presentamos los casos de dos hermanas de 6 y 10 años, con inicio de la clínica a los 3 y 8 años respectivamente. La hermana menor presentó dos episodios de pancreatitis aguda grave, ambos con ingreso en cuidados intensivos pediátricos, elevaciones marcadas de amilasa y lipasa y resolución clínica completa entre episodios. El estudio etiológico fue negativo para causas anatómicas, metabólicas, infecciosas y genéticas clásicas. Destacó una elevación persistente de IgG4, sin criterios clínicos, analíticos ni radiológicos concluyentes de pancreatitis autoinmune. La hermana mayor presentó inicialmente dos episodios de pancreatitis aguda. La resonancia magnética nuclear mostró discreta ectasia del conducto de Wirsung y una variante anatómica infrecuente compatible con ansa pancreática. Ante la recurrencia, precisó manejo endoscópico mediante colangiopancreatografía retrógrada con esfinterotomía pancreática y colocación de prótesis, presentando dos meses después un tercer episodio de pancreatitis aguda leve. En ambas pacientes, el estudio genético ampliado mediante exoma completo identificó una microduplicación heterocigota en el locus 7q34 que incluye el gen PRSS1, sin detectarse variantes puntuales patogénicas. Este hallazgo, compartido por ambas hermanas, apoya una etiología genética común, con posible interacción entre factores genéticos y anatómicos en la expresión clínica.

Conclusiones. Esta serie de casos destaca por su rareza y originalidad, al describir dos hermanas con debut muy precoz de pancreatitis aguda recurrente y expresión clínica heterogénea, asociada a una CNV del locus PRSS1 y, en una de ellas, además, a una ansa pancreática. La identificación de estas alteraciones estructurales refuerza la necesidad de incorporar de forma sistemática el análisis de CNVs en el estudio genético de la pancreatitis aguda recurrente pediátrica, incluso cuando no se identifican mutaciones clásicas. Más allá del diagnóstico etiológico, los hallazgos genéticos tienen importantes implicaciones pronósticas, incluyendo el riesgo de progresión a pancreatitis crónica y el aumento de la incidencia de cáncer de páncreas en la edad adulta descrito en la pancreatitis hereditaria asociada a PRSS1. Por ello, resulta fundamental el seguimiento a largo plazo, el consejo genético familiar y una interpretación integrada de los hallazgos clínicos, radiológicos y genéticos.

4. GASTRITIS COLÁGENA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA EN UNA SERIE DE CUATRO CASOS.

Foz Felipe D, Torre Herrería G, Mateu Gallardo A, Pujol Muncunill G, Vila Miravet V, Rovira Zurriaga C, Martínez Osorio J, Martín de Carpi J. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Introducción. La gastritis colágena (GC) es una entidad infrecuente en Pediatría, caracterizada por el depósito de una banda subepitelial de colágeno en la mucosa gástrica. En niños, la presentación clínica es variable y la evolución aún no está bien establecida. No existe un consenso claro sobre su manejo ni sobre las estrategias de seguimiento, especialmente en relación con la evolución histológica y su correlación clínico-analítica.

Objetivos. Describir las características clínicas, analíticas, endoscópicas e histológicas de una serie de pacientes pediátricos diagnosticados de GC, así como la demora diagnóstica, el manejo terapéutico y su evolución.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo retrospectivo realizado en un hospital de tercer nivel. Se recogieron los pacientes pediátricos diagnosticados de GC entre los años 2021–2026. Se analizaron variables clínicas de presentación, datos analíticos al diagnóstico, tiempo de retraso diagnóstico, hallazgos histológicos y tratamiento instaurado.

Resultados. Se incluyeron cuatro pacientes, todos de sexo femenino, con edad media al diagnóstico de 11,5 años (rango: 9–13). La forma de presentación predominante fue la anemia ferropénica grave, acompañada de síntomas constitucionales como astenia y palidez, siendo los síntomas digestivos escasos o ausentes al diagnóstico. La hemoglobina mínima media al diagnóstico fue de $6,7 \pm 2,8$ g/dL. La confirmación histológica requirió más de una endoscopia digestiva alta en la mayoría de los casos (media: 1,75). Desde el punto de vista histológico, los 4 casos presentaron una banda colágena subepitelial característica asociada a inflamación crónica de la mucosa gástrica, destacando la presencia de un componente eosinofílico predominantemente en cuerpo y antro ($> 30\text{--}45$ eosinófilos/campo). Durante el seguimiento, los hallazgos histológicos persistieron pese a la mejoría clínico-analítica tras el tratamiento instaurado. En una paciente se identificaron cambios compatibles con metaplasia intestinal, hallazgo excepcionalmente descrito en edad pediátrica. El tratamiento fue sintomático. Todas las pacientes recibieron suplementación con hierro, por vía oral y/o intravenosa. En un caso se asoció budesonida oral por aparición de síntomas gastrointestinales persistentes. Dos pacientes recibieron tratamiento erradicador de *Helicobacter pylori* durante su evolución, comprobándose erradicación pero sin observarse cambios en la banda colágena.

Conclusiones. La GC en Pediatría puede debutar predominantemente como anemia ferropénica grave, con escasa sintomatología gastrointestinal, lo que puede prolongar el tiempo hasta la confirmación histológica. Se ha propuesto que la anemia ferropénica podría relacionarse con el depósito colágeno mediante un mecanismo de atrapamiento capilar. Aunque el tratamiento sintomático permite una mejoría clínica y analítica, los hallazgos histológicos suelen persistir, apoyando el carácter crónico de la entidad, que junto con la identificación de metaplasia, refuerza la necesidad de un seguimiento analítico periódico, así como endoscópico e histológico individualizado. La presencia inflamación eosinofílica en nuestra serie sugiere un posible solapamiento con la gastritis eosinofílica, apoyando la hipótesis de un espectro histológico dentro de la GC.

5. ESTUDIO NACIONAL SOBRE ADHERENCIA AL DOCUMENTO DE CONSENSO DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA NO IGE MEDIADA.

Herrero Álvarez M¹, Martínez Escribano B², Domínguez Ortega G³, Espín Jaime B⁴, Segarra Cantón Ó⁵, Díaz Martín JJ⁶. ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada, Madrid. ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁴Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. ⁵Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. ⁶Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) no IgE mediada constituye un reto diagnóstico y terapéutico debido a su variabilidad clínica y a la ausencia de biomarcadores específicos. El documento de consenso nacional sobre APLV no IgE mediada busca homogeneizar su manejo clínico.

El objetivo del estudio fue describir la adherencia a dicho documento en la práctica clínica habitual de pediatras implicados en su manejo.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo transversal multicéntrico realizado mediante encuesta anónima dirigida a miembros de la Sociedad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (SEGHNP). Se analizaron variables relacionadas con perfil profesional, diagnóstico, manejo dietético, uso de fórmulas, seguimiento, seguridad y percepción del documento de consenso. Los resultados se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados. Se analizaron 63 encuestas válidas cumplimentadas mayoritariamente por gastroenterólogos pediátricos (92,1%), procedentes principalmente de hospitales terciarios (50,8%) y secundarios (39,7%). La forma clínica más frecuentemente diagnosticada fue la proctocolitis (49,2%), seguida de síntomas digestivos inespecíficos (36,5%). En casos de reflujo gastroesofágico refractario a medidas conservadoras, 74,6% realiza inicialmente exclusión de PLV frente a inhibidores de bomba de protones (17,5%). En APLV leve-moderadas, la fórmula más empleada fue la extensamente hidrolizada (98,4%) y en casos graves, la elemental (77,8%). En casos en que la lactancia materna estaba presente, el 63,5% retira PLV de la dieta materna. La suplementación materna con calcio y vitamina D se recomienda en el 88,9% de los casos. El 96,8% no recomienda la exclusión sistemática de carne de ternera. El consumo de alimentos con trazas se permite en el 55,6%. La valoración sistemática de la ingesta de calcio en el lactante no se realiza de forma rutinaria en el 58,7%. La confirmación diagnóstica mediante la prueba de exclusión-provocación se realiza siempre o casi siempre (82,6%) y suele practicarse a las 2–4 semanas (63,5%). La principal barrera para la provocación fue el rechazo familiar (58,7%). La reevaluación de tolerancia se realiza mayoritariamente cada 3–6 meses (52,4%), siendo en domicilio mayoritariamente (79,4%), salvo formas graves. La mayoría no retrasa la introducción de alimentos alergénicos (93,7%) ni las vacunaciones (98,4%), y no prescribe adrenalina autoinyectable (96,8%). El 98,4% considera que el documento de consenso ha facilitado su práctica clínica.

Conclusiones. Existe un alto grado de adherencia al documento de consenso de APLV no IgE mediada entre gastroenterólogos pediátricos de la SEGHNP. Persisten áreas de variabilidad, especialmente en la confirmación diagnóstica y valoración nutricional del lactante, que representan oportunidades de mejora en la práctica clínica.

6. EVALUACIÓN DEL GRADO DE CONOCIMIENTO Y DE LAS NECESIDADES PERCIBIDAS POR LOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CELÍACOS PEDIÁTRICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. Chao Leis M¹, La Orden Izquierdo E², Salcedo Lobato E¹, Carabaño Aguado I¹, Germán Díaz M¹, Medina Benítez E¹. ¹Servicio de Gastroenterología Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ²Centro de Salud Juan de la Cierva. Getafe, Madrid.

Introducción y objetivos. El seguimiento a largo plazo de niños y adolescentes con enfermedad celíaca (EC) en casos sin comorbilidad, con buena respuesta y adhesión a la dieta sin gluten puede ser realizado en atención primaria (AP). El objetivo de este estudio es describir el nivel de conocimiento sobre EC, sus prácticas de seguimiento y necesidades percibidas por parte de pediatras de AP para su realización.

Material y métodos. Se realizó una encuesta anónima, avalada por Comité de ética, dirigida a pediatras de AP mediante un formulario de Microsoft Forms accesible a través de QR por correo electrónico. Se incluyeron variables relacionadas con el perfil profesional, conocimiento sobre EC y aspectos relacionados con su manejo.

Resultados. Se obtuvieron 81 respuestas de pediatras de AP con una media de 16.1 ± 12.2 años de experiencia profesional. El 86% afirma haber recibido información específica sobre EC, aunque hasta un 18% no conoce las recomendaciones de seguimiento de la ESPGHAN 2022. El 100% manifiesta interés en recibirla, preferentemente en formato online. Más de la mitad (60%) reconoce no realizar seguimiento de pacientes celíacos en su consulta, aunque el 68% dispone de los recursos suficientes para hacerlo. De los que sí lo hacen, el 48% solicita serología siempre (la mayoría anualmente), siendo los anticuerpos anti-transglutaminasa IgA el marcador considerado como más útil por el 90% de los profesionales. En cuanto a la monitorización de comorbilidades: el 63% monitoriza la función tiroidea y hepática; y solo el 35% valora los micronutrientes (hierro, folato, vitamina D y vitamina B12). El 78% niega conocer cuestionarios validados para valorar la calidad de vida de los pacientes; y nadie utiliza ningún cuestionario para evaluar la adherencia a la dieta sin gluten de forma objetiva.

Conclusiones. Aunque más de la mitad de los profesionales de AP encuestados consideran que disponen de los recursos necesarios para realizar el seguimiento de estos pacientes, solo una minoría lo realiza de forma práctica. Todos se muestran interesados en recibir formación específica sobre celiaquía. El conocimiento de herramientas estandarizadas para la evaluación de aspectos como la calidad de vida o la adherencia a la dieta es un área de mejora. Son necesarios protocolos de continuidad asistencial que incluyan estos aspectos, así como las indicaciones de nueva valoración hospitalaria ante la aparición de nueva comorbilidad o falta de adhesión a la dieta.

7. UTILIDAD DEL INMUNOFENOTIPO INTRAEPITELIAL COMO HERRAMIENTA DE APOYO EN LA REEVALUACIÓN HISTOLÓGICA DE LA ENFERMEDAD CELÍACA PEDIÁTRICA. Espigado Colombo E, Jiménez de los Santos C, Márquez Mira P, González Fuentes C, Rodríguez Rueda C. *Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.*

Objetivos. Analizar la utilidad del inmunofenotipo de los linfocitos intraepiteliales (LIEs) como herramienta de apoyo en la reevaluación histológica de pacientes pediátricos con sospecha de enfermedad celíaca (EC) y hallazgos histológicos iniciales no concluyentes (Marsh 0–1).

Material y métodos. Estudio retrospectivo en pacientes pediátricos sometidos a endoscopia digestiva alta con biopsia duodenal por sospecha de EC desde 2024. Se realizaron un total de 24 procedimientos, de los cuales 9 pacientes presentaron una histología inicial Marsh 0–1. Se efectuó análisis inmunofenotípico de los LIEs mediante citometría de flujo, evaluando el porcentaje de linfocitos TCR $\gamma\delta$ + y de células NK intraepiteliales. Se consideró perfil inmunológico compatible con EC cuando TCR $\gamma\delta$ > 15% y NK < 6%. En aquellos pacientes con histología inicial Marsh 0–1 y un perfil inmunológico claramente sugestivo de EC, se solicitó una reevaluación dirigida de la anatomía patológica.

Resultados. De los 9 pacientes con histología inicial Marsh 0–1, en 2 casos (22,2%) el perfil inmunológico intraepitelial fue claramente compatible con EC, lo que motivó una reevaluación anatómopatológica dirigida. En ambos casos, esta segunda lectura condujo a un cambio en la clasificación histológica, pasando a estadios compatibles con EC.

Conclusiones. En nuestra serie, aproximadamente uno de cada cinco pacientes pediátricos con sospecha de EC y hallazgos histológicos iniciales no concluyentes presentó una discordancia relevante entre el inmunofenotipo intraepitelial y la histología convencional que motivó una reevaluación diagnóstica con cambio en la clasificación de Marsh. Estos resultados sugieren que el análisis de los LIEs puede actuar como una herramienta de alerta ante posibles falsos negativos histológicos y apoyar un enfoque diagnóstico integrado inmunológico–histológico en la práctica clínica.

8. ESTUDIO TRANSVERSAL ANALÍTICO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS A LOS QUE SE PIDE PRUEBA DE TEST DE HIDRÓGENO CON GLUCOSA PARA DESCARTAR SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO (SIBO). Vázquez Gomis R, García Lorente M. *Hospital General Universitario de Elche. Elche, Alicante.*

Objetivos. El síndrome de sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO) es una entidad infradiagnosticada, con prevalencia desconocida. Aunque históricamente se asociaba a anomalías anatómicas, actualmente está aumentando en pacientes sin patología previa. La sintomatología es variada e inespecífica (dolor abdominal, distensión, meteorismo, diarrea, náuseas...). Nuestro objetivo es analizar los resultados de los test de hidrógeno espirado con sobrecarga de glucosa pedidos en nuestro hospital a pacientes sin patología intestinal estructural ni tratamiento farmacológico crónico que predispongan a SIBO. Ver el porcentaje de positivos, tratamiento pautado y respuesta. Describir los síntomas y analizar antecedentes como lactancia materna, tipo de parto, antecedente de cólico y/o regurgitación, en los pacientes con test positivo versus los negativos.

Material y métodos. Estudio transversal analítico realizado en menores de 16 años a los que se realizó test de hidrógeno espirado a glucosa por sospecha de SIBO, durante un de un año (enero-diciembre 2025). Se recogen los principales síntomas, antecedentes de parto vaginal, lactancia materna, diagnóstico de cólico, regurgitación en época de lactante, tratamiento pautado y respuesta. Se analizaron los datos con SPSS 31.0.

Resultados. Se realizó el test a 44 pacientes, 56% varones ($n = 25$), edad media 9 años (5,9–13,7 años, IC 95%). El 25% de los casos ($n = 11$) resultó patológico el test. En cuanto a síntomas, los niños con test positivo la clínica más frecuente fue dolor abdominal 72% ($n = 8$) seguido de diarrea el 36% ($n = 4$) y distensión abdominal 27% ($n = 3$), síntomas que también estuvieron presentes en similares porcentajes en aquellos con test negativo. Tenían estancamiento ponderal el 18% ($n = 2$) los diagnosticados de SIBO en contraposición a los que no lo fueron (3%) ($n = 1$) ($p = 0,018$). En cuanto a los antecedentes, la lactancia materna recibida y el tipo de parto no hubo diferencias. En cambio, el antecedente de cólico o reflujo gastroesofágico en época de lactante estuvo presente en el 81% (9/11) de los tests positivos frente al 56% (18/33) de los negativos ($p = 0,017$). Todos los diagnosticados para SIBO recibieron tratamiento con antibiótico (metronidazol o rifaximina) y probiótico, con buena respuesta en el 72% de los casos (8/11), respondiendo el 100% ($n = 8$) de los tratados con metronidazol y ninguno ($n = 3$) de los tratados con rifaximina.

Conclusiones:

- En nuestra serie, los tests positivos a SIBO representan un total del 25% de las pruebas realizadas.
- La clínica más frecuente en el diagnóstico de SIBO fue el dolor abdominal.
- En esta muestra es más frecuente la presencia de un trastorno funcional (cólico/regurgitación) en época de lactante en los diagnosticados de SIBO.
- La respuesta al tratamiento ha sido de un 72%, siendo más efectivo metronidazol que la rifaximina.

9. EVALUACIÓN DEL MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO Y LA IMPACTACIÓN FECAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. Lee Xia I, Valero Pérez G, Antoñón Rodríguez M, Escobar Pirela HD, Martínez Navarro G. Hospital Universitario de Torrejón. Torrejón de Ardoz, Madrid.

Objetivos. Evaluar la adecuación de los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados en el manejo del estreñimiento y la impactación fecal (IF) en urgencias pediátricas (UPED) según las recomendaciones clínicas vigentes (ESPGHAN, NICE).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de estreñimiento y/o impactación fecal atendidos en UPED de un hospital de segundo nivel durante un periodo de 12 meses (septiembre de 2024 – agosto de 2025). Se excluyeron a los menores de 12 meses debido al diferente manejo en este grupo. Se define el diagnóstico de estreñimiento como menos de dos deposiciones por semana o deposiciones duras (escala Bristol 1–2) o dolorosas. El diagnóstico de IF se establece con la palpación de una masa de heces acompañado de dolor y/o prueba de imagen compatible. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas, mientras que las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar.

Resultados. Se incluyeron un total de 168 pacientes (51,2% varones). La edad media fue de 6,2 años (DE 3,7). Un 44,6% de los pacientes presentaba antecedentes de estreñimiento crónico. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal (58,2%), seguido de ausencia de deposiciones (38,1%). En 24 pacientes (14,3%) se realizaron pruebas complementarias, la mitad sin indicación. 121 casos fueron diagnosticados de IF, de los cuales el 5,8% no recibieron pautas de tratamiento adecuadas al alta. 18 pacientes recibieron pauta de desimpactación sin cumplir criterios de IF. Del total de desimpactaciones, el 40,2% fueron vía oral y el 59,8% rectal. La indicación para el uso de enemas fue: 22,7% dolor intenso del paciente, 15,1% intolerancia y/o fracaso de la vía oral y 5,1% preferencia de familiares. En el 57,1% restante la indicación no atiende a criterios protocolizados. En cuanto a la desimpactación oral, en el 22,7% se pautó dosis de polietilenglicol (PEG) infraterapéuticas y en el 62,3% un periodo de tiempo inadecuado. El tratamiento de mantenimiento fue indicado en el 56,5% de los pacientes atendidos. En ambos casos se utilizó de manera equitativa el PEG con y sin electrolitos. Un 46,5% de los pacientes no recibió recomendaciones higiénico-dietéticas por escrito al alta. Un 10,2% de los pacientes reconsultó en menos de 7 días, el 52,6% con una pauta de desimpactación previa inadecuada.

Conclusiones. El manejo del estreñimiento y la impactación fecal en UPED presenta una elevada variabilidad y una baja adherencia a las recomendaciones clínicas vigentes, con uso innecesario de pruebas complementarias, sobreindicación de enemas y pautas de desimpactación oral frecuentemente inadecuadas o incompletas. La difusión e implementación de guías estandarizadas permitiría optimizar el manejo, reducir las reconsultas precoces y mejorar el abordaje global del estreñimiento crónico.

10. CIPROHEPTADINA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL. Moreno Puerto L, Galán López M, Martínez Bánquez P, Mellado Solá I, Reques Cosme R. *Hospital Universitario El Escorial. San Lorenzo de El Escorial, Madrid.*

Objetivos. La dispepsia funcional (DF) es un trastorno gastrointestinal frecuente en la edad pediátrica y supone un reto terapéutico debido a la limitada evidencia sobre su manejo. La ciproheptadina, un antagonista de los receptores H1 de histamina con efecto antiserotoninérgico, tiene un potencial beneficio en este trastorno por su acción sobre la acomodación gástrica y la hipersensibilidad visceral. El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad clínica de la ciproheptadina en niños con DF, determinar si existen factores predictivos de respuesta al tratamiento y describir la frecuencia y el tipo de efectos secundarios asociados a su uso.

Material y métodos. Estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo del uso de ciproheptadina en niños con DF. Se incluyeron pacientes menores de 16 años tratados con ciproheptadina entre junio de 2023 y diciembre de 2025 que cumplían criterios diagnósticos de DF según Roma IV. Se excluyeron aquellos pacientes que no realizaron el tratamiento pautado o que no cumplían criterios diagnósticos. Se recogieron datos demográficos, síntomas clínicos y tiempo de evolución, tratamientos previos, duración del tratamiento, dosis administrada, respuesta clínica y presencia de efectos adversos. El análisis estadístico se realizó mediante el programa STATA®, utilizando el test exacto de Fisher para variables categóricas y la prueba de Kruskal-Wallis para variables continuas.

Resultados. Un total de 23 pacientes realizaron el tratamiento, 15 mujeres (65,2%), con una media de edad de 12 años (DE 2,3). El 43,5% presentaba DF subtipo dolor epigástrico y el 56,5% subtipo plenitud posprandial. El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 8,6 meses (DE 13,4). En el 39,1% la ciproheptadina se utilizó como tratamiento de primera línea, el resto había recibido tratamientos previos, principalmente inhibidores de la bomba de protones. En un paciente se perdió el seguimiento tras el inicio del tratamiento. Los pacientes restantes recibieron ciproheptadina durante una media de 1,78 meses (DE 1), a una dosis media de 0,16 mg/kg/día (DE 0,08). El tratamiento fue efectivo en 12 pacientes (54,5%). Seis pacientes no respondieron y 4 mostraron únicamente una mejora inicial, considerándose no respondedores. Siete pacientes (31,8%) presentaron efectos adversos, siendo la somnolencia el más frecuente ($n = 6$), seguido del aumento del apetito ($n = 2$). En dos casos los efectos secundarios motivaron la suspensión del tratamiento. No se identificaron factores predictivos de respuesta, aunque se observó que los pacientes no respondedores recibieron ciproheptadina durante menos tiempo que los respondedores ($p = 0,002$). La frecuencia de efectos secundarios fue similar entre respondedores y no respondedores.

Conclusiones. La ciproheptadina mostró ser una opción terapéutica eficaz en el tratamiento de la DF, sin observarse diferencias significativas según el subtipo de DF. Los efectos adversos fueron frecuentes, pero generalmente leves, y no limitaron el uso del fármaco en la mayoría de los pacientes.

11. MALFORMACIONES PORTALES HEPÁTICAS Y SUS COMPLICACIONES: SERIE DE TRES CASOS. Galley Martín C¹, García Vázquez J¹, Calzado Agrassot M¹, Masip Simó E¹, Pemartín Comella B², Ibáñez Pradas V², Polo Miquel B¹, Donat Aliaga E¹. ¹*Servicio de Pediatría, Sección de Medicina Digestiva Infantil;* ²*Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección de Cirugía Hepatobiliar. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia.*

Introducción. Las malformaciones portales hepáticas de diversa etiología, pueden complicarse con hepatopatía crónica con cirrosis, hipertensión portal, hiperamonemia y síndrome hepatopulmonar. Se presentan tres casos de anomalías vasculares con etiologías parcialmente solapadas.

Resumen de casos. Caso 1: Paciente de 9 años con síndrome de Abernethy tipo 1 (*shunt* portosistémico congénito con hipoplasia portal). A los 2 años presenta hiperamonemia > 150 $\mu\text{mol/L}$ controlada con tratamiento médico. Con 5 años asocia signos analíticos y radiológicos de hepatopatía crónica con hiperplasia nodular regenerativa. A los 9 años evolución tórpida con síndrome hepatopulmonar y cirrosis precisando trasplante hepático. A los 6 meses adecuada función del injerto sin oxígeno domiciliario.

Caso 2: Lactante de 11 meses con síndrome de Adams-Oliver (mutación patológica en NOTCH1) con aplasia cutis, comunicación interventricular (CIV) intervenida y cavernomatosis portal congénita. Desarrolla hipertensión portal a los 5 meses, presentando hemorragia digestiva alta por varices esofágicas con fallo hepático agudo en este contexto con recuperación posterior. En ecografía se visualizan lesiones hepáticas pseudonodulares, con biopsia que revela megasinusoides y esclerosis portal. Evolución tórpida con ascitis y episodios repetidos de sangrado digestivo que precisan ligadura endoscópica de varices esofágicas por lo que actualmente se encuentra en lista de trasplante.

Caso 3: Paciente de 12 meses con atresia pulmonar y CIV con fístula sistémico pulmonar con variante heterocigota en NOTCH 1 asociada a síndrome de Adams-Oliver pendiente de estudio de segregación familiar. Es diagnosticado de *shunt* portosistémico congénito con ausencia de vena porta (síndrome de Abernethy tipo 1) con hiperamonemia que precisa tratamiento médico e hiperesplenismo desde los 2 meses de vida. Actualmente pendiente de cirugía cardíaca para valorar inclusión en lista de trasplante hepático.

Comentarios. Las malformaciones portales pueden aparecer por alteración en el desarrollo embrionario o por trastornos genéticos relacionados con la angiogénesis, pudiendo dar distintas complicaciones (cirrosis con hipertensión portal, síndrome hepatopulmonar, hiperamonemia) según la malformación. Los tratamientos a plantear incluyen soporte, derivaciones vasculares o trasplante hepático.

12. EFICACIA Y SEGURIDAD A LARGO PLAZO DE ODEVIXIBAT EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ALAGILLE: RESULTADOS COMBINADOS DE LOS ESTUDIOS ASSERT (FASE III ALEATORIZADO Y DOBLE CIEGO) Y ASSERT EXT (ABIERTO). Sturm E¹, Courteval C², Ovchinsky N³; on behalf of the ASSERT/ASSERT-EXT study author group. ¹*Pediatric Gastroenterology and Hepatology. University Children's Hospital Tübingen. Tübingen, Germany.* ²*Ipsen. Barcelona, Spain.* ³*Pediatric Gastroenterology and Hepatology. Hassenfeld Children's Hospital. NYU Langone. New York, NY, USA.*

Objetivo. El estudio fase III abierto ASSERT-EXT (NCT05035030) ha demostrado datos sólidos a largo plazo en eficacia y tolerabilidad en pacientes con síndrome de Alagille (ALGS) que mantuvieron su tratamiento con odevixibat (ODX) por prurito colestásico durante 72 semanas de seguimiento. Aquí evaluamos los datos combinados de eficacia y seguridad a largo plazo (96 semanas) de los estudios ASSERT (NCT04674761) y ASSERT-EXT.

Métodos. En el estudio fase III, aleatorizado y doble ciego ASSERT, los pacientes recibieron placebo u ODX 120 µg/kg/día durante 24 semanas y pudieron continuar en el estudio abierto ASSERT-EXT (ODX 120 µg/kg/día durante 72 semanas). Los criterios de valoración incluyeron cambios desde el valor basal (BL) hasta la semana 96 en la puntuación de prurito y en los niveles de ácidos biliares séricos (sBA). Se evaluaron parámetros hepáticos y seguridad a largo plazo durante 96 semanas.

Resultados. Un total de 52 pacientes (edad mediana: 5,7 años [rango: 1–15,5]) recibieron ODX en ASSERT y ASSERT-EXT. De los 50 pacientes que iniciaron ASSERTEXT, 44 completaron el estudio; 6 interrumpieron (por: AE de bilirrubina elevada [n =1], retirada de consentimiento [n =3], trasplante hepático [n =1] o cambio de medicación [n =1]). Los pacientes lograron mejoras rápidas en la puntuación de prurito y reducciones en sBA, que se mantuvieron con el tratamiento prolongado. Los incrementos iniciales en ALT y AST se estabilizaron o disminuyeron hasta la semana 96. Las mejoras en prurito se observaron independientemente de los niveles basales de sBA y bilirrubina directa. Los AEs emergentes relacionados con ODX ocurrieron en el 36,5% de los pacientes; el más frecuente fue diarrea (17,3%), todos no graves y sin discontinuaciones.

Conclusiones. El estudio ASSERT/ASSERTEXT, único estudio fase III en pacientes con ALGS, ha demostrado, que el tratamiento con ODX produce mejoras rápidas y mantenidas tanto en prurito como en niveles de sBA. Además, ODX mostró una buena tolerabilidad a largo plazo, sin hallazgos nuevos ni inesperados de seguridad.

13. MAYOR REDUCCIÓN DE LA BILIRRUBINA EN PACIENTES CON PFIC CON RESPUESTA DEL PRURITO A MARALIXIBAT: DATOS DE LOS ENSAYOS MARCH/MARCH-ON. Leon E¹, Thompson RJ², D'Antiga L³, Ovchinsky N⁴, Lin C⁵, Mogul D¹, Nunes T¹, Miethke A⁶. ¹Mirum Pharmaceuticals, Inc. ²Institute of Liver Studies. King's College London. London, United Kingdom. ³Pediatric Hepatology, Gastroenterology and Transplantation. ASST Papa Giovanni XXIII. Bergamo, Italy. ⁴New York University Grossman School of Medicine. New York, NY, USA. ⁵Children's Hospital Los Angeles. Los Angeles, California, USA. ⁶Cincinnati Children's Hospital Medical Center. Cincinnati, Ohio, USA.

Contexto. La colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) comprende un grupo heterogéneo de trastornos vinculados a defectos genéticos en los transportadores hepatocanales. Datos anteriores demostraron que la bilirrubina total (BT) se asocia a una mejora de la supervivencia sin trasplante en este trastorno. Maralixibat (MRX), un inhibidor del transportador ileal de ácidos biliares (IBAT), está aprobado en Europa para el tratamiento de la PFIC en pacientes de ≥ 3 meses de edad y se ha demostrado que reduce la BT. Aquí evaluamos la relación entre la respuesta de prurito y los cambios en la BT en MARCH y MARCH-ON.

Métodos. MARCH/MARCH-ON se han descrito previamente. Los cambios en la BT se evaluaron durante las primeras 26 semanas de tratamiento con MRX (promedio de las semanas 18, 22 y 26). El prurito se evaluó con una puntuación media de la gravedad matutina de ItchRO(Obs) en las semanas 15–26 y la respuesta se definió como una reducción de ≥ 1 punto con respecto al inicio, o con una puntuación media de ≤ 1 punto. Las diferencias entre los pacientes con respuesta al prurito y aquellos sin respuesta se analizaron mediante la prueba de rangos con signo de Wilcoxon y la prueba exacta de Fisher.

Resultados. Cincuenta y nueve niños recibieron tratamiento con MRX [PFIC1: $n = 12$ (20%); nt-PFIC2: $n = 28$ (47%); PFIC3: $n = 9$ (15%); PFIC4: $n = 7$ (12 %); PFIC6: $n = 3$ (5%)]. Se observó respuesta al prurito en 37 (63%) de estos. Los pacientes con respuesta al prurito tenían una BT basal más baja en comparación con los que no respondieron (52 frente a 107 $\mu\text{mol/L}$, $p = 0,006$) y tuvieron mayores reducciones en la BT después del tratamiento ($-23,9$ frente a $-9,7$ $\mu\text{mol/L}$, $p = 0,048$). La normalización de la BT se produjo con más frecuencia en los pacientes con respuesta al prurito ($p < 0,01$).

Conclusiones. Los cambios en la bilirrubina y el prurito están relacionados en los pacientes tratados con MRX, observándose mayores reducciones en la bilirrubina, un marcador importante de la salud del hígado, en aquellos con respuesta al prurito. Las personas tratadas antes en el curso de la enfermedad (es decir, con bilirrubina más baja) pueden tener una mayor probabilidad de mejora en el prurito.

14. TRATAMIENTO CON ODEVIXIBAT EN PACIENTES CON SÍNDROME DE ALAGILLE: CARACTERIZACIÓN DE LOS RESULTADOS SEGÚN LOS NIVELES DE ÁCIDOS BILIARES SÉRICOS TRAS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO EN UN ANÁLISIS COMBINADO DE ASSERT Y ASSERT EXT.

Ovchinsky N¹, Courteval C², Verkade H³; on behalf of the ASSERT/ASSERT-EXT study author group.

¹Pediatric Gastroenterology and Hepatology. Hassenfeld Children's Hospital. NYU Langone. New York, NY, USA. ²Ipsen. Barcelona, Spain. ³Pediatric Gastroenterology and Hepatology. Department of Pediatrics. University Medical Centre Groningen. University of Groningen, the Netherlands.

Contexto. Datos a largo plazo muestran que odevixibat (ODX) reduce el prurito, disminuye los ácidos biliares séricos (sBA) y mantiene un perfil de seguridad manejable en síndrome de Alagille (SALG), según los estudios fase III ASSERT y ASSERT-EXT con hasta 96 semanas de seguimiento (NCT04674761 y NCT05035030). En este análisis, evaluamos el impacto de ODX en parámetros hepáticos y resultados clínicos según el nivel de sBA alcanzado a las 24 semanas.

Métodos. Los resultados de los pacientes con ALGS tratados con ODX (120 µg/kg/día) en los estudios ASSERT y ASSERT-EXT se estratificaron según los niveles de sBA en la semana 24 ≤ 102 µmol/L (frente a > 102 µmol/L); este umbral se había asociado previamente con mejores resultados clínicos en pacientes con SALG colestásico en el estudio GALA. Se excluyeron los pacientes con niveles de sBA ≤ 102 µmol/L al inicio del estudio. Las variables de evaluación incluyeron: respuesta clínicamente significativa del prurito (definida como una reducción ≥ 1 punto en la puntuación de rascado reportada por el observador [escala 0–4]), parámetros hepáticos y otros resultados clínicos.

Resultados. 52 pacientes con ALGS recibieron ODX durante los estudios ASSERT y ASSERT-EXT. De estos, se excluyeron 7 pacientes con sBA basales ≤ 102 µmol/L; 40 pacientes con datos disponibles a las 24 semanas se incluyeron en este análisis post hoc. El 40% de los pacientes alcanzó niveles de sBA ≤ 102 µmol/L con ODX en la semana 24. Los pacientes que alcanzaron este umbral presentaron niveles más bajos de bilirrubina y niveles medios de sBA basales inferiores (226,2 [91,64] vs. 290,2 [125,54] µmol/L) en comparación con aquellos que no alcanzaron sBA ≤ 102 µmol/L en la semana 24. Las respuestas de prurito se observaron en las semanas 21–24 en el 81,3% (13/16) de los pacientes con sBA ≤ 102 µmol/L y en el 69,6% (16/23) de aquellos con sBA > 102 µmol/L. En las semanas 69–72, las respuestas de prurito se alcanzaron en el 93,3% (14/15) y el 85% (17/20) de los pacientes con sBA ≤ y > 102 µmol/L, respectivamente. Los parámetros hepáticos y los recuentos plaquetarios ≤ 150 × 10⁹/L se presentan según los grupos de sBA ≤ 102/> 102 µmol/L. Se presentarán resultados adicionales según porcentaje de cambio sBA.

Conclusión. Los pacientes con ALGS tratados con ODX lograron mejoras clínicamente significativas en el prurito a la Semana 24, que se mantuvieron a largo plazo, independientemente del nivel de sBA en esa semana. Los niveles más altos de bilirrubina y de sBA en el momento basal, indicativos de una enfermedad más avanzada, se observaron en los pacientes que no alcanzaron sBA ≤ 102 µmol/L tras 24 semanas de tratamiento con ODX. Se requieren estudios adicionales para explorar los umbrales de sBA que podrían predecir los resultados clínicos en pacientes con ALGS que reciben ODX.

15. EFICACIA Y RESULTADOS CLÍNICOS DE ODEVIXIBAT EN PACIENTES CON DÉFICIT DE MDR3: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE EXTENSIÓN ABIERTO FASE III PEDFIC 2. Grammatikopoulos T¹, Courteval C², Thompson RJ³; on behalf of the PEDFIC 2 MDR3 subgroup analysis study group. ¹Paediatric Liver, GI, and Nutrition Centre and MowatLabs. King's College Hospital NHS Trust. London, United Kingdom. ²Ipsen. Barcelona, Spain. ³Institute of Liver Studies. King's College London. London, United Kingdom.

Antecedentes. Los datos a largo plazo demuestran que odevixibat (ODX) mejora el prurito, reduce los ácidos biliares séricos (sBA) y presenta un perfil de seguridad manejable en los distintos tipos de colestasis intrahepática familiar progresiva, según los estudios fase III PEDFIC 1 y la extensión abierta PEDFIC 2 (NCT03659916; NCT03566238). El déficit de MDR3, causada por variantes en ABCB4, conduce a colangitis crónica y colestasis secundaria. Este análisis evalúa la eficacia, parámetros hepáticos y eventos clínicos en pacientes con déficit de MDR3 tratados con ODX en PEDFIC 2.

Metodología. Se incluyeron pacientes con déficit de MDR3 tratados con ODX (120 µg/kg/día) en un análisis post hoc (corte de datos: 15 febrero 2024). El tipo e impacto de variantes patogénicas se determinaron mediante ClinVar y gnomAD. Las respuestas frente al valor basal (BL) se definieron como: reducción $\geq 70\%$ de sBA en ayunas, sBA ≤ 70 µmol/L o reducción ≥ 1 punto en la puntuación de rascado (escala 0–4).

Resultados. Siete pacientes con déficit de MDR3 fueron incluidos, con edad media (DE) de 7,61 (4,59) años. Seis presentaban variantes homocigotas (missense n = 2; nonsense n = 1; intrónicas que alteran el empalme n = 3) y uno una variante missense heterocigota combinada con otra de empalme. Al inicio, 5 pacientes recibían UDCA y 1 rifampicina; 3 tenían cirrosis y todos mostraban alteraciones en las pruebas hepáticas. El sBA medio (DE) fue 197,14 (99,90) µmol/L; el recuento plaquetario 188 (97) $\times 10^9/L$ (3 con $< 150 \times 10^9/L$); la bilirrubina 27,51 (11,37) µmol/L; y la GGT 215,57 (129,58) U/L. La duración media de ODX fue 110,94 (51,81) semanas. ODX redujo rápidamente los sBA y mejoró el prurito en la mayoría de los pacientes. En la semana 24, 3 pacientes lograron respuesta de sBA, 4 respuesta de prurito y 2 respuesta dual. ODX no pareció influir en transaminasas, GGT o bilirrubina. Cinco pacientes suspendieron el tratamiento: 3 por acontecimientos adversos no relacionados con ODX y 2 por trasplante hepático (TH). Un paciente con AE no relacionado posteriormente requirió TH por progresión de la enfermedad. Los 3 trasplantados presentaban trombocitopenia basal indicativa de hipertensión portal y cirrosis.

Conclusión. Estos datos sugieren que ODX, junto con UDCA, puede aportar beneficio clínico proporcionando alivio sintomático en pacientes con déficit de MDR3; se requiere investigación adicional.

16. IMPACTO DE MARALIXIBAT SOBRE LA CARGA SOBRE EL CUIDADOR DE PACIENTES CON SÍNDROME DE ALAGILLE Y COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR PROGRESIVA: INICIO Y SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES. Leon E¹, Dilwali N², Coll F³, Kim Y⁴, Howard R¹, Hallum-Montes R³, Mogul DB¹, Karnsakul W⁵. ¹Mirum Pharmaceuticals, Inc. Foster City, California, USA. ²Johns Hopkins University. Baltimore, Maryland, USA. Columbia University Irving Medical Center. New York, NY, USA. ³Motivo Insights. Colorado Springs, Colorado, USA. ⁴Mirum Pharmaceuticals, Inc. Foster City, California, USA. ⁵Division of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Department of Pediatrics. Johns Hopkins University School of Medicine. Baltimore, Maryland, USA.

Introducción. El síndrome de Alagille (ALGS) y la colestasis intrahepática familiar progresiva (PFIC) son afecciones raras que provocan enfermedad hepática terminal. Como resultado de la colestasis, los pacientes experimentan prurito, que afecta a la calidad de vida, al sueño, y es una de las principales causas de trasplante de hígado. Maralixibat (MRX) está aprobado para tratar el prurito colestásico en pacientes con ALGS (≥ 2 meses en la UE; ≥ 3 meses en los EE. UU.), y en la PFIC (≥ 3 meses en la UE; ≥ 12 meses en los EE. UU.), y los ensayos que muestran mejoras en el prurito están relacionados con una mejor calidad de vida y sueño de los pacientes. Este estudio evalúa el impacto de MRX sobre la carga del cuidador antes y 6 meses después de iniciar el tratamiento.

Métodos. Se invitó a los cuidadores de pacientes a quienes se había recetado recientemente MRX para el ALGS/PFIC a completar una encuesta para evaluar la carga del cuidador. Las preguntas abordaron el sueño, el prurito, la tensión financiera e incluyeron la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la entrevista de carga de Zarit (ZBI-12). Las encuestas de seguimiento se completaron después de 6 meses.

Resultados. Se completaron un total de 28 encuestas iniciales y 12 encuestas de seguimiento a los 6 meses. La mayoría de los encuestados eran progenitores de niños con ALGS, identificados como caucásicos y con edades comprendidas entre los 30 y los 39 años. Entre los 12 cuidadores con cuestionarios emparejados, las medidas del sueño mejoraron con el tiempo. En una escala Likert de 1 a 10 (10 = impacto extremo), la puntuación media del impacto del sueño disminuyó de 8 al inicio a 5,5 a los 6 meses (mejora del 32%). De manera similar, al inicio, el 100% informó que el cuidado afectaba su sueño, porcentaje que disminuyó al 60% a los 6 meses. Los informes de sueño regular/malo cayeron del 92% al 75%. El sueño nocturno medio aumentó de 5,4 a 6 horas (aumento del 12,5%). Las puntuaciones de ZBI-12 mostraron que 6 cuidadores no tenían carga/tenían una carga leve al inicio, 6 tenían una carga moderada/alta. En el seguimiento a los 6 meses, 8 presentaban una carga nula/leve y 4 presentaban una carga moderada/alta.

Conclusiones. Estos resultados sugieren que 6 meses de tratamiento con MRX pueden reducir la interrupción del sueño y la carga del cuidador, probablemente debido a una mejoría del prurito en los pacientes. Las tendencias de ZBI-12 respaldan la reducción de la carga. Aunque alentadores, estos hallazgos son preliminares. Se necesita un seguimiento a largo plazo para comprender plenamente los beneficios en general para los cuidadores en el tratamiento con MRX.

17. LIMITACIONES DE LOS ÁCIDOS BILIARES COMO MARCADOR DE RESPUESTA EN COLESTASIS INTRAHEPÁTICA FAMILIAR TIPO 1: A PROPÓSITO DE UN CASO. Ros Gracia R, Bernabéu Fernández de Liencre M, Labrador Carrillo F, González de Caldas Marchal R. *Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

Introducción. La colestasis intrahepática familiar progresiva tipo 1 (CIFP 1) es una enfermedad hepática de herencia autosómica recesiva, causada por alteraciones en el gen ATP8B1. Se caracteriza por colestasis de inicio precoz, prurito intenso y daño hepático variable. Los inhibidores del transportador ileal de ácidos biliares han demostrado beneficio clínico en algunos pacientes; sin embargo, la respuesta bioquímica y clínica no siempre es concordante, lo que plantea dificultades en la monitorización y en la toma de decisiones terapéuticas.

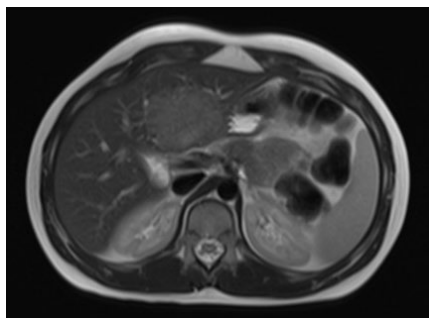
Resumen del caso. Paciente varón de 7 años de edad con diagnóstico de CIFP 1 a los 18 meses, con duplicación parcial en el gen ATP8B1. Inició tratamiento con odevixibat a los 3 años y 6 meses de edad por prurito grave e incontrolable, pese a tratamiento previo con ácido ursodesoxicólico, rifampicina y fenobarbital. Tras el inicio del mismo presentó mejoría progresiva del prurito y de la calidad de vida, permitiendo la retirada de rifampicina posteriormente. Tras 37 meses de tratamiento, y pese al beneficio clínico mantenido, se suspendió odevixibat por no cumplir los criterios de financiación para su mantenimiento, basados en la ausencia de disminución de ácidos biliares séricos. En la analítica previa a la suspensión se objetivaron ácidos biliares de 190 $\mu\text{mol/L}$, bilirrubina total de 3,9 mg/dL (directa 2,9 mg/dL), alanina aminotransferasa de 59 U/L, aspartato aminotransferasa de 65 U/L y gamma-glutamilttransferasa de 28 U/L. Tras la retirada del tratamiento, el paciente presentó un deterioro clínico significativo con reaparición del prurito y aumento de la ictericia, precisando reintroducción de rifampicina y asociación de antihistamínicos. A los dos meses se objetivó un marcado empeoramiento de los parámetros de colestasis, con bilirrubina total de 34,2 mg/dL (directa 23,29 mg/dL). Ante esta evolución desfavorable, se autorizó el cambio a maralixibat en régimen de uso compasivo. En la analítica de control realizada dos semanas tras su inicio se observó un descenso de la bilirrubina total a 5,6 mg/dL (directa 4,22 mg/dL), manteniéndose la gamma-glutamilttransferasa en rango normal. Los ácidos biliares séricos permanecieron elevados, en torno a 190 $\mu\text{mol/L}$. Paralelamente, el paciente presentó una mejoría clínica evidente del prurito.

Comentarios. Este caso evidencia la posible discordancia entre la evolución clínica y los parámetros bioquímicos, especialmente los ácidos biliares séricos, en pacientes con CIFP tratados con inhibidores del transportador ileal de ácidos biliares. La persistencia de ácidos biliares elevados, pese a la mejoría clínica, sugiere que su uso aislado como criterio de respuesta puede ser insuficiente. En línea con los consensos de expertos, la valoración de la respuesta al tratamiento debería integrar parámetros clínicos y bioquímicos. Asimismo, el presente caso aporta una experiencia clínica inicial sobre el cambio de odevixibat a maralixibat, una estrategia aún escasamente descrita.

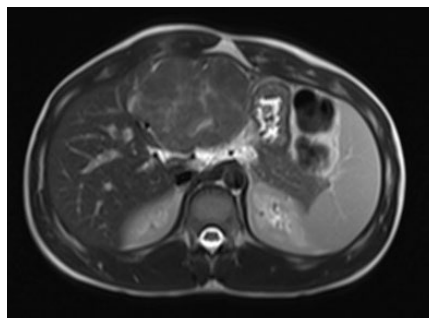
18. EMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL EN HIPERPLASIA NODULAR FOCAL SINTOMÁTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO. Vega-Arango Vega A¹, Lorenzo Garrido H¹, Goñi Oleaga M¹, López Medina A², Rey Grimón S¹, Vázquez Morales A¹, Mikelarena Erdozain M¹, González Mentxakatorre M¹.
¹Servicio de Pediatría; ²Servicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.

Introducción. La hiperplasia nodular focal (HNF) es una neoplasia hepática benigna poco frecuente en la infancia. Habitualmente cursa de forma asintomática, siendo de manera frecuente un hallazgo incidental. La resonancia magnética (RMN) con contraste constituye la prueba de imagen con mayor sensibilidad y especificidad para su caracterización, si bien la biopsia puede ser necesaria para establecer un diagnóstico definitivo. Dadas sus características de benignidad, actualmente el tratamiento quirúrgico se reserva para casos seleccionados.

Resumen del caso. Niño sano de 10 años de edad remitido a nuestra consulta tras hallazgo incidental de lesión focal hepática en ecografía abdominal, realizada en contexto de dolor abdominal autolimitado. Se completa estudio con realización de RMN y biopsia, que confirman la presencia de lesión hepática única, en lóbulo hepático izquierdo, de 5 centímetros de diámetro máximo, cuya anatomía patológica es compatible con HNF. El paciente se encuentra asintomático con exploración física normal. Se adopta una actitud expectante, con controles ecográficos cada 6–12 meses. Tras dos años de estabilidad ecográfica, se objetiva aumento progresivo del tamaño de la lesión hasta un máximo de 10 cm de diámetro a los 4 años del diagnóstico, manteniéndose el paciente asintomático hasta este momento. A partir de entonces, inicia clínica de dolor abdominal epigástrico irradiado a hipocondrio derecho y vómitos frecuentes, asociado a palpación de masa dura abdominal. Una nueva RMN confirma el aumento de tamaño de la lesión y la presencia de efecto masa sobre cuerpo gástrico, región antro-pilórica y cuello pancreático, sin signos de invasión. A la vista de estos hallazgos, se decide tratamiento intervencionista, realizándose embolización transarterial (TAE) de la lesión. En el control dos meses tras la intervención, el paciente está asintomático y la ecografía muestra una disminución del tamaño y de la vascularización de la lesión embolizada, con un diámetro máximo de 6 cm. Los controles de los primeros 6 meses tras la intervención muestran estabilidad clínica y ecográfica.



Primera RM al diagnóstico



RM previa a la embolización

Comentarios. En pacientes con HNF asintomáticos y con estabilidad en las pruebas de imagen, la actitud conservadora con seguimiento clínico y radiológico constituye la recomendación actual, debiendo individualizar cada caso. La intervención quirúrgica con resección de la lesión es el tratamiento habitual y está indicada ante presencia de síntomas, aumento del tamaño de la masa o imposibilidad de descartar malignidad. Dentro de las técnicas no invasivas la TAE, aplicada en nuestro caso, puede ser una alternativa adecuada, con un perfil favorable de seguridad y eficacia, y buenos resultados a largo plazo. Estudios recientes con seguimiento prolongado muestran que las lesiones hepáticas embolizadas disminuyen progresivamente con el paso del tiempo, llegando en muchos casos a desaparecer, por lo que dicha técnica podría ser considerada como tratamiento alternativo a la resección quirúrgica en determinados pacientes.

19. IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA ENFOCADO EN LA NUTRICIÓN EN ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA PEDIÁTRICA. Viñas Torné C¹, Redecillas Ferreiro S¹, Martos Rodríguez M². ¹Servicio de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica; ²Servicio de Cirugía Oncológica Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción. La evidencia sobre los programas de Recuperación Intensificada en Cirugía (RIC) en el paciente oncológico pediátrico es limitada. Los niños con cáncer son particularmente vulnerables al estrés perioperatorio, y el deterioro nutricional es un factor de riesgo frecuente y potencialmente modificable que influye en los resultados quirúrgicos. Este estudio tuvo como objetivo desarrollar e implementar un protocolo RIC centrado en la nutrición para cirugía oncológica pediátrica, con énfasis en la evaluación y optimización nutricional como componente fundamental de la prehabilitación. Los objetivos secundarios fueron evaluar la viabilidad y seguridad del protocolo y explorar su impacto en el estado nutricional perioperatorio, la necesidad de transfusiones, el manejo del dolor, la movilización temprana y los resultados postoperatorios, incluyendo la tasa de complicaciones.

Metodología. Se desarrolló un estudio prospectivo observacional realizado en pacientes pediátricos (0-18 años) sometidos a cirugía oncológica mayor. El protocolo RIC fue diseñado por un grupo multidisciplinar mediante un proceso de consenso estructurado basado en el método Delphi. Los pacientes fueron incluidos en el momento del diagnóstico y tratados según un algoritmo perioperatorio predefinido basado en la prioridad quirúrgica y la localización anatómica. El protocolo incorporó la prehabilitación nutricional como intervención clave, identificando deficiencias y optimizando el estado nutricional de los pacientes antes de la cirugía. Esto fue especialmente importante ya que la malnutrición es prevalente entre los pacientes pediátricos oncológicos y afecta negativamente los resultados quirúrgicos, la recuperación y el pronóstico general. Se analizaron los resultados observados durante un período de 18 meses y se compararon con los de un grupo control histórico tratado antes de la implementación del RIC.

Resultados. Entre junio de 2023 y diciembre de 2024, 62 pacientes pediátricos sometidos a cirugía oncológica fueron incluidos en el programa RIC (edad media de 8,9 años). Los diagnósticos incluyeron tumores abdominales/nefrourológicos (63%), torácicos (27%) y hepáticos (10%). Se detectaron deficiencias preoperatorias que requirieron intervención preoperatoria en más de un tercio de los pacientes: 19 presentaban riesgo de desnutrición, por lo que recibieron suplementos dietéticos, 1 recibió ferroterapia oral para la anemia y 2 requirieron fisioterapia preoperatoria para mejorar su condición física. La optimización nutricional se asoció con una reducción de la necesidad de transfusiones sanguíneas. Las complicaciones postoperatorias fueron menores en el grupo RIC, sin observarse complicaciones intraoperatorias.

Conclusiones. Un protocolo RIC centrado en la nutrición es viable y seguro en la cirugía oncológica pediátrica. La evaluación nutricional sistemática y la prehabilitación dirigida permiten la identificación y corrección temprana de la desnutrición, lo que contribuye a mejores resultados perioperatorios y una recuperación más segura en esta población vulnerable. Aunque los hallazgos son prometedores, se necesitan más estudios con cohortes más grandes y un seguimiento extendido para validar estos resultados y perfeccionar el protocolo para su implementación en cirugía pediátrica.

20. EFICACIA DE LA SEMAGLUTIDA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD SEVERA: EXPERIENCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL. Gutiérrez Vilar M, Ruiz Pons M, Pérez Rodríguez A, de la Barreda Heusser L, Alberto Alonso JR, Rodríguez Díaz AE, Rosado Alonso C, Herrera Rodríguez EM. *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.*

Introducción. La obesidad severa en adolescentes supone un reto clínico significativo. Los análogos del GLP-1, como la semaglutida, representan una alternativa terapéutica emergente, aunque la experiencia en población adolescente es aún limitada.

Objetivos. Analizar la evolución antropométrica y de comorbilidades en una cohorte de adolescentes con obesidad severa tratados con semaglutida junto a modificaciones de los estilos de vida (MEV).

Material y métodos. Estudio observacional retrospectivo realizado en la Consulta de Nutrición Infantil de un hospital terciario. Se recogieron datos clínicos, analíticos y de bioimpedanciometría de adolescentes mayores de 12 años con obesidad severa en tratamiento con semaglutida.

Resultados. Se incluyeron 20 pacientes con Z-score del Índice de Masa Corporal (Z-score IMC) medio de $6,99 \pm 6,5$ DE, sin tratamiento farmacológico previo. La edad media fue de $14,4 \pm 1,56$ años, 40% varones. El tiempo medio de seguimiento fue $7,76$ meses ± 4 DE. La dosis más frecuente empleada fue de 1 mg/semana (máxima 1,7 mg). El 100% manifestó satisfacción con el tratamiento y el 60% continuaba en terapia al cierre del estudio. La mitad presentó efectos secundarios (80% gastrointestinales) responsables de la retirada del fármaco en 3 casos. El tratamiento con semaglutida se asoció con reducciones significativas ($p < 0,001$) de peso $-9,87$ kg (IC95% $-13,06$ a $-6,67$); de IMC $-3,84$ kg/m² (IC95% $-5,04$ a $-2,65$), de Z-score IMC $-1,51$ (IC95% $-1,98$ a $-1,04$), de perímetro de cintura $-6,63$ cm (IC95% $-9,71$ a $-3,56$) y de cociente cintura/altura $-0,043$ (IC95% $-0,062$ a $-0,024$). El 45% logró una reducción superior al 10% del IMC. La bioimpedanciometría ($n = 15$) reveló cambios significativos ($p < 0,05$) en reactancia ($+22,7$ Ohm; IC95% $2,2$ a $43,28$), masa grasa indexada (FMI) ($-2,34$; IC95% $-3,56$ a $-1,12$), masa libre de grasa indexada (FFMI) ($-1,49$; IC95% $-2,11$ a $-0,86$) y masa celular indexada (BCMI) ($-0,96$; IC95% $-1,62$ a $-0,3$). El descenso de FM supuso el 61% del peso perdido. Los cambios de composición corporal no se vieron afectados por desarrollo puberal o ejercicio físico extraescolar. Bioquímicamente, los pacientes presentaron descenso de HbA1c ($-0,2$; IC 95% $-0,39$ a $-0,02$) y colesterol HDL (-10 ; IC95% $-15,3$ a $-4,7$), sin cambios en el resto de comorbilidades.

Limitaciones. El diseño retrospectivo, la ausencia de grupo control y el tamaño muestral reducido limitan la interpretación de resultados.

Conclusiones. La semaglutida se muestra como una opción terapéutica eficaz y segura como complemento a las MEV en adolescentes con obesidad grave, con reducciones significativas del Z-IMC. No obstante, son necesarios estudios prospectivos con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado que evalúen la ganancia ponderal.

21. EVOLUCIÓN NUTRICIONAL PRECOZ DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS. Borregón Rivilla E, Bergua Martínez A, Andrade Guerrero JD, Merinero Ausín I, Andrade Guerrero F, Moráis López AB. *Hospital Universitario La Paz. Madrid.*

Objetivo. Conocer la evolución nutricional en el peritrasplante inmediato de niños receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) mediante antropometría y ángulo de fase (AF).

Material y métodos. Estudio retrospectivo de los TPH llevados a cabo en 2025 en un hospital de referencia para esta terapia. Se recogieron datos nutricionales antropométricos (peso para la edad, IMC para la edad) y de bioimpedancia (AF) y de la terapia nutricional durante el ingreso. Se tomaron medidas semanalmente desde el inicio del acondicionamiento (7 días pre-TPH, momento -7) hasta 3 semanas post-TPH (momentos 0 [día del TPH], +7, +14 y +21).

Resultados.

- 24 pacientes, 8 mujeres (33%) y 16 varones (67%) con media de edad de $10,28 \pm 4,55$ años.
- Diagnósticos: 17 leucemias (70,8%), 3 tumores sólidos (12,5%), 3 otras hemopatías (12,5%) y 1 inmunodeficiencia (4,2%).
- Tipo de trasplante: 23 alogénicos (95,8%) y 1 autólogo (4,2%).
- Terapia nutricional:
 - Enteral en 22 pacientes (91,7%): 11 a través de sonda nasogástrica y 11 con suplementos orales.
 - Parenteral en los 24 pacientes (100%), con una media de 18 días de duración.
- Evolución antropométrica: valores normales de Z-score de peso e IMC en todos los momentos, con mínimos cambios. Se observó leve deterioro, sin diferencias significativas.
 - Día -7: Z-score peso $-0,19 \pm 1,05$; Z-score IMC $-0,08 \pm 1,06$.
 - Día +21: Z-score peso $-0,5 \pm 0,85$; Z-score IMC $-0,34 \pm 0,94$.
- Evolución del AF: valores disminuidos al acondicionamiento, con empeoramiento hasta el día del TPH y posteriormente hasta el día +7. Inicio de mejoría en el día +14. Diferencias significativas ($p < 0,05$) en todas las medidas (prueba de Friedman). Valores de Z-score de AF para edad y sexo:
 - Día -7: $-2,62 \pm 1,27$
 - Día 0: $-3,17 \pm 1,54$
 - Día +7: $-3,8 \pm 1,83$
 - Día +14: $-3,15 \pm 1,18$

Conclusiones. Los parámetros clásicos de evaluación nutricional, como peso e IMC, pueden subestimar cambios corporales tempranos en pacientes sometidos a TPH. La evaluación periódica rutinaria con bioimpedancia, prestando especial atención al AF (reflejo de la salud celular e integridad de las membranas), sirvió para detectar cambios precoces en el estado de la masa celular, lo que puede ser de ayuda para diseñar la terapia nutricional de forma individualizada en los momentos pre y postTPH inmediato.

ÍNDICE DE AUTORES

A

Acosta Navas B, 98
Aguilera Albesa S, 65
Al-Araji R, 68
Alberto Alonso J, 44, 45, 157
Alcaraz Castillo M, 38, 138
Alcolea Sánchez A, 67
Algar Fernández MC, 66
Allende Chaves M, 67
Almagro Villar F, 58
Almazán Fernández de Bobadilla C, 98
Alonso Cadenas JA, 139
Alonso García LA, 12
Alonso López P, 127
Alonso Pérez N, 91
Alonso Vicente C, 127
Alós Díez M, 12, 71, 74, 77
Altali Alhames K, 98
Alvarado K, 98
Álvarez Beltrán M, 16, 20, 40, 78
Álvarez Díaz M, 61
Álvarez Merino M, 78
Álvarez Moya M, 57
Álvarez Pibert L, 14, 110
Amaro Reynoso CU, 71
Andradas Rivas R, 86
Andrade Guerrero F, 18, 158
Andrés Moreno AM, 71, 74
Andreu López L, 112
Antoñón Rodríguez M, 146
Aparicio Callén C, 122
Aparicio López C, 61
Aragüete Mieres E, 114, 115
Aranda Conchello E, 24, 69, 100
Arauzo Otero T, 91
Arcos Machancoses JV, 52
Arellano Pulido M, 92
Arenas Rojas A, 134, 137
Arias Dimas Á, 7
Arozamena Aguayo S, 113, 119, 123
Arranz San Juan R, 98
Arriola Pereda G, 65
Artero-López J, 67
Artuch Iriberry R, 7, 63
Atúncar Huamán AC, 107
Avendaño J, 98

Ávila Ramírez LF, 30
Ayuso Portaluppi M, 59

B

Bada Bosch I, 89
Bagnato M, 42
Balbarrey S, 98
Balboa Vega M, 90, 121, 125
Balsells F, 98
Barahona Rondón L, 98
Barasoain Millán A, 22, 126
Barrio Torres J, 25, 54, 55, 56, 81, 85, 96
Bassy Navarro S, 97, 119, 139
Bejarano R, 98
Beltrán García S, 24
Benavente García JJ, 104, 117
Benítez Viera B, 14
Bergua Martínez A, 18, 72, 158
Bermejo Costa F, 104, 117
Bermúdez Díaz A, 113
Bernabéu Fernández de Lienres M, 154
Betancourt Castellano JC, 28
Bezanilla López C, 22, 126
Bilbao Catalá JR, 82
Blacio T, 96
Blanco Rodríguez M, 55
Blasco Alonso J, 47, 48, 49, 114, 115
Blesa Chiralt S, 53
Bodas Pinedo A, 30, 88
Boggio Marzet C, 98
Bordón Sardiña E, 45
Borregón Rivilla E, 18, 158
Bossini Castillo L, 57, 60, 108
Botero Osorio V, 134, 137
Botija Arcos G, 22, 95, 126
Bueno Suárez C, 68, 124, 129, 130
Busto Cuñas M, 23, 43, 46, 116

C

Cabello Ruiz V, 20, 40
Calviño-Suárez C, 83
Calzada García-Mora C, 66
Calzado Agrasot M, 51, 84, 103, 111, 148
Camacho Montesino MC, 124
Camacho Nieto E, 21, 92, 140

Campos Luz P, 52
 Cancela Núñez A, 94
 Cano del Águila B, 98
 Cano Dorao F, 126
 Cañedo Villarroya E, 113, 119, 123
 Carabaño Aguado I, 102, 143
 Carmona FD, 57
 Caro Chinchilla G, 98
 Carpintero Martín MI, 98
 Carrasco Gutiérrez P, 124
 Carreira Sande N, 43, 46
 Carrillo Palau M, 44
 Carrión Medina A, 90, 121, 125
 Carro M, 88
 Casado Río M, 128
 Casado Sánchez ML, 98
 Casillas S, 96
 Castejón Ponce E, 24, 69, 100
 Castell Miñana M, 98, 98
 Castelló Mustienes A, 96
 Castillejo de Villasante G, 53
 Castro Millán AM, 16, 45
 Castro Ramos M, 133
 Cerezo Bueno MJ, 98
 Chao Leis M, 102, 143
 Chaparro M, 83
 Chavez Darias M, 44
 Chercoles Martorell RM, 98
 Chicano Cazaña P, 104, 117
 Chicano Marín FJ, 104
 Cifuentes Espigares A, 64
 Cilleruelo Pascual ML, 54, 55, 56, 81, 85, 86
 Cinthia Bastianelli C, 98
 Coll F, 153
 Coma Muñoz A, 9
 Comalrena de Sobregrau C, 34
 Constantinidis A, 63
 Cornelio I, 98
 Cortés Mora P, 104, 117
 Courteval C, 149, 151, 152
 Crehuá Gaudiza E, 17, 52, 78, 80
 Crespo Madrid N, 66
 Cruchet S, 98
 Crujeiras Martínez V, 43, 46
 Cruz Rojo J, 124
 Cuadrado Caballero MC, 121, 125
 Curbelo Rodríguez M, 90

D

D'Antiga L, 150
 Dacosta Pova M, 101

Dadlani Dadlani N, 95
 Dagraza Pérez M, 43, 46
 De Agustín Asensio JC, 89
 De Diego Soler H, 15
 De Juan Font M, 21, 92, 140
 De la Barreda Heusser L, 44, 45, 157
 De la Flor Alemany M, 60
 De la Iglesia Rivaya A, 59
 De la Mano Hernández A, 16, 17, 78, 80, 113, 119, 123
 De la Rosa Mordán Y, 94
 De las Heras J, 76
 De los Santos Mercedes M, 63, 78
 De Lucas Collantes C, 61
 De Miguel Cáceres C, 98
 De Miguel Lavisier B, 12
 Del Brío Castillo R, 45, 93
 Del Castillo Martínez BM, 20
 Del Compare M, 98
 Del Olmo Segura P, 15, 22, 126
 Delgado Bueno A, 24
 Di Campli Zaghlul MA, 93, 97
 Díaz Diñeiro M, 36
 Díaz Fernández F, 116
 Díaz Lázaro MJ, 98
 Díaz Martín JJ, 142
 Díaz Sánchez EM, 66
 Dilwali N, 153
 Domínguez Ortega G, 86, 93, 97, 142
 Donat Aliaga E, 51, 54, 81, 84, 103, 111, 148
 Duque Avilés AB, 129

E

Echeverria Matia I, 98
 Egea Castillo N, 128
 Ejarque Marín V, 64
 Encinas Hernández JL, 71
 Escartín Madurga L, 122
 Escobar Pirela HD, 146
 Esparza Isasa E, 97, 107, 113, 119, 123, 139
 Espigado Colombo E, 28, 105, 106, 144
 Espín Jaime B, 54, 56, 142
 Esteban Vera M, 113

F

Faci Alcalde E, 122
 Fernández-Cuesta Valcarce MÁ, 98
 Fernández Fernández L, 38, 85, 86, 138
 Fernández Filgueira M, 23, 61, 116

Fernández González S, 78
 Fernández Tomé L, 71, 74, 77
 Ferré Moragues L, 98
 Ferrera Mendez J, 133
 Foz Felipe D, 109, 141
 Frauca Remacha E, 12, 71, 72, 74, 77
 Freixas Bermejo M, 16, 20, 40
 Fuentes Campoy C, 94
 Fuentes Ferrer M, 44
 Fuentes Ferrer ME, 45
 Fuentes Sánchez C, 69, 100
 Fuentes Vidal A, 100

G

Galán López M, 147
 Galera Martínez R, 65
 Galera Peinado AP, 98
 Gallardo Padilla M, 94
 Gallego Vazquez S, 123
 Galley Martín C, 84, 103, 111, 148
 Gámiz Gala A, 101
 García Arenas D, 128
 García Campos Ó, 66
 García Casillas M, 89
 García Díaz A, 85, 86
 García Ezquerro R, 15, 64
 García González M, 61, 116
 García Jiménez I, 76
 García Lorente M, 145
 García Machuca C, 139
 García Martínez de Bartolomé R, 98
 García Matamoros L, 90
 García Moreno NP, 98
 García Mozo R, 59
 García Ramírez M, 47, 48, 49, 87, 114, 115
 García Rodríguez M, 97
 García Romero R, 17, 24, 55, 69, 78, 80, 100
 García Ron A, 65
 García Tirado D, 7, 8, 15, 17, 34, 78, 80
 García Vázquez J, 84, 103, 111, 148
 García Vega M, 18, 72, 77
 Garre Vázquez AI, 83
 Garriga García M, 16, 17, 78, 80
 Gascón Galindo C, 16, 17, 78, 80, 86
 Gasset García A, 124, 129, 130
 Germán Angulo P, 66
 Germán Díaz M, 68, 102, 124, 143
 Giaccagli MC, 129
 Gil Arregui M, 139
 Gil Villanueva N, 21

Gilarte Herrera C, 98
 Gilbert Pérez JJ, 131, 133
 Giraldo Castellano P, 76
 Gómez Aguililla S, 53
 Gómez-Anca S, 67
 Gómez García R, 98
 Gómez Pérez L, 98
 Gómez Torres G, 94
 González A, 82
 González Benavides A, 59
 González Cervera RM, 107
 González de Caldas Marchal R, 131, 133, 154
 González de Zárate Lorente A, 95
 González Fuentes C, 105, 106, 144
 González Fuentes M, 127
 González García BP, 82
 González García M, 34
 González Jiménez D, 16, 17, 78, 80
 González-Lamuño Sanchis C, 59
 González López N, 53
 González Mentxakatorre M, 155
 González Moles MÁ, 108
 González Pérez M, 22, 95, 126
 González-Sacristán R, 67
 González Salvador MR, 112
 González Santana D, 45
 Gonzalo Consuegra J, 52
 Goñi Oleaga M, 155
 Gracia Campo A, 24
 Gracia Torralba L, 24
 Grammatikopoulos T, 152
 Guarner Argente C, 28
 Guerrero Villota C, 134, 137
 Gutierrez Junquera C, 85, 86, 93
 Gutiérrez Martínez JR, 80
 Gutiérrez San José T, 127
 Gutiérrez Valcuende C, 127
 Gutiérrez Vilar M, 45, 157

H

Hallum-Montes R, 153
 Hernández Camba A, 44
 Hernández Oliveros F, 71, 72, 74
 Herrador López M, 19, 57, 60, 108
 Herrera Rodríguez EM, 157
 Herrero Álvarez M, 55, 92, 142
 Hidalgo Montes I, 95
 Higuera M, 98
 Hill S, 68
 Howard R, 153

I

Ibáñez Pradas V, 148
Iñigo Pestaña M, 112
Irastorza Terradillos IX, 82
Izquierdo Álvarez S, 69

J

Javierre Miranda E, 24
Jiménez Crespo B, 121, 125
Jiménez de los Santos C, 105, 106, 144
Jiménez Gómez J, 131, 133
Jiménez Muñoz M, 60
Jiménez Pérez E, 24
Jiménez Rivera D, 137
Jordano Moreno B, 75
José Jiménez MJ, 98
Jou Muñoz C, 14
Juamperez Goñi J, 11, 13
Juanes de Toledo B, 98
Juanpere Aixala M, 53
Juárez Pimentel C, 124

K

Karnsakul W, 153
Kim Y, 153
Koeglmeier J, 68

L

La Orden Izquierdo E, 98, 102, 143
Labrador Carrillo F, 154
Ladera González E, 15
Laoufir K, 22
Larramona Carrera H, 34
Larrarte King M, 7, 10, 13, 70
Lee Xia I, 146
Legarda Tamará M, 82
Legaz Hall N, 130
Leis Trabazo MR, 43, 46
Lendínez Jurado A, 131, 133
Leo Carnerero E, 83
Leon E, 150, 153
León Ruiz P, 130
Lin C, 150
Liquete Marín L, 98
Llanos Alonso N, 98
Lledín Barbancho MD, 12, 18, 72, 74
Llopis Lera M, 118

Llorente Pelayo S, 7
López A, 21
López Campos M, 24
López Cárdenes CM, 16, 17, 78, 80
López Medina A, 155
López Ruzafa E, 75
López Sánchez B, 66
López-Seoane Puente FJ, 30
Lorén Martín JP, 38, 138
Lorenzo Garrido H, 155
Loverdos Eserverri I, 7, 8, 13, 14, 15, 17, 28, 128
Lozano Ruf A, 42, 110
Luengo Mangas A, 32, 50, 58, 62, 73

M

Mameli S, 9, 11, 70
Manzano Infante MJ, 140
Marmarusso D, 98
Márquez Mira P, 75, 105, 106, 144
Márquez Rodríguez J, 44
Marroquín Cordón MJ, 64, 110
Martín Adrados A, 107, 126
Martín Arranz MD, 83
Martín de Carpi J, 7, 13, 14, 15, 28, 42, 63, 64, 101, 109, 110, 118, 128, 141
Martín Fernández C, 16, 17, 78, 80, 97, 113, 119, 123, 139
Martín González J, 38, 138
Martín Masot R, 19, 36, 57, 60, 108, 114, 115
Martín Morales JM, 23, 43, 46, 116
Martín Nalda A, 40
Martín Rivada A, 45
Martínez A, 12
Martínez Bánquez P, 147
Martínez Costa C, 52, 65
Martínez Escribano B, 25, 96, 142
Martínez Fernández MM, 98
Martínez Martos Z, 120
Martínez Navarro G, 146
Martínez-Ojinaga Nodal E, 30
Martínez Osorio J, 109, 101J, 141
Martínez Pereira A, 71, 74, 77
Martínez Pérez J, 107
Martínez Velasco S, 82
Martinón Torres N, 43, 46
Martos Rodríguez M, 156
Marugán de Miguelsanz J, 127
Masip Simó E, 17, 51, 78, 84, 88, 103, 111, 148
Mateu Gallardo A, 101, 109, 141
Meavilla Olivas S, 17, 63, 128

Medina Benítez E, 102, 129, 130, 143
 Mellado Solá I, 147
 Melone A, 92
 Mercadal Hally M, 8, 9, 10, 11, 13, 70, 76
 Merchán Ramírez ME, 19
 Merinero Ausín I, 18, 158
 Mesonero Cavia S, 17, 78, 80
 Messere G, 98
 Miethke A, 150
 Mikelarena Erdozain M, 155
 Milanes Romero R, 137
 Millán Jiménez A, 140
 Minguez Rodríguez B, 63, 101
 Miranda Cid MC, 21, 56, 81, 88, 89, 92
 Miserachs Barba M, 9, 10, 70
 Mogul D, 150, 153
 Molera Busoms C, 7, 8, 13, 14, 15, 128
 Molero Solís MC, 118
 Molino Gahete J, 10, 11, 70
 Molinos Norniella C, 59
 Monserrat Marín C, 97, 113, 119, 123, 139
 Montells Fuster S, 64
 Montero Torres C, 85
 Montes Araujo P, 32, 50, 58, 62, 73
 Montijo-Barrios E, 98
 Montoya Tamayo C, 111
 Moráis López A, 18, 72, 158
 Moreno Álvarez A, 17
 Moreno Novillo MR, 66
 Moreno Puerto L, 85, 147
 Moreno Villares JM, 112
 Morente Laguna V, 53
 Munera Barrios M, 36, 47, 48, 132
 Muñoz Alonso A, 16, 17, 58, 78, 80, 120
 Muñoz Bartolo G, 72, 77
 Muñoz Codoceo RA, 93, 97, 107, 119, 123
 Murga Alvarado SS, 98
 Murillo García S, 118
 Murray Hurtado M, 16, 45, 78
 Muyo Hernández P, 9, 10, 11, 70, 76

N

Nagore González C, 122
 Navas López VM, 19, 36, 47, 48, 49, 57, 60, 87, 108, 114, 115, 132
 Nestares T, 57, 60, 108
 Novoa Garnica C, 7, 42
 Nunes T, 150
 Núñez C, 53
 Núñez Carrascoso P, 51, 103

Núñez García B, 34
 Núñez Ramos R, 68

O

Ochoa Sangrador C, 54, 55
 Olalla Ruiz M, 25, 96
 Olaya Hernández M, 134
 Ortiz C, 98
 Ortiz G, 98, 98
 Ortiz Durán M, 91
 Ortiz Guerra M, 98
 Ortiz Pérez P, 36, 48, 49, 87, 114, 115
 Ortiz-Piedrahita C, 98
 Ortiz Pranza L, 98
 Ortiz Teba M, 90, 121
 Otero Pérez L, 61
 Ovchinsky N, 149, 150, 151
 Oviedo Parrondo A, 140
 Oya Magadan I, 118

P

Padrós Fornieles C, 8, 9, 10, 11, 70, 76
 Palazón Bellver P, 110
 Palma Milla C, 129
 Palomino Pérez L, 83, 139
 Patricia Vallejos, 98
 Pedrosa Domínguez M, 34
 Pemartín Comella B, 148
 Peña Quintana L, 45
 Pérez Egido L, 89
 Pérez García A, 112
 P. Gisbert J, 83
 Pérez González E, 121, 125
 Pérez Requena N, 63
 Pérez Rodríguez A, 45, 157
 Pérez Rodríguez TC, 98
 Pérez Segura P, 124
 Pérez Solís D, 56, 59, 81
 Pérez Vereda M, 32, 47, 50, 58, 62, 73
 Petersen Pareja C, 67
 Pietrafesa Favale D, 98
 Pinel Mañas MD, 98
 Pizarro Ruiz AM, 104, 117
 Planas Román S, 109
 Plaza Oliver D, 73, 120
 Polo Miquel B, 51, 84, 103, 111, 148
 Portilla Buenaventura A, 134, 137
 Puente López P, 74

Puente Ubierna N, 93
Pujol Muncunill G, 109 , 110, 141 , 42

Q

Quiles Blanco MJ, 12, 72, 77
Quimbayo Wilches D, 137
Quintero Bernabéu J, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 70, 76
Quirós Nieto B, 90, 125

R

Ramiro López E, 130
Ramos Boluda E, 67
Ramos García P, 108
Ramos Varela JC, 45
Ranz Sanz N, 95
Raquel Mora, 98
Raya Muñoz J, 20, 40
Recio Linares A, 22, 93, 95, 126
Redecillas Ferreiro S, 20, 40, 156
Reques Cosme R, 147
Rey Grimón S, 155
Reyes Andrade J, 58, 75
Reyes Domínguez A, 17, 45, 78, 80
Ribes Koninckx C, 51, 103
Rico Pérez C, 16, 17, 80
Riera JM, 17
Rivera Cuello M, 19
Rivero de la Rosa M, 65, 121, 125
Rivero López J, 98
Rodrigo García G, 91
Rodríguez Álvarez D, 12, 77
Rodríguez Cairns FJ, 128
Rodríguez Catalán J, 98
Rodríguez Díaz A, 44, 45, 157
Rodríguez Manchón S, 93
Rodríguez Martín LE, 140
Rodríguez Martínez A, 16, 17, 32, 47, 50, 58, 62, 78, 80, 120
Rodríguez Rueda C, 105, 106, 144
Rodríguez Salas M, 75, 131, 133
Rodríguez Sánchez A, 104, 117
Rodríguez Sanz ML, 24
Rojo Garrido M, 94
Román India C, 38, 138
Román Riechmann E, 54, 55, 56, 81, 85, 86
Romero Rondán P, 90, 121, 125
Ros Arnal I, 24, 69, 100
Ros Gracia R, 154
Rosado Alonso C, 157

Rovira Zurriaga C, 141
Royo Pérez ND, 24
Rubio Murillo M, 73, 75
Rubio Pizarro V, 2295
Ruggieri M, 98
Ruiz Antón M, 98
Ruiz Hernández C, 64, 88
Ruiz Pons M, 45, 157

S

Salcedo Allende M, 10, 11, 13
Salcedo Lobato E, 78, 80, 102, 129, 130, 143
Salinas Uhalte A, 69, 100
San José Romero M, 98
Sánchez Delgado G, 19
Sánchez-Fernández Bravo C, 61
Sánchez Gallego P, 131
Sánchez Hernández M, 104, 117
Sánchez Prieto Emmanuel MI, 98
Sánchez Prudencio S, 91
Sánchez Rodríguez I, 38, 138
Sánchez Rubio C, 107
Sánchez Salado L, 98
Sánchez Salgado J, 132
Sánchez Sánchez C, 21, 88, 89
Sancho Rodríguez ML, 24
Sangüesa Nebot C, 84
Sanjurjo I, 63
Santamaría Serra AB, 98
Santos Tapia M, 116
Sanz González P, 98
Sastre Domínguez MA, 75, 131 , 133
Saura García L, 110
Segarra Cantón Ó, 20, 40, 142
Serrano Ardila O, 134
Serrano Gonzalo I, 76
Silva Caparrós N, 32, 50, 58, 62, 73
Solanas Lázaro L, 69, 100
Solar Boga A, 17
Soria López M, 38, 54, 138
Sosa Hernández S, 114, 115
Sturm E, 149
Suárez Camacho R, 43, 46, 120
Suárez González M, 16, 17
Susanna Calero M, 34

T

Tabares González A, 16, 17, 78, 80
Termes Escala M, 101

Thompson RJ, 150, 152
Toca MC, 98
Tolín Hernani MM, 21, 88, 89, 92
Tomàs Heras A, 9
Toran Pascual J, 118
Torcuato Rubio E, 49, 60, 78, 87, 108 , 115
Torrado Chouciño AM, 116
Torre Herrería G, 101, 109, 141
Torres Peral R, 54, 55, 56, 81
Trabada Echarri M, 21, 92
Tregnaghi KT, 15
Trillo Belizón C, 75, 87, 114, 132
Tutau Gómez C, 78, 82

V

Valero Arredondo I, 49, 87
Valero Pérez G, 146
Valle Mateo C, 53
Valverde Fernández J, 62
Vázquez Frias R, 98
Vázquez Gomis R, 145
Vázquez Morales A, 155
Vecino López R, 30, 56, 81
Vega-Arango Vega A, 155
Velasco Guijarro O, 98

Velasco Molina V, 67
Velasco Rodríguez-Belvis M, 83
Verkade H, 151
Viaño Nogueira P, 61
Vicente Santamaría S, 16, 17, 78, 80, 129, 130
Vidal Esteban A, 96
Vijayaraghavan V, 68
Vila Miravet V, 28, 109, 141
Vilanova Gante L, 116
Villalobos N, 98
Villegas Otalora J, 134
Viñas Torné C, 16, 156
Violadé Guerrero FM, 73
Virgala M, 96
Viver Gómez SM, 98
Vizcaíno Pérez R, 90

W

Williams G, 68
Woods Kreisler N, 16, 17, 45

Z

Zapata Martínez I, 57



SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
GASTROENTEROLOGÍA,
HEPATOLOGÍA Y
NUTRICIÓN
PEDIÁTRICA