

los 3 meses ($p=0,33$; $p=0,01$) y control postural a los 9 ($p=0,31$; $p=0,02$); con la longitud, en sociabilidad a los 9 meses ($p=0,27$; $p=0,04$) y lenguaje a los 12 ($p=0,24$; $p=0,05$); y con el perímetro cefálico en coordinación ($p=0,32$; $p=0,02$) y puntuación total ($p=0,36$; $p=0,01$) a los 18 meses. La edad gestacional también se correlaciona con mejor neurodesarrollo a los 3 meses en coordinación ($R = 0,49$; $p=0,01$) y puntuación total ($R = 0,42$; $p=0,02$) y a los 6 meses en coordinación ($R = 0,35$; $p=0,02$), control postural ($R = 0,41$; $p=0,01$) y puntuación total ($R=0,44$; $p=0,01$).

Conclusiones

Los niños nacidos PEG presentan un deterioro en el neurodesarrollo mantenido hasta los 24 meses. La coordinación y el lenguaje tienden a mejorar con el paso del tiempo, al contrario, el control postural. Los valores antropométricos se correlacionan con peor desarrollo cognitivo a los 18 y 24 meses. Los PEG de parto múltiple muestran un neurodesarrollo próximo a la normalidad por encima de los 12 meses.

O2/d2d3-010 Crecimiento

CRECIMIENTO A LARGO PLAZO DE PACIENTES INFECTADOS POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA)

Domínguez Riscart, J.⁽¹⁾, Ara Montojo, F.⁽²⁾, Escosa García, L.⁽³⁾, Sáinz Acosta, T.⁽³⁾, Salamanca Fresno, L.⁽¹⁾, González Casado, I.⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Servicio Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁽²⁾ Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁽³⁾ Servicio Infectología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos

Los niños infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) presentan una mayor incidencia de alteraciones en el crecimiento comparados con la población normal. Desde el inicio de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) múltiples estudios muestran mejoría en los patrones de crecimiento, aunque no llegan a alcanzar a la población general. Pocos estudios están realizados en países con recursos ya que la mayoría se han realizado en países subdesarrollados. Realizamos este estudio para caracterizar el crecimiento de estos pacientes y poder identificar posibles factores implicados en el crecimiento.

Materiales y métodos

Se recogen todos los niños infectados por VIH vía vertical, nacidos entre el año 2000 y 2017 pertenecientes a la cohorte española (CoRISpe) con seguimiento regular en los 10 años siguientes al inicio del tratamiento antirretroviral de gran actividad. Se

incluyen variables antropométricas, socioeconómicas, clínicas e inmunobiológicas durante el periodo de seguimiento.

Resultados

Incluimos un total de 124 pacientes. Todos los pacientes fueron infectados de forma vertical y todos iniciaron tratamiento antirretroviral. El 60,5% fueron mujeres y el 34% son nacidos fuera de España. El 55% de los casos fueron diagnosticados de forma precoz (en el primer mes de vida) y el 53% alcanzaron supresión viral en el primer año de vida. La mediana de recuento de células CD4: 1400 cel./mL [220 - 3600]. Solo 7 pacientes presentaron un diagnóstico tardío (recuento de CD4 menor de 200 cel./mL).

Al inicio de tratamiento los pacientes presentaron mediana de DE de peso: -1,19 [-1,7 a -0,29], DE de talla: -1,1 [-1,93 a -0,03] y DE de IMC: -0,72 [-1,31 a -0,04]. Al año del inicio de tratamiento, se observó mejoría en el peso, talla y velocidad de crecimiento con mediana de DE de peso: -0,65 [-1,13 a 0,02], DE de talla: -0,36 [-1,46 a 0,20] y DE de IMC: -0,67 [-1,07 a 0,42]. Hallándose diferencias significativas entre ambas mediciones (valor de p de 0,002; $<0,01$ y 0,031 respectivamente). En controles posteriores se mantiene estable cercana en la misma DE de peso, talla e IMC sin diferencias significativas. Al comparar subgrupos, observamos que los pacientes diagnosticados tardíamente o con peor control de la viremia presenta tendencia a peor crecimiento, pero no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones

En nuestro estudio, cohorte europea de pacientes infectados de VIH, encontramos una mejoría en patrones de crecimiento en los pacientes que han iniciado TARGA. Parece que el estado inmunológico tiene impacto sobre el crecimiento de estos pacientes en las primeras etapas de la vida. Se deberían plantear estudios más extensos para poder evaluar el papel del tratamiento, la carga viral y otros factores sobre el crecimiento a largo plazo de estos pacientes.

doi: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2019.Apr.523

O2/d2d3-011 Hipotálamo/Hipófisis

ALTERACIONES ENDOCRINOLÓGICAS Y RECOMENDACIONES DE SEGUIMIENTO EN LOS PACIENTES CON MEDULOBLASTOMA

Corredor Andrés, B.⁽¹⁾, Dos Santos, T.J.⁽¹⁾, Alonso Cadenas, J.A.⁽²⁾, Muñoz Calvo, M.T.⁽¹⁾, Argente, J.⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Endocrinología, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid. ⁽²⁾ Pediatría, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid.

Introducción

Las deficiencias hormonales son frecuentes en la morbimortalidad secundaria al tratamiento del meduloblastoma.

Objetivo

Evaluar las alteraciones endocrinológicas secundarias al tratamiento oncológico y la seguridad de la terapia con hormona de crecimiento (GH).

Metodología

Estudio observacional longitudinal, que incluye pacientes diagnosticados de meduloblastoma entre los años 2004 y 2014, revisados hasta diciembre de 2018. En cada valoración endocrinológica se recogieron datos auxológicos, estadio puberal, control analítico: IGF-1, IGFBP-3, TSH, T4 libre, LH-FSH, estrógeno, testosterona, cortisol basal, glucosa e insulina y, de forma anual, edad ósea y ecografía tiroidea. Se realizó un análisis estadístico bivariable y multivariante. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 56 pacientes (39 varones) con una mediana de edad al diagnóstico de 5,17 años (IQR 5,29). Del total, 29 pacientes presentaron la primera recaída a los 2,92 meses (IQR 9,85). La valoración por Endocrinología se realizó a 43 pacientes a los 3,35 años (IQR 6,65) del diagnóstico, y la mediana de seguimiento fue de 4,44 años (IQR 6,01). Recibieron tratamiento con cirugía, quimioterapia y radioterapia 37 pacientes, y en 11 de ellos se efectuó trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. En 6 pacientes se realizó cirugía y quimioterapia. Treinta y siete pacientes recibieron radioterapia cráneo-espinal de 31,2 Gy (IQR 12,6) y, 22 ellos, además recibieron radioterapia de refuerzo en fosa posterior (RTFP) de 54 Gy (IQR 30), con una mediana de edad 5,87 años (IQR 5). Se objetivó correlación entre RTFP y el número de déficits $r = 0,43$ ($p = 0,043$). La tasa de incidencia de tener, al menos, una deficiencia hormonal fue de 22 por 100 personas/año seguimiento. A los 6 años del inicio de la radioterapia la incidencia acumulada de déficits endocrinológicos fue del 30% y a los 14 años 67,6%. El déficit más frecuente fue el hipotiroidismo (13 primarios, 5 centrales) tras 2,96 años (IQR 3,52) del inicio de la radioterapia; le sigue en frecuencia el déficit de GH (17 pacientes) a los 3,74 años (IQR 5,23), y el hipocortisolismo (10 pacientes) a los 2,3 años (IQR 3,92). Cuatro pacientes presentaron hipogonadismo y necesitaron terapia hormonal sustitutoria. Hay una diferencia significativa entre el número de Gy de RTFP en los pacientes hipotiroideos y con déficit de GH, Mann-Whitney $p < 0,05$. De los 17 pacientes con deficiencia de GH, 11 de ellos recibieron tratamiento (7 varones) a los 3,17 años (IQR 3,02), tras la remisión completa. La mediana de inicio del tratamiento fue de 12,14 años (IQR 4,02). La velocidad de crecimiento previa al tratamiento fue de $-3,07 \pm 1,66$

SD, y en el primer año de tratamiento $0,27 \pm 2,50$ SD. Transcurridos 3,66 años de terapia (IQR 4,06), cuatro pacientes alcanzaron una talla final en -1 SD (IQR $-2,04$) de su talla diana. Durante el tratamiento no se ha observado progresión de la enfermedad o aparición de otras tumoraciones.

Conclusiones

El seguimiento y monitorización de las alteraciones endocrinológicas es imprescindible para disminuir las comorbilidades que se incrementan con el tiempo. Los pacientes que reciben radioterapia y, en particular, radioterapia de refuerzo en fosa posterior, presentan mayor riesgo de hipotiroidismo y de deficiencia de GH. El tratamiento con GH, aunque normalice el ritmo de crecimiento, no suele acompañarse de un adecuado crecimiento de recuperación para normalizar la talla adulta.

doi: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2019.Apr.524

O2/d2d3-012 Diabetes

BIOMARCADORES INMUNOLÓGICOS CANDIDATOS DE ETAPAS INICIALES DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 PEDIÁTRICA

Villalba Felipe, A.⁽¹⁾, Murillo Vallés, M.⁽²⁾, Rodríguez-Fernández, S.⁽¹⁾, Perna-Barull, D.⁽¹⁾, Bel Comos, J.⁽²⁾, Vives-Pi, M.⁽³⁾.

⁽¹⁾ Servicio de Inmunología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁽²⁾ Servicio de Pediatría. Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁽³⁾ Servicio de Inmunología. CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). ISCIII, Barcelona, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos

El déficit de biomarcadores limita la identificación de las diferentes fases de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Una etapa crucial de esta enfermedad es la remisión parcial (RP), popularmente conocida como *luna de miel*, que ocurre unos meses tras el diagnóstico y el inicio del tratamiento con insulina y se caracteriza por una disminución de los requerimientos de insulina y de los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c). La hipótesis del trabajo sería que las distintas alteraciones inmunológicas y metabólicas de esta fase se reflejarían en forma de biomarcadores que podrían ser de gran utilidad. El objetivo del estudio es identificar nuevos biomarcadores de etapas tempranas de DM1 y RP en los pacientes pediátricos con DM1 en términos de subpoblaciones linfocitarias y moléculas circulantes.

Material y métodos

Se reclutaron 52 pacientes pediátricos con DM1 (4-