O2/d1-018 *Hipotálamo-Hipófisis*

ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE EL VALOR DE LA COPEPTINA POSQUIRÚRGICA COMO MARCADOR PRECOZ DE DIABETES INSÍPIDA CENTRAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERVENIDOS CON TUMORES HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIOS

Agustí Barjau, Carmen; Casano Sancho, Paula; López González, Aitor; Culebras Palao, Diego; Díaz Silva, Marta; Valls Lafon, Anna.

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, España.

Introducción

La diabetes insípida central (DIC) puede ocurrir entre 16-24% de casos tras la cirugía en la región hipotálamo-hipofisaria (H-H). Su diagnóstico resulta especialmente complejo, dada la frecuencia de la poliuria inducida tras la administración de fluidoterapia durante la cirugía. La copeptina se ha postulado como un posible biomarcador útil para el diagnóstico del síndrome poliuria–polidipsia dada su mayor estabilidad sobre la determinación de ADH y resultados en tiempo real. Este nuevo biomarcador se ha validado inicialmente en población adulta, sin embargo, la evidencia disponible en población pediátrica es muy limitada.

Objetivo

El objetivo del estudio fue evaluar la utilidad de la copeptina como marcador precoz de DIC tras la cirugía H-H en pacientes pediátricos.

Métodos

Estudio prospectivo, descriptivo y unicéntrico que incluyó pacientes menores de 18 años sometidos a cirugía H-H entre enero de 2024 y enero de 2026, y un grupo control de pacientes sometidos a otras cirugías del sistema nervioso central (SNC). Se determinaron los niveles plasmáticos de copeptina (inmunoquimioluminiscencia, Kriptor BRAHMS (Termo Scientific, CV < 5%)) tras extubación (0-2 h), 6h, 12–18 horas, y se recogieron variables clínicas (sexo, edad, tipo tumor, tipo cirugía, diuresis y medicación). El protocolo fue aprobado por el CEIm del centro. Estudio estadístico con IBM SPSS Statistics 30.0. se utiliza t-Student y U de Mann Whitney para comparación de medias/medianas entre grupos en función del test de normalidad.

Resultados

Se incluyeron un total de 23 pacientes, con una media de edad de 8,6 años (SD +/- 5.1); 7 de sexo femenino y 14 de sexo masculino.

De ellos, n=14 (60.87%) habían sido intervenidos de cirugía H-H (9 craneofaringiomas, 2 adenomas hipofisarios, 2 quistes de la bolsa de Rathke y un hamartoma hipotalámico). De éstos, 4 fueron intervenidos por cirugía endoscópica endonasal, 6 por craneotomías y 4 mediante trépanos frontales. Se incluyen como controles 9 (39.1%) pacientes con otros tipos de cirugías de SNC.

Un total de 7 pacientes con cirugía H-H presentaron criterios de diabetes insípida (6 craneofaringiomas y un quiste de bolsa Rathke); iniciándose tratamiento con desmopresina en las primeras 6-12h y siendo permanente en todos los casos. La mediana de copeptina en el postoperatorio inmediato fue de 2,05pmol/L (rango 33,10). Entre los pacientes sometidos a cirugía HH, se compararon las medias de copeptina (0 h) entre los que hicieron DIC y los que no; mostrando diferencias con tendencia a la significación estadística (1.75L ± 0.76pmol/L en DIC vs 3.60 ± 1.89pmol/L en no DIC, p=0.059).

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en la osmolaridad urinaria a las 0h (370,66 ±394,23mOsm/Kg con DIC vs 726,72 ±240,55mOsmKg sin DIC, p=0,034) y en la natremia (151,0 ±12,69 mmol/L con DIC vs 143,47 ±3,37mmol/L sin DIC, p=0,048), así como en la osmolaridad plasmática a las 6 horas (327,75 ±26,28mOsm/Kg con DIC vs 298,87 ±11,60mOsm/Kg sin DIC, p=0,022). Ni la natremia ni la osmolaridad plasmática inicial mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión

La copeptina se perfila en estos resultados preliminares como un marcador útil para el diagnóstico precoz de DIC en pacientes pediátricos tras cirugía H-H. Sin embargo, se precisará ampliar el estudio y disponer de un mayor número de pacientes para poder validar los resultados obtenido.

DOI: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2026.May.1102

O2/d2-019 *Diabetes/Páncreas endocrino*

CRIBADO DE DIABETES MELLITUS DE TIPO 1 EN FASE PRESINTOMÁTICA EN FAMILIARES DE PACIENTES DIABETES MELLITUS DE TIPO 1: EXPERIENCIA TRAS MÁS DE UN AÑO DE LA IMPLANTACIÓN DEL PROCESO EN UNA UNIDAD DE DIABETES PEDIÁTRICA

Ferrer Lozano, Marta; Vara Callau, Marta; De Arriba Muñoz, Antonio; García Castellanos, María Teresa; Martínez García, José Andrés; César Márquez, María Ángeles.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción

La presencia de ≥2 anticuerpos antipancreáticos se relaciona con el desarrollo de diabetes mellitus tipo 1

(DM1) en estadios presintomáticos (1 y2). Las guías recomiendan el cribado de DM1 mediante determinación de anticuerpos en familiares de primer grado < 45 años, ya que presentan un riesgo hasta 15 veces mayor de desarrollar la enfermedad que la población general. La detección temprana de la enfermedad tiene múltiples beneficios: prevenir el riesgo de cetoacidosis, disminuir el número de hospitalizaciones, permitir una transición más suave al tratamiento con insulina y posibilitar el acceso a tratamientos o ensayos clínicos con terapias modificadoras del curso de la enfermedad.

Objetivos
Evaluar la prevalencia de autoinmunidad en familiares de pacientes con DM1. Realizar un despistaje de los estadios 2 y 3 en aquellos familiares con al menos un anticuerpo positivo.

Material y métodos
Estudio observacional retrospectivo unicéntrico en familiares (hijos y hermanos) de pacientes con DM1 controlados en Endocrinología pediátrica de un Hospital terciario. Se realizó extracción de analítica sanguínea con determinación de autoanticuerpos pancreáticos (IAA, GADA, IA2A, ZnT8A) entre septiembre de 2024 y enero de 2026, previo consentimiento informado.

A los pacientes pertenecientes al preestadio 1 (un anticuerpo positivo), se solicita estudio genético (HLA clase II) y se monitoriza la cifra de HbA1c y glucemia. En el caso de los pacientes con ≥2 anticuerpos positivos se realiza además sobrecarga oral de glucosa, clasificándolos en estadio 1 en caso de normoglucemia, estadio 2 en el de disglucemia y estadio 3 en caso de presentar clínica cardinal.

Resultados
Hasta el momento se ha cribado al 98% de los hermanos de pacientes controlados en Endocrinología Pediátrica, 7 familiares (1.7%) han rechazado el estudio.

De la muestra conformada por 402 individuos (36% hermanos, 64% hijos), 52% son hombres, con una edad media de 8.5 años (1-22 años) 27 familiares (6,7%) dieron positivo para al menos uno de los anticuerpos analizados, siendo el 66% hermanos del probando. 9 pacientes fueron positivos para al menos dos anticuerpos (2.2%), con una edad media 11.8 años. 18 familiares (4.4% del total) pertenecen al preestadio 1 (1 anticuerpo positivo), 5 familiares (1,2%) al estadio 1 (múltiples anticuerpos positivos con normoglucemia), 3 pacientes (0,7%) al estadio 2 (múltiples anticuerpos positivos con disglucemia) y un paciente (0,2%) al estadio 3 (debut clínico). El anti-GAD fue el anticuerpo más prevalente de los familiares con autoinmunidad positiva (35%), seguido de ZnT8A (31%),, IA2A (29%) e IAA (5%). Un caso que había dado resultado negativo en el cribado debutó a los 9 meses en estadio 3 sin CAD. Ningún paciente en estadio 1 ha evolucionado a estadio 2 durante el seguimiento. Los 3 pacientes en estadio 2 han sido tratados con Teplizumab, sin que ninguno de ellos haya evolucionado a estadio 3 en la actualidad.

Conclusiones
El programa de cribado en familiares de primer grado de pacientes con DM1, que ha tenido una amplia aceptación, ha detectado que el 2,2% de los sujetos cribados presentan la enfermedad en estadio presintomático, un hallazgo consistente con lo reportado en la literatura. Estos resultados respaldan la implementación de estrategias de cribado que, además de identificar estadios precoces, faciliten intervenciones tempranas para modificar la progresión de la enfermedad. Es necesario ampliar la cobertura del programa a otras personas de riesgo y a población general para detectar el mayor número posible de casos.

O2/d2-020 *Diabetes/Páncreas endocrino*
PROGRAMA ESTRUCTURADO DE CRIBADO DE FASES PRECOCES DE DIABETES DE TIPO 1 EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO MEDIANTE METODOLOGÍA LEAN EN UN HOSPITAL TERCIARIO
Itza, Nerea; Camacho, María; Ibarra, Silvia; González Perez De Villar, Noemí; Carcavilla, Atilano; González Casado, Isabel.

Hospital La Paz, Madrid, España.

Introducción
La diabetes mellitus tipo 1 (DT1) es una enfermedad autoinmune con una fase presintomática, caracterizada por la presencia de autoanticuerpos antipancreáticos y alteraciones glucémicas progresivas. El cribado en familiares de primer grado permite identificar individuos en riesgo o en estadios tempranos de la enfermedad, reduciendo la incidencia de cetoacidosis diabética en el debut y facilitando un seguimiento estrecho o intervenciones precoces. La implementación de programas estructurados de cribado, apoyados en metodologías de mejora de procesos como Lean, puede optimizar la identificación y el manejo de estos pacientes en la práctica clínica.

Objetivos
Describir los resultados clínicos, inmunológicos y metabólicos de un programa estructurado de cribado de DT1 en familiares de primer grado en edad pediátrica, así como la clasificación de los pacientes según los estadios presintomáticos de la enfermedad.

Material y métodos
Estudio descriptivo observacional realizado en un hospital terciario, en el marco de un programa estructurado de cribado de DT1 basado en metodología Lean. Entre julio de 2025 y el 25 de enero de 2026 se cribaron 148 niños con antecedente familiar de primer grado de DT1. El cribado incluyó la determinación de autoanticuerpos antipancreáticos (anti-IA2, anti-Insulina, anti-GAD y anti-ZnT8). En los casos con cribado inmunológico positivo (al menos un autoanticuerpo), se recogieron variables demográficas, antecedentes familiares y personales de enfermedad autoinmune, glucemia basal, HbA1c y, cuando estuvo indicada, sobrecarga oral de glucosa (SOG). La clasificación por estadios se realizó según el número de autoanticuerpos positivos y la presencia de alteraciones glucémicas. Las variables cuantitativas se expresan como mediana y rango intercuartílico (RIQ).

Resultados
De los 148 niños cribados, 17 presentaron al menos un autoanticuerpo positivo, lo que supone una tasa de positividad del 11,4%. El 52,9% eran varones y el 47,1% mujeres, con una mediana de edad de 12 años (RIQ 6,5–13,5). Todos presentaban antecedente familiar de primer grado de DT1, siendo el familiar afecto un hermano en el 41,2%, la madre en el 17,6% y el padre en el 41,2%. Dos pacientes (13,3%) presentaban enfermedad celíaca asociada.

En el cribado inmunológico, 15 pacientes (88,2%) presentaron un anticuerpo positivo, 1 paciente (5,9%) dos autoanticuerpos y 1 paciente (5,9%) presentó tres autoanticuerpos positivos. El autoanticuerpo más frecuente fue el anti-GAD (58,8%), seguido del anti-ZnT8 (41,2%), anti-Insulina (17,6%) y anti-IA2 (5,9%).

Desde el punto de vista metabólico, ningún paciente presentó alteraciones de la glucemia en ayunas, con una mediana de 89 mg/dL (RIC 82–92). La HbA1c mediana fue del 5,3%. Se realizó SOG en un paciente, evidenciándose una glucemia a los 120 minutos de 145 mg/dL.

Según la clasificación por estadios, el 88,2% se clasificó como grupo de riesgo de DT1, el 5,9% como DT1 estadio 1 y el 5,9% como DM1 estadio 2.

Conclusiones
La implantación de un programa estructurado de cribado de DT1 en familiares de primer grado, permite la identificación sistemática de niños en riesgo en estadios presintomáticos de la enfermedad. La tasa de positividad observada y la detección de casos en estadios 1 y 2 refuerzan la utilidad de los programas organizados de cribado. Estas estrategias abren la puerta a intervenciones tempranas con potencial para modificar el curso natural de la enfermedad, desplazando el abordaje desde el diagnóstico clínico hacia la prevención en población pediátrica de riesgo.

O2/d2-021 *Diabetes/Páncreas endocrino*
PRIMERA EXPERIENCIA MULTICÉNTRICA EN ESPAÑA EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL CON TEPLIZUMAB EN NIÑOS CON DIABETES DE TIPO 1 EN ESTADIO 2

Ferrer Lozano, Marta[1]; Itza Martín, Nerea[2]; Roldan Martín, Belén[3]; Vara Callau, Marta[1]; Ranchal Pérez, María Pilar[4]; Peinado Garrido, Ana María[5]; García De Pablo, Inés[6]; Ontoria Betancort, Cristina[6]; González Casado, Isabel[2].

[1]Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España; [2]Hospital La Paz, Madrid, España; [3]Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España; [4]Hospital Costa del Sol, Málaga, España; [5]Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves, Granada, España; [6]Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.

Introducción
La diabetes mellitus tipo 1 (DT1) presenta una fase presintomática caracterizada por la presencia de autoanticuerpos antipancreáticos y alteraciones glucémicas subclínicas (estadio 2). La identificación de esta fase permite reducir la incidencia de cetoacidosis diabética en el debut y abre la puerta a intervenciones inmunomoduladoras destinadas a retrasar la progresión a diabetes clínica (estadio 3). Teplizumab, un anticuerpo monoclonal anti-CD3, modula la activación de los linfocitos T y ha demostrado retrasar el inicio de la DM1 clínica en pacientes con estadio 2. La experiencia en la práctica clínica real, y especialmente en población pediátrica, sigue siendo limitada.

Objetivo
Describir las características basales, tolerancia al tratamiento y la seguridad precoz de pacientes pediátricos con DT1 estadio 2 tratados con teplizumab en la práctica clínica habitual en España.

Material y métodos
Estudio observacional, descriptivo, basado en un registro multicéntrico de unidades de diabetes pediátrica en España. Se incluyeron pacientes menores de 16 años con diagnóstico de DT1 estadio 2 que recibieron tratamiento con teplizumab como parte de la práctica clínica habitual.

Las variables recogidas incluyeron datos demográficos, antecedentes familiares, forma de detección,

parámetros analíticos (HbA1c, péptido C, autoanticuerpos antipancreáticos) y parámetros derivados de la monitorización continua de glucosa (MCG): tiempo en rango estrecho 70–140 mg/dL (TITR), tiempo >140 mg/dL, glucosa media y coeficiente de variación (CV).

La seguridad se evaluó mediante el registro de acontecimientos adversos durante el periodo de infusión. El análisis estadístico es descriptivo, expresando los resultados como mediana y rango intercuartílico.

Resultados
Se incluyeron 9 pacientes pediátricos con DT1 en estadio 2 tratados con teplizumab. La edad mediana fue de 13 años (RIQ 9-15), teniendo 66.7% sexo femenino. 5 pacientes (55.5%) presentaban antecedente familiar de primer grado de DT1. El 22% de los casos (2/9) tenía otras enfermedades autoinmunes asociadas (enfermedad celiaca e hipotiroidismo autoinmune).

En cuanto a la autoinmunidad, en el 100% de los pacientes se detectó anti-GAD y anti-IA2, y antiinsulina en el 22%. La mediana de HbA1c basal fue de 5.9% (RIQ 5–6), la glucosa 92mg/dL (85-115) y el péptido C de 1.1 ng/mL (0.8–1.6).

Los parámetros basales de MCG mostraron un TITR de 85% (81–92), tiempo >140 mg/dL de 12% (7–26), glucosa media de 111mg/dL (105–126) y CV de 21% (18–24).

Todos los pacientes completaron el ciclo completo de teplizumab de 14 días. En el 55% se canalizó un acceso venoso tipo *midline.*

Los efectos adversos más frecuentes fueron: linfopenia (100%), en el 55% de los casos <500 c/uL, y máxima al quinto día de infusión en el (78%); leucopenia (66%); exantema cutáneo (55%); astenia (44%); náuseas/vómitos (44%) y elevación transitoria de transaminasas (11%). No se produjeron acontecimientos adversos graves ni interrupciones del tratamiento y todos los efectos adversos se resolvieron como máximo 7 días después de finalizar el periodo de infusión.

Conclusiones
Esta primera experiencia multicéntrica en práctica clínica real en población pediátrica en España sugiere que el uso de teplizumab en pacientes con DT1 en estadio 2 presenta un perfil de seguridad favorable. El seguimiento en curso permitirá evaluar la evolución glucémica y el impacto del tratamiento sobre la progresión a diabetes clínica, así como el valor añadido de los parámetros derivados de la MCG en la estratificación del riesgo en fases presintomáticas de la enfermedad.

O2/d2-022 *Diabetes/Páncreas endocrino*
LA MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA (MCG) COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LAS ALTERACIONES DEL METABOLISMO HIDROCARBONADO EN LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA

Yesquen Salcedo, Pamela P.[1]; Martín Frías, María[2]; Bahíllo Curieses, María Pilar[3]; Campos Martorell, Ariadna[1]; Yeste Fernández, Diego[1]; Clemente León, María[1].

[1]Hospital Universitari Vall d´Hebron, Barcelona, España; [2]Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España; [3]Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

Introducción
La DRFQ (diabetes relaciona a la Fibrosis Quística) es la comorbilidad más común en los pacientes con FQ, se asocia con un deterioro nutricional, disminución de la función pulmonar y con un aumento de la mortalidad.

Actualmente el único test validado para el diagnóstico de la DRFQ es el TTOG.

La MCG es una herramienta útil que detecta alteraciones glucémicas antes que el TTOG, sin embargo, aún no hay criterios establecidos para su uso como cribado para el diagnóstico de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado. Nuestro grupo ha trabajado en el desarrollo de estos criterios en una publicación previa.

Objetivos
Validación de criterios para la clasificación del metabolismo hidrocarbonado en pacientes con FQ mediante la MCG comparando con los resultados del TTOG.

Pacientes y métodos
Estudio multicéntrico, transversal y ambispectivo. Recopilación desde noviembre 2012 hasta noviembre 2025. Pacientes procedentes de 3 hospitales del territorio español.

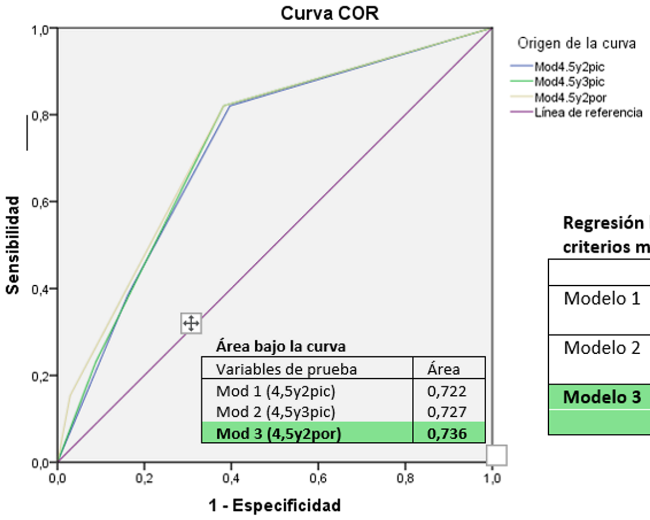
Criterios de inclusión: pacientes ≥8 años y ≤ 18 años con diagnóstico genético de FQ y estudio del metabolismo hidrocarbonado (TTOG y MCG) en un mismo tiempo (± 15 días entre las pruebas y hasta 30 días si presenta estabilidad respiratoria y del IMC). Ambas pruebas realizadas en condiciones basales, sin exacerbaciones de la enfermedad de fondo ni corticoterapia en las 4 semanas previas.

Resultados TTOG

NTG	64 (57,7%)
INDET	16 (14,4%)
ATG	28 (25.2%)
DRFQ	3 (2,7%)
Total	111 (100%)

Resultados MCG

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
NTG	48 (43,2%)	51 (45,9%)	51 (45,9%)
ATG / INDET	33 (29.7%)	41 (36,9%)	48 (43,2%)
DRFQ	30 (27%)	19 (17,1%)	8 (7,2%)
Total	111 (100%)	111 (100%)	107 (96,4%)



Regresión logística del TTOG con alternativas de criterios mediante la MCG

		P	OR
Modelo 1	ATG/INDET	0,000	3.399
	DRFQ	0,023	4.321
Modelo 2	ATG / INDET	0,000	3,983
	DRFQ	0,77	3,183
Modelo 3	**ATG / INDET**	**0,000**	**6,609**
	DRFQ	**0,018**	**7,113**

Figura 1.

Comparación de los resultados del gold estándar (TTOG) con los resultados de la MCG en las mismas categorías utilizando 3 posibles modelos.

TTOG según criterios ADA 2010 e ISPAD 2022: tolerancia normal (NTG), alterada (ATG/INDET) y diabetes (DRFQ).

MCG: iproTM2-medtronic hasta noviembre de 2021, posteriormente FreeStyle 2, durante 7-14 días.

Modelo1: ATG ≥4,5%del tiempo de monitorización >140mg/dL o una excursión glucémica >200mg/dL en 7 días y DRFQ ≥2 excursiones glucémicas >200mg/dL en días diferentes en 7 días.

Modelo2: ATG ≥4,5%del tiempo de monitorización >140mg/dL o 2 excursiones glucémicas >200 mg/dL en días diferentes en 7 días y DRFQ ≥3 excursiones glucémicas >200mg/dL en días diferentes en 7 días.

Modelo3: ATG ≥4,5%del tiempo de monitorización >140mg/dL y DRFQ ≥2% del tiempo de monitorización >200 mg/dL.

Se analizaron los datos mediante regresión logística, curva ROC y la prueba de Kruskal-Wallis para los datos no paramétricos.

Resultados

111 pacientes (52,3% mujeres, n=58). Media de edad 13,04 años (8-18,7años). Insuficiencia pancreática en el 81,1% (n=90). Mutación F508del en heterocigosis 55,9% (n=62) y 24,3% (n=27) en homocigosis.

Se compararon las medianas del %>180mg/dL medido en la MCG en las diferentes categorías del del TTOG, hallando diferencia significativa entre las medianas de cada categoría (p 0,016). NTG: mediana 0,0 (RI 1,0), INDET: mediana 2,0 (RI 3,0), ATG: mediana 2,0 (RI 2,5), DRFQ no se pudo calcular por pocos datos.

Conclusiones

- El modelo 3 propuesto para la clasificación de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en pacientes con FQ mediante la MCG es el que presenta una p significativa y una mayor sensibilidad (71,2%) y especificidad (65,5%).
- La utilización de estos criterios permitiría espaciar la frecuencia del TTOG en los pacientes con una MCG anual normal.
- El %>180 en la MCG es un parámetro que podría ser útil para la clasificación de las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.
- Pendiente aplicar estos criterios en la muestra longitudinal de este mismo estudio.

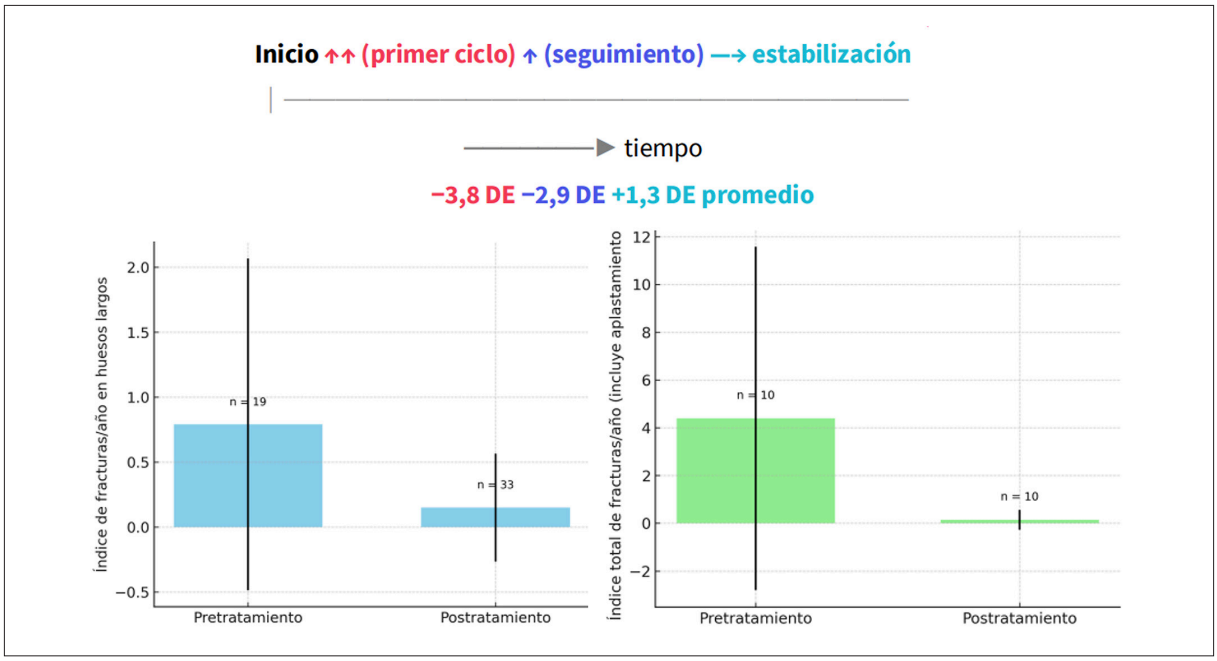


Figura 1.

DOI: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2026.May.1103

O2/d2-023 *Paratiroides-Metabolismo Óseo*

EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OSTEOPOROSIS SECUNDARIA EN UN HOSPITAL INFANTIL DE TERCER NIVEL

Morales Palacios, Ana Cecilia[1]; Barreda Bonis, Ana Coral[2]; Ferreiro-Mazón García-Plata, Paloma[2]; Labarta Aizpún, José Ignacio[3]; Salamanca Fresno, Luis[2]; González Casado, Isabel[2].

[1]CS Virgen del Cortijo, Madrid, España; [2]Hospital La Paz, Madrid, España; [3]Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción

La osteoporosis secundaria pediátrica es una causa emergente de fragilidad ósea, debido al aumento de prevalencia de niños con enfermedades crónicas, inmovilidad, malnutrición o exposición a fármacos osteotóxicos. Estas condiciones pueden interferir con la adquisición del pico de masa ósea y aumentar el riesgo de fracturas, incluso en ausencia de una densidad mineral ósea claramente disminuida. En este contexto, los bifosfonatos representan la terapia más utilizada, aunque la evidencia en poblaciones clínicas complejas sigue siendo limitada.

Objetivos

Describir las características clínicas, densitométricas y bioquímicas de una cohorte pediátrica con fragilidad ósea secundaria y evaluar la efectividad y seguridad del tratamiento con bifosfonatos intravenosos en pacientes pediátricos con osteoporosis secundaria atendidos en un hospital de alta complejidad.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo que incluyó a 34 pacientes pediátricos tratados con bisfosfonatos intravenosos (pamidronato y zoledronato) entre 2018 y 2025. Se analizaron variables demográficas, clínicas, densitométricas, bioquímicas y de seguridad. La efectividad se evaluó mediante cambios en la densidad mineral ósea (DMO), así como variaciones en el índice de fracturas/año. La seguridad se valoró a partir de efectos adversos clínicos y alteraciones bioquímicas.

Resultados

Cohorte de 34 pacientes. Sexo 58,8% varones (n=20) 41.2% mujeres (n=14). Edad de diagnóstico de osteoporosis: 9,8 ± 4,1 años. Primera fractura/aplastamiento: 8,2 ± 4,6 años. Primer ciclo de bifosfonatos: 11,1 ± 4,7 años. Factores de riesgo: movilidad reducida en el 85,3% (n = 29), malnutrición en el 67,6% (n = 23), uso crónico de glucocorticoides en el 32,4% (n = 11) y tratamiento con antiepilépticos en el 32,4% (n = 11). Se observó una mejoría densitométrica clínicamente significativa, con una ganancia media de +1,3 DE en el Z-score lumbar. El índice de fracturas/año se redujo de forma clínica y estadísticamente significativa tras el tratamiento, pasando de 0,79 a 0,15 fracturas/año para las fracturas de huesos largos (p = 0,047) y de 4,39 a 0,14 fracturas/año al considerar conjuntamente fracturas de huesos largos y aplastamientos vertebrales (p = 0,015). Desde el punto de vista clínico, el 71,4% de los pacientes refirió mejoría