

Estos autores publicaron (Bol. S Vasco-Nav Pediatr 2016; 48: 12-16) la situación de esta cohorte bien caracterizada en relación con el peso, realización de ejercicio escolar reglado y/o acudir al comedor escolar. Se demostró que, aunque la población fuese de nivel socioeconómico medio-alto, la situación de sobrepeso era menor entre los niños con ejercicio reglado escolar, sin influencia evidente entre los expuestos o no al comedor escolar.

#### Objetivos

Revaluar la misma cohorte de niños escolarizados en situación de postpandemia, valorando si esta ha tenido afectación en la misma y si la cohorte expuesta a ejercicio reglado y al comedor escolar está en diferente situación.

#### Material y métodos

Estudio transversal comparativo de la misma cohorte en dos periodos históricos diferentes. Primer trimestre escolar del 2016 y primer trimestre escolar del 2021. Trazabilidad de casos y comparación por pares. Variables estudiadas edad, sexo, peso, talla, asistencia a comedor escolar y actividad física reglada.

#### Resultados

Nivel socio económico de la cohorte medio-alto. Número de casos estudiados 843.

573 niñas (68%). Edad de 5-15 años.

Ejercicio físico reglado 631 (75%). Comedor escolar diario 381 casos (45%). Comedor + ejercicio físico 272 casos (32% del total 71% de los del comedor). De los que hacen ejercicio físico reglado 283 se quedan el comedor (45%). No hubo diferencias significativas distribución cohorte total frente a ejercicio físico respecto a la variable comedor ( $\chi^2$ ,  $p = 0,27$ ). El 90% de la cohorte expuesta mantuvo la actividad física pre y postpandemia de forma reglada.

Tras la pandemia incremento de IMC (*Z score*) en toda la cohorte y en todos los grupos, sexos y edades, pero de forma menos significativa en los niños que hacen actividad física reglada ( $p = 0,001$ ) sin influencia del comedor ( $p = 0,45$ ).

#### Conclusiones

El confinamiento pandémico supuso un incremento del peso y del IMC en todos los grupos etarios, pero la existencia de una actividad física reglada que posteriormente han mantenido supone un factor de protección. Acudir al comedor no supone un factor de riesgo/beneficio en nuestro estudio.

DOI: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2024.Apr.908

#### O2/d2-018 ADS

### EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO NEUROCOGNITIVO EN PACIENTES CON SÍNDROME DE KLINEFELTER SEGÚN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Hernández Suyo, A.A.<sup>1</sup>; Puga González, B.<sup>2</sup>; Santos López, B.<sup>1</sup>; Salinas Uhalte, A.<sup>1</sup>; Ferrer Lozano, M.<sup>1</sup>; Labarta Aizpún, J.I.<sup>1</sup>; De Arriba Muñoz, A.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España; <sup>2</sup>Fundación Andrea Prader, Zaragoza, España.

#### Introducción

El síndrome de Klinefelter es una cromosomopatía que puede pasar desapercibida hasta la pubertad; por tanto, un diagnóstico y seguimiento precoces podría ayudar a un mejor desarrollo de estos pacientes.

#### Objetivos

Analizar la evolución neurocognitiva en pacientes con síndrome de Klinefelter. Determinar la variación en el desarrollo neurocognitivo según el momento del diagnóstico.

#### Materiales y métodos

Estudio longitudinal, retrospectivo y observacional, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de síndrome de Klinefelter controlados en la Unidad de Endocrinología Pediátrica de un hospital terciario desde el año 1980 hasta el 2022. Se recogieron datos asociados al diagnóstico (cariotipo, edad y motivo del diagnóstico) y antropométricos (peso, talla e IMC en medias y desviaciones estándar) desde el nacimiento hasta los 18 años de forma anual. Asimismo, se recogió datos de la valoración neurocognitiva desde el nacimiento hasta los 18 años, realizada por una misma psicóloga durante este período de tiempo. Se emplearon las escalas de Brunet-Lézine (3-24 meses), McCarthy para 3-6 años (MSCA) y las escalas de inteligencia de Weschler para 7-18 años (WISC-WAIS). Se realizó el análisis descriptivo y comparativo de los parámetros antropométricos y neurocognitivos durante el seguimiento, mediante el programa SPSS Statistics 22.0. El estudio cuenta con la aprobación por el Comité de Ética de la Investigación.

#### Resultados

De la muestra conformada por 85 pacientes, 72 presentaron un cariotipo 47,XXY (84,7%); el 4,7% tuvieron una forma de mosaicismo (47,XXY/46,XY) y el 4,7% polisomías (48,XXYY; 48,XXXYY; 49,XXXXYY). El 60% fue diagnóstico al nacimiento o de forma prenatal, tanto por estudio de la cromatina de Barr en mucosa bucal o estudio durante el embarazo. El 40% de diagnóstico posnatal fue por retraso psicomotor y/o del lenguaje, a una edad de  $3,28 \pm 2,28$  años. Durante los 2 primeros años de vida, el co-

Tabla 1. Evolución del desarrollo neurocognitivo en pacientes con síndrome de Klinefelter desde el nacimiento hasta los 18 años.

Edad de revisión	Cociente intelectual (CI)		
	N	Media	D.E.
1 año	7	-1,543	1,6349
2 años	24	-0,883	1,6654
3 años	31	-0,326	1,0475
4 años	35	-0,383	1,2289
5 años	36	-0,719	1,1598
6 años	37	-0,730	1,2101
7 años	43	-0,716	0,8505
8 años	46	-0,937	0,7979
9 años	42	-1,364	0,9897
10 años	47	-1,323	0,9227
11 años	43	-1,379	0,9403
12 años	48	-1,323	1,0765
13 años	45	-1,453	1,2343
14 años	45	-1,656	1,0678
15 años	41	-1,688	1,1963
16 años	37	-1,154	0,9254
17 años	29	-1,169	0,9016
18 años	24	-1,500	0,9623

ciente de desarrollo global fue similar en pacientes diagnosticados al nacer respecto a los diagnosticados posteriormente ( $p = 0,308$ ). Tampoco se encontró diferencias del cociente intelectual (CI) durante los 3-6 años entre ambos grupos, inclusive en el área del lenguaje. Sin embargo, el CI fue menor en pacientes con diagnóstico posnatal respecto a los de diagnóstico prenatal, principalmente a los 8 años ( $-1,369 \pm 0,729$  frente a  $-0,767 \pm 0,768$  DE,  $p = 0,019$ ), 10 años ( $-1,96 \pm 0,898$  frente a  $-1,05 \pm 0,803$  DE,  $p = 0,001$ ), 12 años ( $-2,01 \pm 1,146$  frente a  $-1,04 \pm 0,923$  DE,  $p = 0,004$ ), 14 años ( $-2,25 \pm 1,141$  frente a  $-1,41 \pm 0,95$  DE,  $p = 0,015$ ) y 15 años ( $-2,23 \pm 1,219$  frente a  $-1,34 \pm 1,064$ ,  $p = 0,018$ ), siendo el parámetro más afectado el relacionado con el CI verbal. Los resultados de CI total por edades pueden observarse en la tabla 1.

### Conclusiones

El CI total, sobre todo el CI verbal, de los pacientes afectados de síndrome de Klinefelter es menor que la media de la población general. Durante la primera infancia, todos los pacientes se desarrollan de forma similar, estando más afectados los de diagnóstico tardío a partir de los 8 años.

DOI: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2024.Apr.909

### O2/d2-019 Gónadas/pubertad

#### ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE DESARROLLO DEL SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO EN ADOLESCENTES CON ANTECEDENTE DE ADRENARQUIA PREMATURA IDIOPÁTICA

Mejorado-Molano, F.J.; Parra-Rodríguez, A.; Gavela-Pérez, T.; Garcés, C.; Soriano-Guillén, L.

Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

### Introducción

La adrenarquia prematura idiopática (API) constituye un motivo de consulta relativamente frecuente. Existe cierta controversia en la literatura internacional sobre el mayor riesgo de desarrollar síndrome del ovario poliquístico (SOP) en adolescentes con antecedentes de API frente a la población general.

### Objetivos

Principales:

1. Conocer la prevalencia de SOP en adolescentes con antecedente de API.

Secundarios:

- Comparar parámetros antropométricos y bioquímicos entre adolescentes con antecedente de API que desarrollan SOP frente a las que no.
- Determinar si existen factores predictores del desarrollo de SOP en el momento del diagnóstico de API.

### Materiales y métodos

*Tipo de estudio:* cohorte compuesta por niñas con API en seguimiento desde su diagnóstico hasta la edad de 18 años.

*Criterios de inclusión:* aparición de vello púbico y/o axilar <8 años, sin telarquia, tras excluir patologías causantes de hiperandrogenismo como patología tumoral (ovárica y suprarrenal) e hiperplasia suprarrenal congénita (HSC).

### Variables incluidas en el estudio:

- Al diagnóstico: antecedentes familiares de SOP/ hiperandrogenismo, edad cronológica y ósea (años), talla (SDS), IMC (SDS), andrógenos basales, lipidograma y metabolismo hidrocarbonado.
- Tras alcanzar talla adulta (TA): IMC (SDS), presencia de SOP.

*Definiciones:* a) TA: velocidad de crecimiento <0,5 cm/año; b) obesidad: IMC > 2 SDS (Tablas Hernández 1988); c) SOP: irregularidades menstruales + hiperandrogenismo bioquímico y/o clínico (hirsutismo, alopecia, acné grave) tras excluir patología tumoral e HSC.

*Análisis estadístico:* Se realizó mediante el programa SPSS 25. Se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para constatar la distribución normal de las variables a estudio. Se utilizó test *chi-cuadrado* para la comparación entre variables cualitativas. Para la comparación de dos grupos no relacionados se empleó el test t de Student si las variables seguían una distribución normal y el test U de Mann-Whitney si las variables no seguían una distribución normal.

### Resultados

De la cohorte de 80 niñas con API, desarrollaron SOP un total de 15 pacientes (18,7%).