



Nefropediatría, artículos originales.

Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025.



SLANH 2025

Submission Deadline

June 13, 2025

Recibido: Julio 2, 2025.

Aceptado: Julio 25, 2025.

Publicado: Agosto 2, 2025.

Editor: Dr. Franklin Mora B.

Como citar:

Nefropediatría, artículos originales. Artículos originales. Comunicaciones del XXI Congreso Latinoamericano de Nefrología e Hipertensión & VII Congreso Nacional de Nefrología e Hipertensión. Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Guayaquil, 27 al 30 de agosto de 2025. REV SEN 2025;13(S1):465-475.

DOI: <http://doi.org/10.56867/135>

Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.

ISSN-L: 2953-6448



Copyright 2025, SLANH. This article is distributed under the [Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

Resumen

La nefropediatría es una subespecialidad de la medicina pediátrica que se enfoca en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades renales y del sistema urinario en niños y adolescentes. Los nefrólogos pediátricos abordan afecciones como infecciones urinarias, cálculos renales, enfermedades renales hereditarias, insuficiencia renal, e hipertensión arterial, trabajando en colaboración con otros especialistas para brindar atención integral a los niños con problemas de salud renal.

Palabras claves:

Nefropediatría, Biopsia renal.



Caracterización clínica y epidemiológica de pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en el Hospital Roberto Gilbert desde enero 2015 - diciembre 2023

Pediatría

E-Poster

Trabajo original

Oscar Navarrete

Hospital Roberto Gilbert Elizalde, Ecuador.

oskrivan25@gmail.com

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema mundial de salud con un pronóstico desalentador en la pediatría, lo que significa un gran impacto en la edad adulta. Los datos epidemiológicos registran entre 55 y 60 diagnósticos por cada millón de habitantes menores de 18 años, con el 1% de toda la población en general con enfermedad renal terminal. Caracterizada por acumular elementos perjudiciales en el organismo e incapacidad para eliminarlas, con necesidad de tratamiento paliativos emergentes

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo y retrospectivo, realizado con datos obtenidos del sistema informático del Hospital de Especialidades del Niño, Roberto Gilbert, de la ciudad de Guayaquil.

Resultados: De los 123 pacientes con criterios de enfermedad renal crónica se obtuvo: grupo etario adolescente (48%), sexo masculino (63%), alteración estructural renal (64%), con predominancia en vejiga neurogénica (25%), estadio KDIGO III (37%), provenientes de la zona urbana del Guayas (67%), tamaño renal menor a percentil 5 (51%), con tratamiento de soporte medicamentoso (81%) y de terapia dialítica (19%)

Conclusiones: La enfermedad renal crónica se diagnostica en etapa tardía, con pacientes en estadio KDIGO III, en especial en jóvenes de sexo masculino, con una media de diagnóstico de 13 pacientes por año. Muchas de las complicaciones, se presentan a medida que avanza la enfermedad, con necesidad de tratamiento con relación a medicación y de terapia dialítica

emergente, siendo la prevención la mejor opción para evitar desarrollar esta patología.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, pediatría, incidencia, epidemiología, KDIGO, vejiga neurogénica.

Exposición perinatal a xenobióticos y volumen renal. Estudio de cohorte prospectivo

Pediatría

Concurso ORAL

Trabajo original

Jose Manuel Arreola

Instituto para la Atención Integral de Enfermedades Renales del Estado de Aguascalientes, México.

dr.jmag@gmail.com

Kathy Valeria De Santiago Rodriguez

Instituto para la atención integral de enfermedades renales del estado de Aguascalientes, México.

Andrea Lucia Garcia Diaz

Instituto para la atención integral de enfermedades renales del estado de Aguascalientes, México.

Jesus Israel Martinez Martinez

Instituto para la atención integral de enfermedades renales del estado de Aguascalientes, México.

Introducción: En Aguascalientes, México, se ha reportado una de las más altas prevalencias de ERC a nivel global. Entre los 20 y 44 años tenemos la mayor prevalencia reportada (2632 pmp). La principal causa de ERC en menores de 40 años es de etiología desconocida (>70%). El diagnóstico histológico más frecuente reportado entre los 10 y 30 años es glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GSFS), de características adaptativas. Debido a estos hallazgos, se propusieron estudios de tamizaje en adolescentes de la región. En 143 biopsias renales de adolescentes se encontró en el 90 % glomerulomegalia, fusión incompleta de procesos podocitarios sin fibrosis intersticial., con diagnóstico histológico de podocitopatía adaptativa. En estudios ultrasonográficos se evidenció un aumento del volumen renal en comparación a sus controles.

En conjunto, estos hallazgos orientan a oligonefronia de origen prenatal, con una hipertrofia renal compensadora en la adolescencia que evoluciona a podocitopatía adaptativa y GSFS en la

vida adulta. Puede explicar este fenómeno la alta prevalencia de ERC en adultos jóvenes de la región.

El presente estudio tiene como objetivo describir la asociación de la presencia de xenobióticos en la etapa perinatal y el volumen renal al nacimiento y al año de vida.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectiva de mujeres embarazadas residentes del estado de Aguascalientes. Las mujeres incluidas no presentaban comorbilidades con excepción de sobrepeso y obesidad leve. Fueron tomadas muestras de orina de mama (OM), orina del neonato (ON) y líquido amniótico (LA). Entre el cuarto y quinto día postnatal fueron tomadas muestras de sangre y ultrasonido renal. En el seguimiento, una vez cumplido un año de vida, fueron invitados para una nueva evaluación donde se realizó un ultrasonido renal. El volumen renal se ajustó a la superficie corporal y se describirán los factores asociados al percentil menor de 5. Al año de vida fue calculada la diferencia entre el VRSC final y el inicial (Delta de VRSC). Se realizó regresión lineal múltiple para evaluar los factores asociados al delta de VRSC.

Resultados: Fueron incluidas 299 mujeres, edad promedio 24.2 años (+/-5.1). El 54,2 % de neonatos del sexo masculino con peso promedio de 3,266 g (+/-399).

Los factores asociados a percentil < 5 de VRSC fueron sexo femenino, peso ganado de la madre, tasa de filtrado glomerular, methomyl en LA (RM 7.41, IC 95% 2.31 – 23.8), 2,4-Diclorofenoxiacético (2,4-D) > 10 ng/ml en LA (4.99, 1.58 – 15.7), 2,4-D en OM (6.1, 1.9 – 19.7) y 2,4-D en ON (5.1, 1.10 – 26.2), flúor en OM (5.1, 1.10 – 23.5) y flúor en LA (6.76, 1.28 – 35.7). (Tabla-1, Figura-1) En el seguimiento al cumplir un año del reclutamiento de los 299 individuos incluidos, acudieron a evaluación 93, con edad promedio de 12,8 meses y 48,3 % sexo masculino. La mediana del delta de VRSC promedio fue de +6.5 ml/m² (IIC -16.1 a +24.8). Veintiocho individuos (30 %) tuvieron contacto con al menos un xenobiótico al nacimiento, los cuales al año de vida presentaron un menor delta de VRSC (-6.6 vs +7.5, p=0.035) además de una mayor proporción de niños con VR por debajo del percentil-10 (21.4 vs 6.1 %, p=0.029). El número de pesticidas, el fluoruro y el tiempo de ablactación se asociaron significativamente al delta de VRSC. (Tabla-2, Figura2)

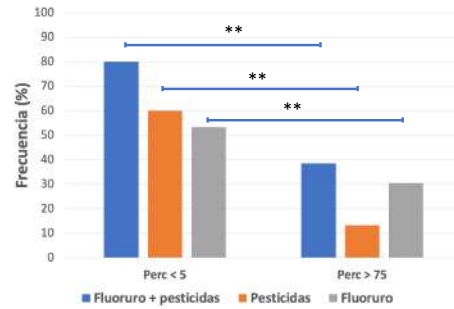


Figura 1: Proporción de presencia de pesticidas en recién nacidos en base a percentiles de volumen renal. *p<0.05 **p<0.01

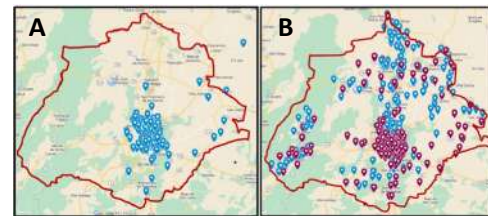


Figura 2: A Geolocalización de pacientes incluidos en el estudio. B. Localización de los pozos de agua. En rojo: Niveles de fluoruro >1.5mg/L. Azul: < 1.5 mg/L.

Variable	Todos N=299	Percentil ≤ 5 N=15	Percentil > 75 n=75	Valor-p
Mujer RN, n (%)	137 (45.8)	11 (73.3)	23 (20.6)	0.012
Edad Gestacional (m), m (S)	38.9 (1.3)	38.4 (1.1)	39.1 (1.4)	0.437
Peso (gr) RN, med (IIC)	3255 (3040-3485)	3266 (3105 – 3880)	3395 (3105-3680)	0.008
Bajo peso, n (%)	43 (14.3)	2 (13.3)	7 (9.3)	0.595
Macrosomico, n (%)	16 (5.3)	1 (6.6)	7 (9.3)	0.193
Talla (cm) RN, m (S)	51.2 (2.4)	51.8 (2.3)	51.6 (2.2)	0.386
Baja Talla, n (%)	53 (17.7)	1 (6.6)	15 (20)	0.408
Edad Madre (a), med (IIC)	23 (20 – 27)	24 (20 – 32)	24 (21 – 28)	0.662
TFG Madre (ml/min/1.73m ²), m (S)	115 (23.2)	120.5 (12.1)	115.5 (26.5)	0.293
IMC Madre (kg/m ²), m (S)	24.8 (4.7)	24.2 (3.2)	26.2 (4.8)	0.005
Bajo peso madre, n (%)	16 (5.3)	0	4 (5.3)	0.253
Sobrepeso madre, n (%)	83 (27.7)	6 (40)	28 (37.3)	0.013
Obesidad madre, n (%)	48 (16)	0	18 (24)	0.114
Peso ganado en el embarazo, m (S)	11.3 (5.7)	14.5 (6.2)	11.8 (6.3)	0.012
Creatinina RN (mg/dL), m (S)	0.56 (0.18)	0.66 (0.10)	0.55 (0.16)	0.011
TFG-Cr (ml/min/1.73m ²), m (S)	40.8 (11.9)	33.1 (5.5)	41.5 (11.5)	0.018
Cistatina RN (mg/l), m (S)	1.75 (0.47)	2.06 (0.47)	1.67 (0.46)	0.072
TFG-Cistatina (ml/min/1.73m ²), m(S)	44.6 (11.8)	37.4 (7.3)	46.6 (11.7)	0.072
Num Xenobióticos, m (S)	4.02 (3.2)	6.1 (3.4)	3.25 (2.54)	0.006
Pesticidas MU, n (%)	274 (91.6)	15 (100)	67 (89.3)	0.578
N Pesticidas, m (S)	1.55 (1.5)	2.73 (1.91)	1.22 (1.26)	0.010
Pesticidas AF, n (%)	278 (92.9)	13 (86.6)	70 (93.3)	0.833
N. pesticidas, m (S)	1.25 (1.07)	2.2 (1.56)	1.04 (0.91)	0.056
Malaton OM, n (%)	64 (21.4)	7 (46.6)	7 (9.3)	0.001
Metomyl AF, n (%)	53 (17.7)	9 (60)	9 (12)	<0.001
2,4,-D ≥ 10 ng/ml All, n (%)	84 (28.1)	10 (66.6)	11 (14.6)	<0.001
2,4,-D ≥ 10 ng/ml MU, n (%)	66 (22.1)	9 (60)	9 (12)	<0.001
2,4,-D ≥ 10 ng/ml LA, n (%)	67 (22.4)	9 (60)	9 (12)	0.001
2,4,-D ≥ 10 ng/ml NU, n (%)	52 (24.7)	5 (55.5)	7 (12.2)	0.013
Fluoruro > 1.5 mg/L MU, n (%)	81 (27)	8 (53.3)	22 (29.3)	0.169
Fluoruro > 1.5 mg/L LA, n (%)	21 (7)	3 (20)	4 (5.3)	0.010

Tabla 1. Características generales y asociación de neonatos con volumen renal ajustado a superficie corporal percentila ≤ 5 vs Percentil > 75. RN: Recien Nacido, n: numero, med: mediana, IIC: Intervalo intercuartil, S: Desviación estandar, TFG: Tasa de filtrado glomerular, Cr: Creatinina, OM: Orina de mama, LA: Líquido amniótico



Variable	β (IC 95%)	<i>p</i>	Modelo 1 β (IC 95%)	<i>p</i>
Edad en meses	-3.1 (-7.7 to 1.6)	0.198		
Sexo masculino	-2.2 (-15.8 to 11.3)	0.743		
Semanas de Gestación	1.7 (-3.1 to 6.5)	0.488		
Peso actual en Kg	-1.1 (-6.8 to 4.7)	0.718		
Percentil de peso	0.04 (-0.2 to 0.2)	0.718		
Talla actual en cm	-1.7 (-3.7 to 0.2)	0.082		
Lactancia (Si/No)	18.9 (-19.3 to 57.1)	0.328		
Lactancia en meses	1.13 (-0.3 to 2.9)	0.115		
Medicamentos, (Si/No)	11.7 (-2.1 to 25.6)	0.097		
Ablactación mes al nac	6.7 (0.6 to 12.9)	0.031	+ 6.1 (0.2 a 12)	0.043
Número de Pesticidas	-7.2 (-12.8 to -1.65)	0.012	-6.8 (-12.2 a -1.4)	0.014
Al menos un Pesticida, (Si/No)	-15.9 (-30.4 to -1.55)	0.030		
Metomil, (Si/No)	-19.8 (-36.9 to -2.7)	0.023		
2,4-D > 10 ng/ml OM, (Si/No)	-18.6 (-35.3 to -1.8)	0.030		
2,4-D OM, ng/ml	-0.87 (-1.6 to -0.07)	0.031		
2,4-D > 10 ng/ml LA, (Si/No)	-18.6 (-35.3 to -1.87)	0.030		
2,4-D LA, ng/ml	-0.41 (-0.81 to -0.01)	0.043		
Malation OM, (Si/No)	-20.1 (-36.1 to -4.1)	0.014		
Fluoruro > 1.5 g/L en LA, (Si/No)	-24.6 (-49.8 to 0.62)	0.056	-25.5 (-49.6 a -1.5)	0.037
Fluoruro > 1.5 g/L en OM, (Si/No)	- 8.1 (-23.4 to 7.3)	0.302		

Tabla 2. Análisis de asociación con el delta del volumen renal ajustado a superficie corporal [final (1 año de vida) – inicial (Recien nacido)]. Regresión lineal, análisis univariado y multivariado. 2,4-D. Ácido Diclorofenoxiacético, OM: Orina de mama, LA: Líquido amniótico

Conclusión: La exposición perinatal a pesticidas y fluoruro se asoció a un menor volumen renal al nacimiento y crecimiento renal en el primer año de vida. "

Tratamiento de albuminuria persistente en adolescentes. Estudio de cohorte prospectiva del programa de tamizaje de enfermedad renal crónica en Aguascalientes, México.

Pediatría

Trabajo original

Jose Manuel Arreola

Instituto para la Atención Integral de Enfermedades Renales del Estado de Aguascalientes, México.

dr.jmag@gmail.com

Andrea Lucia Garcia Diaz

Instituto para la atención integral de enfermedades renales del estado de Aguascalientes, México.

Jesus Israel Martinez Martinez

Instituto para la atención integral de enfermedades renales del estado de Aguascalientes, México.

Evelyn Esparza Álvarez

Instituto para la atención integral de enfermedades renales del estado de Aguascalientes, México.

Introducción: México cuenta con una de las mayores cargas de enfermedad atribuidas a enfermedad renal crónica. El Estado de Aguascalientes es una región ampliamente reconocida

a nivel nacional y mundial por la alta prevalencia de ERC de origen desconocido; con un pico de prevalencia entre los 20 y 44 años de edad. Por dicho motivo, en el año 2020 se realizó un estudio piloto en el municipio de Calvillo, en donde se encontró una prevalencia de 3,7 % de albuminuria persistente. Dicho estudio fue replicado en todo el estado, encontrando una prevalencia de 2,7 %, de forma global y con una mayor afectación en los municipios de Calvillo y Aguascalientes (capital). El protocolo realizado en dichos estudios constó de abordaje completo mediante pruebas de laboratorio, ultrasonido renal y, en caso de presentar persistencia de la albuminuria, se realizó biopsia renal.

Objetivo: describir la evolución de los adolescentes con biopsia renal, incluyendo el tratamiento, la tolerancia y evaluar su respuesta.

Metodología: Estudio de cohorte prospectiva, observacional y descriptivo de adolescentes ingresados a estudio de tamizaje renal entre los años 2020 y 2023. Una vez realizada la biopsia renal y en seguimiento en la consulta, se dio tratamiento específico en caso de presentar una patología que así lo ameritara. Además, se inició el manejo para daño inespecífico con la siguiente estrategia. Inicialmente, el tratamiento no farmacológico dirigido a orientación nutricional, programa de ejercicio y evitar otros factores de riesgo. En caso de persistir la albuminuria, se inició con dosis bajas de antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II) a dosis gradualmente instituida con base en el nivel de albuminuria y tolerancia del paciente. En los casos en que persistía la albuminuria o que no toleraran el ARA-II, iniciamos inhibidores del cotransportador sodio-glucosa 2 del túbulo proximal como dapagliflozina (iSGLT-2). Se calculó el tiempo a la remisión de la albuminuria definido como dos determinaciones por debajo de 30 mg/g y la tasa de filtrado glomerular y su diferencia (delta) en el tiempo.

Material y métodos: Se incluyeron 141 pacientes con edades de entre 12 y 17 años, con albuminuria persistente (78 mg/gr IIC 49 – 164) y TFG (105 ml/min/1.73m² IIC 95 – 118). La mediana de seguimiento fue de 21 meses (IIC 9 – 24). Los pacientes fueron tratados con losartan a dosis variables (97,8%) y dapagliflozina en 50 pacientes (35,4%).

Al final del seguimiento, el 69.7 % de los pacientes tuvieron remisión (mediana de albuminuria 16.5 IIC 7.2 – 33.3) y la TFG final fue de 96 ml/min/1.73m² (IIC 87 – 112), con una delta anualizada de +3.8 ml/min (IIC -0.8 a 8.6). La mediana de

tiempo a la remisión solo con losartan fue de 10 meses y al agregar dapagliflozina se logró la remisión a los 20 meses de seguimiento. (Figura 1) Durante el seguimiento 9 pacientes presentaron recaída de la albuminuria. (Figura 2) No se reportaron infecciones de vías urinarias y solo el 10 % de los pacientes reportó datos sugerentes de hipotensión ortostática que remitieron y no ameritaron suspender fármacos.

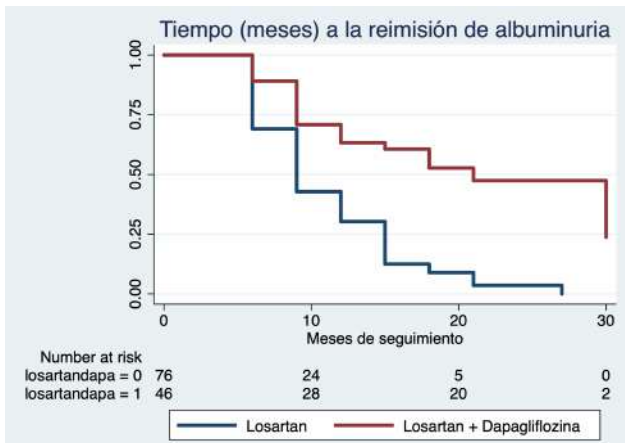


Figura 1. Tiempo a la remisión de albuminuria (>30mg/gr, en dos ocasiones) Curva de Kaplan Meier

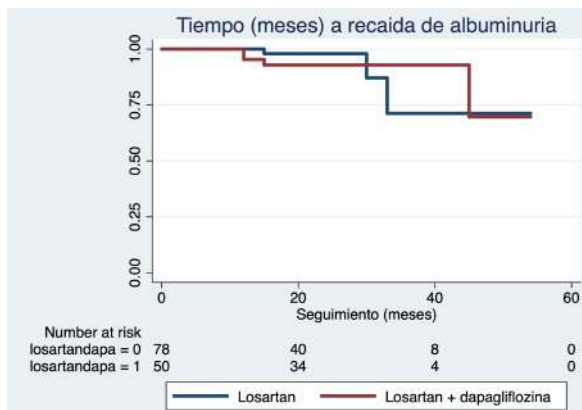


Figura 2. Tiempo a la recaída de albuminuria (ACR>30 mg/gr en dos ocasiones, posterior al tiempo a la remisión. Curvas Kaplan Meier

Conclusión: Después de 2 años de seguimiento el tratamiento con losartan y dapagliflozina en adolescentes con albuminuria persistente es seguro y mantiene la remisión de la albuminuria en casi un 70%. Es necesario continuar con el seguimiento a largo plazo para valorar de forma adecuada la implementación de este programa."

Raquitismos hipofosfatémico: el hueso, el verdadero órgano olvidado en pediatría.

Pediatría

E-Poster

Trabajo original

Franklin Loachamin Caiza

Carlos Andrade Marin IESS, Ecuador.

franklinloachamin@gmail.com

Astrid Israel Leon Monar

Carlos Andrade Marin IESS, Ecuador.

Soraida Diaz

Universidad San Francisco USFQ, Ecuador.

Anthony Nelson Rosero Portilla

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Ecuador.

Resumen: La talla corta, deformidades óseas progresivas y fracturas recurrentes son una forma de presentación frecuente de osteopatías clínicas que implican alteración renal. La reabsorción tubular de fosfato (RTP) ajustada a tasa de filtrado glomerular (TFG) es una herramienta útil frente a esta sospecha. Relatamos tres casos con esta clínica que, llevados de la teoría a la práctica, revelaron diagnósticos severos e inesperados.

Introducción: Crecimiento y desarrollo son fenómenos continuos que inician en la concepción y culminan al final de la adolescencia. Los trastornos del crecimiento son pan de cada día en la consulta pediátrica, no siempre se evalúan ni diagnostican adecuadamente, ya que con frecuencia se los atribuye a déficits nutricionales o alteraciones endocrinas. Las osteopatías existen en pediatría, y la falta de su diagnóstico revela que el hueso es el verdadero órgano olvidado en pediatría.

Objetivos: Dar a conocer los raquitismos hipofosfatémicos como causa de talla corta y deformidad ósea en pediatría.

Establecer la utilidad del cálculo de la RTP ajustada al filtrado glomerular.

Métodos: Reportamos tres casos clínicos que mostraron deformidad ósea, talla corta y fracturas recurrentes/patológicas. Con la fuerte presunción diagnóstica de un trastorno del metabolismo fosfocálcico y el cálculo de la RTP ajustada a TFG, que tiene sensibilidad y especificidad altas, se determinó que se trataba de tubulopatías fosfaturicas: Raquitismos hipofosfatémicos. El diagnóstico confirmatorio de certeza fue dado por estudio genético molecular en dos de ellos.



Caso 1: femenino 13 años. Desde los 8 años notó deformidad progresiva de extremidades inferiores, múltiples evaluaciones, diversos tratamientos sin mejoría, a los 11 años presentó fractura diafisaria de fémur izquierdo, recibió tratamiento traumatólogo y fue derivada para evaluación de posible osteopatía. En extremidades superiores: ensanchamiento de muñecas bilaterales, genu valgum bilateral. Se trata de raquitismo hipofosfatémico ligado a X (RHLX).

Caso 2: femenino 11 años. Falla de medro, deformidad de extremidades en varo desde los 7 años, fractura diafisaria de fémur derecho. a los 11 años, se determinó hipofosfatemia y pérdida de fósforo urinario, se realizó test genético que mostró mutación del gen: SLC34A3: raquitismo hipofosfatémico con hipercalciuria, variante muy poco frecuente

Caso 3: masculino, 14 Años. Deformidad ósea desde los 6 años en seguimiento por pediatría y traumatología, no fracturas. Dos determinaciones previas con hipofosfatemia sérica que no se les da valor clínico, se solicita cálculo de RTP: 89.86 %, y la RTP ajustada a tasa de filtrado glomerular fue baja, se trata de raquitismo con hiperfosfatemia a determinar su variante genética.

TÍTULO:

El hueso, el verdadero órgano olvidado en Pediatría

Figura 1.

FÓRMULAS	INTERPRETACIÓN
Reabsorción tubular de fósforo (RTP): $\left(1 - \left(\frac{PU \left[\frac{mg}{dl}\right] \times CrS \left[\frac{mg}{dl}\right]}{CrU \left[\frac{mg}{dl}\right] \times PS \left[\frac{mg}{dl}\right]}\right)\right) \times 100$	<input type="checkbox"/> Normal: >80%
Reabsorción tubular máxima de Fósforo corregida por TFG: (T _{mp} /FG) $PS \left[\frac{mg}{dl}\right] - \left(PU \left[\frac{mg}{dl}\right] \times \frac{CrS \left[\frac{mg}{dl}\right]}{CrU \left[\frac{mg}{dl}\right]}\right)$	<input type="checkbox"/> Normal: 2.8 -4.4 mg/dl <input type="checkbox"/> Si < 2.8 pérdida anormal por orina <input type="checkbox"/> En orina de 24 horas: 8-17 mg/kg/día

Tabla 1.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad de inicio síntomas	8 años	7 años	6 años
Edad al diagnóstico	13 años	11 años	14 años
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino
Fósforo sérico mg/dl (4-6.5)	2.31	2.7	2.78
RTP > 80%	88.5%	87%	89%
RTP x Efg (2.8-4.4)	2.47	2.36	2.6
Efg ml min x 1,73 m2	102	116	96
Pth pg/ml	67.8	24.6	45
Test genético	PHEX	SLC34A3	Pendiente

Conclusiones: La RTP ayuda a determinar la pérdida urinaria de fosfato, sin embargo, en muchos casos puede ser normal, para eso se ha desarrollado la fórmula ajustada al filtrado glomerular, que revela la pérdida renal real y logra captar más casos que de otra forma pasarían como normales. Existen varios tipos de raquitismos hipofosfatémicos por pérdidas urinarias anormales de fósforo, de etiología genética y cuyas manifestaciones clínicas son similares. RHLX es una entidad rara caracterizada por afectación multisistémica, hiperfosfatemia e hipofosfatemia, por mutación del gen PHEX. Las deformidades óseas son incapacitantes y los tratamientos erróneos condicionan morbimortalidad.



Impacto de burosumab en la calidad de vida de pacientes con raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X (XLH) de 0-18 años de edad en Hospital Infantil de México Federico Gómez (HIMFG).

Pediatría

E-POSTER

Trabajo original

Edith Belen Jasso Acuña

Hospital Infantil de México

edith13jas@gmail.com

Isidro Franco

Hospital Infantil de México Federico Gómez, Mexico.

Jose Carlos Romo Vazquez

Hospital Infantil de México

Objetivo: El XLH es una enfermedad genética, rara, crónica, debilitante, caracterizada por pérdida renal de fosfato y mineralización anormal de huesos y dientes. Esta afección representa un desafío al causar limitaciones importantes en la vida de los pacientes. Entre las opciones de tratamiento actuales se encuentra un anticuerpo monoclonal recombinante humano, Burosumab, que ha mostrado resultados favorables con efectos a largo plazo en la calidad de vida de los pacientes. En este contexto nos planteamos evaluar el impacto del Burosumab en la calidad de pacientes en edad pediátrica con XLH mediante el instrumento PedsQL4.0.

Metodología: Se realizó un estudio ambispectivo, observacional, analítico y longitudinal en pacientes con diagnóstico de HLX de 0 a 18 años en tratamiento con Burosumab del servicio de Nefrología del HIMFG. Se incluyeron 8 pacientes con sus padres a los cuales se les aplicó el cuestionario en español PedsQL4.0 al inicio y 6 meses después de la administración del medicamento.

Resultados: Se evaluaron un total de 8 pacientes. El total de los pacientes informó una mejora en el puntaje de calidad de vida hacia el sexto mes en todas las áreas examinadas mediante el instrumento PedsQL4.0 (físico, emocional, social y escolar, media) con una mediana inicial en 22.8 versus 62.0 al sexto mes ($p < 0,05$).

Conclusión: Nuestros hallazgos indican que este nuevo fármaco podría mejorar la calidad de vida de los pacientes XLH a través de la prescripción adecuada, adherencia al tratamiento y seguimiento frecuente.

Experiencia con nefropatía C1q en un período de 10 años

Pediatría

E-Poster

Trabajo original

Juan Luis Sanchez

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México.

jisc210@gmail.com

Teodoro Saúl Valverde

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México.

Irma Esther Del Moral

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México.

María Castañeda

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Isidro Franco

Hospital Infantil de México Federico Gómez, México

Introducción: La nefropatía C1q es una glomerulopatía idiopática, de presentación clásica en niños y adultos jóvenes como síndrome nefrótico dependiente o resistente a esteroides al que se debe estudiar para descartar otras alteraciones histopatológicas. Buscamos describir las características clínicas e histopatológicas de pacientes pediátricos con nefropatía C1q así como respuesta al tratamiento para ampliar la comprensión de una nefropatía de difícil diagnóstico.

Metodología: Estudio retrospectivo, analítico, observacional y transversal realizado en pacientes con nefropatía C1q entre 2014 y 2024. Se incluyeron 13 pacientes (9 hombres y 4 mujeres) con biopsia renal cuya inmunofluorescencia presentó intensidad ++ o superior para el marcador C1q, se analizaron variables demográficas, presentación clínica y respuesta a tratamiento.

Resultados: La presentación clínica más frecuente fue síndrome nefrótico en el 69%(n=9) seguida de síndrome urémico en 15%(n=2), con edad media de presentación a los 11 años, la lesión histopatológica más frecuente fue Glomerulosclerosis focal y segmentaria en 38%(n=6), el patrón de inmunofluorescencia predominante fue el patrón granular en 54%(n=7) con intensidad de C1q ++ en 62%(n=8), solo el 14%(n=2) presentó buena respuesta al tratamiento inmunosupresor.



Conclusión: Los resultados permiten exponer la epidemiología, la expresión clínica y la respuesta a tratamiento de una glomerulopatía poco común que representa un gran desafío diagnóstico. Amplían la gama de diagnósticos diferenciales del SN no respondedor a tratamiento, resaltando la importancia de una intervención multidisciplinaria temprana.

Experiencia en manejo de lesión renal aguda pediátrica con terapias lentas continuas

Pediatría

E-POSTER

Trabajo original

Mariana Kamariski

Hospital Pediátrico Dr Humberto Notti, Argentina.

mkamariski@gmail.com

Pablo Julian

Hospital Pediátrico Dr Humberto Notti, Argentina.

Iliana Principi

Hospital Pediátrico Dr Humberto Notti, Argentina.

Ivana Marinelli

Hospital Pediátrico Dr Humberto Notti, Argentina.

Rafael Avila

Hospital Pediátrico Dr Humberto Notti, Argentina.

Introducción: La lesión renal aguda (LRA) continúa siendo un problema que resulta en alta mortalidad para los niños críticamente enfermos. La sobrecarga hídrica es uno de los factores pronósticos más importantes. Si bien existe un aumento en el uso de terapias de soporte renal continuas (TSRC) en UCI pediátricos y neonatales, aún no existen directrices definitivas sobre un protocolo de tratamiento estándar, ni sobre el momento y la extensión de la terapia para la selección de pacientes.

Objetivo: Describir las características clínicas y evolución de pacientes que recibieron TSRC en el Hospital pediátrico H. Notti, Mendoza Argentina.

Materiales Y Métodos: 25 niños fueron tratados desde Enero 2020 a Diciembre 2024. Aquellos con enfermedad renal crónica, haber recibido diálisis previamente y menores de 1 mes fueron excluidos. Se utilizó equipo PRISMAFLEX (Gambro Healthcare), calentador PRISMATHERM, flujo sanguíneo QB 3-8 ml/kg/min, dosis de efluente Q_{Eff} 25-40 ml/kg/h, filtro PAES/AN69 según superficie corporal del paciente (60, 93

o 152 ml), solución dializante/reposición Ca/K 2/3.5. De ser necesario, se utilizó heparina sódica prefiltrados en bolo 10 U/Kg y/o infusión continua 5-20 U/kg/h, objetivo TTPK 1,5-2 veces el valor normal. Analizamos parámetros clínicos y epidemiológicos.

Resultados: N=25 niños, edad 74 meses (15-180), peso 27.82 kg (9.8-65), 13 sexo femenino, índice de gravedad PELOD2 7.94 ± 2.26 . Sepsis con fallo multiorgánico (14 pac, 56%) y síndrome urémico hemolítico (7 pac, 28%) fueron las principales causas de LRA. Todos recibieron ajuste de dosis de antimicrobianos acorde a TSRC. Algunas comórbidas fueron: oncológicas (3 pac, 12%), cardiopatía congénita (2 pac, 8%), COVID (3 pac, 12%), uropatía (2 pac, 8%). Todos recibieron hemodiafiltración endovenosa continua pre o post dilución, iniciando a una media de 49.2 hs de ingreso a UCI, durante 48.29 hs (10-192 hs), 76% tuvieron LRA estadio KDIGO 3. La indicación más frecuente de tratamiento extracorpóreo fue sobrecarga hídrica (media 7,8 %) en 11 niños, 44%. Otras indicaciones fueron: acidosis metabólica (2), lisis tumoral (2), rabdomiólisis (2), envenenamiento (1). Complicaciones de TSRC: trastornos electrolíticos (hipokalemia, hipofosfatemia, hipomagnesemia) en 6 pac (24%), coagulación del filtro 6 pac (24%), hipotermia 2 pac (8%). 100% requirieron ventilación mecánica con duración media de 15 días (2-38) e inotrópicos, VIS SCORE media de 100.28. La estadía en UCI fue de 15,8 días (4-43). En 18 niños (72%), 5 (20%) y 2 (8%) se utilizaron PIRRT, hemodiálisis y diálisis peritoneal, respectivamente, como modalidad de transición una vez lograda la estabilidad hemodinámica. La mortalidad global fue de 36%.

Conclusiones: Las terapias de soporte renal continuo conforman uno de los pilares de tratamiento de lesión renal aguda en pacientes pediátricos críticos, con inestabilidad hemodinámica y sobrecarga de volumen, debido a su lenta y continua capacidad de eliminación de fluidos.



Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.
