



Reporte de Caso

Características clínicas y genéticas de un paciente con síndrome de Noonan y una mutación de novo en el gen MAP2K1: Reporte de caso

Clinical and genetic features of a Noonan syndrome with a de novo MAP2K1 mutation: A case report

DOI

<https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.153.1347>Vasti Evelyn Díaz-Quiquia^{1,2,a}, Paula Heredia^{2,3,a}, Nelson Díaz-Reyes^{2,4,b}, Christopher A. Alarcon-Ruiz^{2,5,a*}

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Noonan es un trastorno genético relacionado principalmente con la mutación del gen PTPN11.

Reporte del caso: Recién nacido varón de 34 semanas de edad gestacional con ultrasonidos obstétricos que muestran higroma quístico, hidronefrosis renal bilateral, y polihidramnios. Al nacimiento, presentó edema nuchal, puente nasal ancho, pabellón auricular de implantación baja, y criptorquidia derecha. Además, defecto del tabique auricular, ausencia de vena cava inferior, hipertensión pulmonar, conducto arterioso persistente y dificultad respiratoria. El resultado del análisis del panel de 14 genes mostró una mutación del gen MAP2K1 y una variante de significado incierto en el gen CBL, confirmando el diagnóstico del síndrome de Noonan negativo para PTPN11. Durante el seguimiento, también se le diagnosticó blefaroptosis izquierda y reflujo gastroesofágico.

Conclusión: El presente caso destaca la amplia variedad de características fenotípicas en un paciente con síndrome de Noonan, con sospecha al nacimiento y confirmado durante el seguimiento.

Palabras Clave: Síndrome de Noonan like; MAP quinasa 1; Defectos del Tabique Interatrial; Criptorquidia (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Background: Noonan syndrome is a genetic disorder mostly related to PTPN11 gene mutation. **Report Case:** Newborn male of 34 weeks of gestational age with obstetric ultrasounds showing cystic hygroma, bilateral renal hydronephrosis, and polyhydramnios. At birth, he presented nuchal edema, wide nose, low-set ears, and right cryptorchidism. Additionally, he presented atrial septum defect, absence of inferior vena cava, mild pulmonary hypertension, persistent ductus arteriosus, and respiratory distress. The result of the 14-gene panel analysis showed a MAP2K1 gene mutation and a variation of uncertain significance in the CBL gene, confirming the diagnosis of PTPN11-negative Noonan syndrome. During the follow-up, he was additionally diagnosed with blepharoptosis of left eye and gastroesophageal reflux disease. **Conclusion:** This report highlights the wide variety of phenotypical characteristics in a Noonan syndrome patient, which was suspected upon birth and developed during the follow-up.

Keywords: Noonan like syndrome; MAP Kinase 1; Heart Septal Defects, Atrial; Cryptorchidism. (Source: DeCS-BIREME).

FILIACIÓN

1. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú.
2. Departamento de Docencia e Investigación, Clínica Good Hope, Lima, Perú.
3. Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú.
4. Escuela de Medicina, Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.
5. Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.
 - a. Médico cirujano.
 - b. Médico internista.

ORCID

1. Vasti Evelyn Díaz-Quiquia / [0000-0002-8292-8034](https://orcid.org/0000-0002-8292-8034)
2. Paula Heredia / [0000-0002-4239-148X](https://orcid.org/0000-0002-4239-148X)
3. Nelson Díaz-Reyes / [0000-0002-7833-2852](https://orcid.org/0000-0002-7833-2852)
4. Christopher A. Alarcon-Ruiz / [0000-0003-3907-2784](https://orcid.org/0000-0003-3907-2784)

CORRESPONDENCIA

Christopher A. Alarcon-Ruiz
Dirección: La Fontana 550, La Molina, Lima, Perú.
Teléfono: (+51) (01) 3171000

EMAIL

christoper.alarconr20@gmail.com

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores niegan conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciamiento

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

VEDQ, PH y NDR contextualizaron la idea de investigación; VEDQ y PH recolectaron la información; VEDQ, PH y CAAR realizaron el proceso de investigación, análisis, y validación de la información; VEDQ y NDR supervisaron el proceso de investigación; VEDQ y CAAR redactaron la primera versión del manuscrito; VEDQ, PH, NDR y CAAR revisaron críticamente y aprobaron la versión final del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Dr. Jorge Alave-Rosas, infectólogo e investigador clínico, por la revisión crítica del manuscrito. También se agradece a la Dra. Alicia Díaz-Kuan y al Dr. Adolfo Morales-Acurio, por su revisión crítica en las primeras versiones del manuscrito.

REVISIÓN DE PARES

Recibido: 16/02/2022
Aceptado: 18/07/2022

COMO CITAR

Díaz-Quiquia VE, Heredia P, Díaz-Reyes N, Alarcon-Ruiz CA. Características clínicas y genéticas de un paciente con síndrome de Noonan y una mutación de novo en el gen MAP2K1: Reporte de caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 26 de octubre de 2022 [citado 22 de marzo de 2023];15(3). DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2022.153.1347](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.153.1347).



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Versión Impresa: ISSN: 2225-5109

Versión Electrónica: ISSN: 2227-4731

Cross Ref. DOI: 10.35434/rcmhnaaa

OJS: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs>

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Noonan es un trastorno genético y es uno de los síndromes no cromosómicos más frecuentes⁽¹⁾. Una variación en el gen PTPN11 en el locus 12q24 podría explicar el fenotipo en la mayoría de las personas con síndrome de Noonan⁽²⁾. Este gen participa en la vía de las proteínas quinasas activadas por mitógeno (RAS -MAPK), que está implicada en la proliferación, migración, diferenciación y oncogénesis celular⁽³⁾.

Los síndromes con una mutación somática en algún gen que participa en la vía RAS-MAPK son llamadas enfermedades neuro-facio-cardio-cutáneas o RASopatias⁽⁴⁾. Estos incluyen el síndrome de Noonan, el síndrome Noonan-like con cabello anágeno caduco, síndrome de Noonan-like con o sin leucemia mielomonocítica juvenil, síndrome de Noonan con múltiples lentigos, síndrome-cardio facio-cutáneo, entre otros⁽⁵⁾. La presentación clínica entre estas enfermedades se superpone, lo que implica un desafío diagnóstico⁽⁶⁾.

La identificación de mutaciones somáticas en los genes implicados en la vía RAS-MAPK apoya el diagnóstico de las RASopatias. Del mismo modo, un paciente con síndrome de Noonan sin mutación del gen PTPN11 es generalmente positivo a una mutación en los genes SOS1, RAF1, KRAS, NRAS, MAP2K1, BRAF, o CBL⁽⁷⁾. Sin embargo, el resto de las RASopatias están también caracterizadas por la mutación de algún gen específico mencionado anteriormente⁽⁸⁾. Esta situación representa una superposición adicional en las mutaciones genéticas, lo que dificulta aún más el diagnóstico.

Presentamos el caso de un recién nacido con sospecha clínica de síndrome de Noonan desde el embarazo. El diagnóstico se confirmó durante el seguimiento postnatal, donde cumplió con los criterios clínicos de diagnóstico. Adicionalmente, se identificó la concurrencia de una mutación somática de novo en el gen MAP2K1, una variación del gen CBL de significado incierto y la negatividad para mutaciones del gen PTPN11. Seguimos las pautas de la guía CARE para reporte de casos⁽⁸⁾.

REPORTE DE CASO

Recién nacido varón de 34 semanas de edad gestacional nacido por cesárea. Su madre es una mujer de 31 años de edad, quien presentó una infección urinaria a los cinco meses de embarazo con tratamiento antibiótico completo. Presenta hipertensión desde la adolescencia por lo que se medica con alfa-metildopa diariamente. Durante el embarazo, una ecografía gestacional a las 24 semanas mostró hidronefrosis, higroma quístico y polihidramnios de 22,9 mm³. Los resultados de la amniocentesis mostraron un cariotipo 46, XY normal. A las 32 semanas de gestación otra ecografía mostró hidronefrosis bilateral con polihidramnios persistente. A las 34 semanas de gestación, el polihidramnios empeoró a 463 mm³ (Figura 1). En este punto, la madre fue sometida a una cesárea de emergencia.

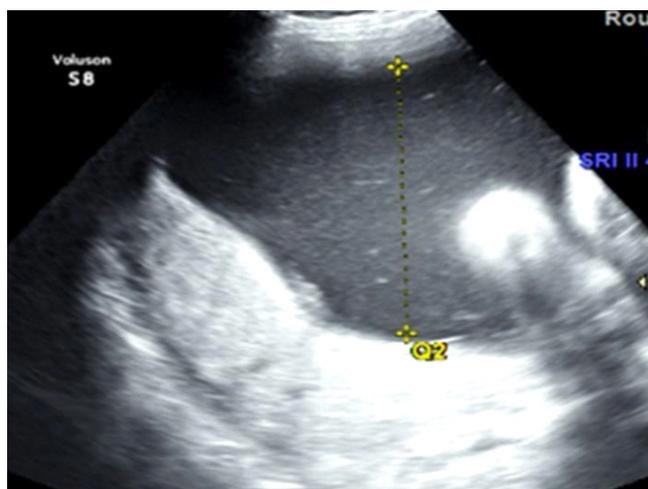


Figura 1.

Ecografía a las 34 semanas de gestación que muestra hidronefrosis bilateral, polihidramnios grave con un índice de líquido amniótico de 404 mm. El estudio Doppler no mostró alteración de las arterias uterinas ni signos de cambios hemodinámicos compensatorios fetales.

El recién nacido pesó 3030 gramos, con talla de 46 cm y circunferencia cefálica de 32 cm. (Percentiles de peso, talla y perímetro cefálico según la tabla de crecimiento de Olsen para bebés prematuros y a término para niños⁽⁹⁾: Percentil >97°, 50° y 75°, respectivamente). Presentó signos vitales, temperatura y APGAR normales. En el examen físico, se observó edema moderado a severo en la nuca y en ambos párpados, además de cejas escasas, puente nasal ancho, hendiduras palpebrales descendentes y pabellón auricular de implantación baja. El murmullo vesicular se encontró ligeramente disminuido en ambos hemitórax, se auscultó un murmullo sistólico de intensidad II/VI. Además, presentó criptorquidia derecha y tono muscular ligeramente disminuido. El resto del examen físico fue normal.

En los primeros 30 minutos de nacimiento presentó dificultad respiratoria. Luego, fue transferido a la unidad de cuidados intermedios de neonatología, con soporte de oxígeno donde recibió surfactante pulmonar. El pediatra ingresó al recién nacido a hospitalización con los siguientes diagnósticos: Recién nacido prematuro grande para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria, síndrome dismórfico, higroma cervical posterior, hidronefrosis y un posible defecto cardíaco congénito acianótico.

La radiografía de tórax al nacimiento y en la primera semana después del nacimiento mostró una acentuación de la trama bronco-vascular, con ninguna otra alteración. La ecocardiografía evidenció un defecto del tabique auricular ostium secundum de 9 mm., con una derivación de izquierda a derecha, ausencia de vena cava inferior, hipertensión pulmonar leve (35 mmHg.) y persistencia del conducto arterioso de 1,4 mm (Figura 2). La ecografía renal confirmó la hidronefrosis bilateral. El proteinograma en orina mostró 12 mg/dL de albúmina, 4 mg/dL de alfa-2-globulina, 2 mg/dL de beta-globulina y 1 mg/dL de gamma-globulina



Figura 2.

2a. Ecocardiografía a las 24 horas después del nacimiento, muestra el defecto septal auricular ostium secundum de 9 mm, con una derivación de izquierda a derecha, ausencia de vena cava inferior e hipertensión pulmonar leve. Figura 2b: Ecocardiografía 1 semana después del nacimiento muestra el defecto septal auricular extenso de 12 mm, sin cambios adicionales en comparación con el anterior, y sin hipertensión pulmonar. Figura 2c: Ecocardiografía a las 3 semanas después del nacimiento, muestra la comunicación interauricular de 10 mm, isomerismo auricular izquierdo y ausencia de hipertensión pulmonar.

La tomografía del abdomen y pelvis mostró hidronefrosis bilateral moderada con parénquima renal simétrico y preservado. El resto de los órganos abdominales y pélvicos no presentaron cambios relevantes (Figura 3). El recuento sanguíneo, los niveles séricos de proteína C reactiva, el análisis de orina completo y el cultivo de orina no mostraron alteraciones significativas. En la evaluación por oftalmología y neurología pediátrica se diagnosticó retina inmadura e hipotonía moderada, respectivamente.



Figura 3.

Tomografía espiral multicorte abdominal y de pelvis: Hidronefrosis moderada bilateral. Parénquima renal simétrico con espesor normal. Órganos abdominales retroperitoneales sin cambios relevantes.

Ante la sospecha genética de síndrome de Noonan. Se envió un panel de 14 genes asociado al síndrome de Noonan a los Laboratorios Invitae (California, Estados Unidos) para confirmar el diagnóstico. Se identificó una variante patógena en el MAP2K1 que consistía en un cambio de adenina a guanina en la posición 199 c.DNA en el gen MAP2K1. Además, identificó una variante de significancia incierta en el gen CBL que consistía en un cambio de citocina a timina en la posición 2345 c.DNA en el gen CBL. Las pruebas parentales revelaron que los padres no eran portadores de la mutación en el gen MAP2K1 ni en el gen CBL.

El paciente tuvo una evolución favorable durante la hospitalización. El paciente fue dado de alta a casa con leche materna y/o fórmula hidrolizada a demanda, tratamiento con hidroclorotiazida y espironolactona.

Posteriormente, diferentes especialidades pediátricas realizaron seguimientos. Fue adicionalmente diagnosticado con retraso psicomotor, blefaroptosis de ojo izquierdo, enfermedad de reflujo gastroesofágico, y anemia ferropénica. Además, durante el control post natal en la semana 23 de vida, se identificó el percentil de talla < 2, adicionando el criterio mayor faltante para el diagnóstico definitivo (Tabla 1). Actualmente, todos sus diagnósticos son controlados.

DISCUSIÓN

Reportamos un recién nacido con sospecha de síndrome de Noonan al nacer. Confirmamos el diagnóstico clínico durante el seguimiento postnatal identificando una mutación de novo en la línea germinal del gen MAP2K1 y una variante de significado incierto en el gen de la CBL, con gen PTPN11 normal. Destacamos la importancia de la sospecha inicial de esta enfermedad y la siguiente búsqueda con paneles genéticos asociados, que pueden preceder al cumplimiento completo de los criterios clínicos.

El síndrome de Noonan puede ocurrir hasta en uno de cada 1000 o 2500 nacimientos vivos⁽¹⁰⁾. La sucesión familiar sigue a una herencia autosómica dominante. Sin embargo, las mutaciones de novo ocurren en el 60% de los casos, como en el presente paciente⁽²⁾. No existe una predilección específica conocida por raza o sexo⁽¹¹⁾. El síndrome de Noonan se caracteriza por una gran variedad de hallazgos clínicos, lo que dificulta la identificación de individuos ligeramente afectados. Para este propósito, van der Burgt propuso criterios de diagnóstico⁽¹²⁾. El presente caso inicialmente no cumplía con los criterios completos, sólo los criterios menores: 1) dismorfología sugestiva en rostro 2) criptorquidia, y 3) otros defectos cardíacos. Es durante el periodo de seguimiento, cuando finalmente cumple con el criterio mayor de percentil de talla < 3, realizando finalmente el diagnóstico definitivo.

Anteriormente, algunos autores propusieron correlaciones genotipo-fenotipo en pacientes con síndrome de Noonan^(6,13). Las características faciales de los pacientes con síndrome de Noonan generalmente se acentúan con la edad⁽¹⁴⁾. Como se observó, durante el breve periodo de seguimiento del presente caso, sus rasgos faciales sugestivos, pero no típicos se mantuvieron similares. Nuestro paciente presenta signos faciales leves como edema nual y hendiduras palpebrales descendentes, que son característicos en pacientes de América Latina⁽¹⁵⁾, además de cejas escasas, puente nasal ancho y orejas de implantación baja, que son características en pacientes con mutación del gen MAP2K1⁽¹⁶⁾.

Además, el paciente presentaba anomalías congénitas cardíacas, urinarias, oftalmológicas, y gastrointestinales significativas. En el sistema cardiovascular, el paciente presentaba dos anomalías. La comunicación interauricular es una de las anomalías más frecuentes encontradas en pacientes con síndrome de Noonan, y el conducto arterioso persistente también es un hallazgo común en estos pacientes. Pero, no se informaron previamente en un paciente con una mutación del gen MAP2K1⁽¹⁷⁾. Además, la ausencia de vena cava inferior no se informó previamente en

Tabla 1. Seguimiento médico postnatal del paciente desde el alta médica a las 70 semanas luego del nacimiento.

Edad postnatal (semanas)	Edad corregida (semanas)	Talla (cm)	Percentil de altura *	Departamento	Diagnóstico relevante o nuevo para el seguimiento	Manejo
0	34 (edad gestacional)	46	50	Hospitalización	Síndrome de Noonan Prematuro, Hidronefrosis, Defecto del tabique auricular, Retina inmadura	Espironolactona 3 mg una vez al día Hidroclorotiazida 3 mg bid
4	38 (edad gestacional)	49	50	Pediatría	Retina inmadura	Ninguno
6,5	0.5 0.5	NA	NA	Cardiología pediátrica	Defecto del tabique auricular, Displasia broncopulmonar	Espironolactona 3 mg una vez al día Hidroclorotiazida 3 mg bid
8	2	53	50	Pediatría	Displasia broncopulmonar	Antibiótico profiláctico: Cefadroxil 1 ml cada día durante 30 días.
12	66	55	30	Pediatría	Hipotonía congénita Anemia por deficiencia de hierro	Hierro polimaltosado 50 mg/ml: 10 gotas vía oral por día durante 30 días
16,5	10,5	NA	NA	Cardiología pediátrica	Defecto del tabique auricular	Ninguno
19	13	NA	NA	Oftalmología	Blefaroptosis del ojo izquierdo	Explicar a la madre los riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico.
23	17	59	<2	Pediatría		
24	18	59	<2	Gastroenterología pediátrica	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Lanzoprazol 15 mg. ½ paquete con 15 ml. de agua, una vez al día
33	27	64	2	Pediatría	Anemia por deficiencia de hierro, enfermedad por reflujo gastroesofágico	Lanzoprazol 15 mg. ½ paquete con 15 ml. de agua, una vez al día Hierro polimaltosado 50 mg/ml: 10 gotas vía oral por día durante 30 días
40	34	64	<2	Endocrinología pediátrica	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	Ninguno
45	39	66	<2	Pediatría	Constipación, anemia ferropénica, blefaroptosis, hidronefrosis, defecto del tabique auricular, retraso psicomotor	Hierro polimaltosado 50 mg/ml: 10 gotas vía oral por día durante 30 días Lactulosa 3 ml bid por 3 días
47	41	66	<2	Gastroenterología pediátrica	Enfermedad por reflujo gastroesofágico, disfagia	Lanzoprazol 15 mg. 15 ml de agua, una vez al día
60	54			Oftalmología		Blefaroplastia del ojo izquierdo
62	56	69	<2	Gastroenterología pediátrica	Enfermedad por reflujo gastroesofágico, disfagia	Lanzoprazol 15 mg. 15 ml de agua, una vez al día
70	64	73	<2	Pediatría	Constipación Hidronefrosis, defecto del tabique auricular, retraso psicomotor	Lactulosa 4 ml bid por 3 días

* Se utilizó el cuadro de Olsen para niños menores de 36 semanas de gestación, el cuadro de Fenton para niños prematuros de entre 36 y 50 semanas de edad corregida (10 semanas después del término) y los cuadros de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud para niños normales después de cuatro meses post término. Bid: dos veces al día; NA: no medido.

un paciente con síndrome de Noonan, no obstante, el síndrome de Noonan es la segunda causa no sindrómica más común de cardiopatía congénita⁽¹⁸⁾. Esta última alteración podría ser un riesgo de trombosis venosa profunda idiopática⁽¹⁹⁾, por lo que es necesario un seguimiento estricto del paciente.

A nivel oftalmológico, el paciente desarrolló blefaroptosis en la 19 semana de vida, que luego se reparó quirúrgicamente. Esta es una de las características externas más frecuentes en

el síndrome de Noonan, por lo que se recomienda un examen oftalmológico temprano durante el diagnóstico del síndrome de Noonan⁽²⁰⁾. Similar a las características clínicas anteriores, esta característica no estaba relacionada previamente con la mutación del gen MAP2K1. En el sistema urinario, se presentó hidronefrosis prenatal, el cual está presente en aproximadamente en el 10% de los casos de síndrome de Noonan previamente reportados⁽²¹⁾. También presentó criptorquidia unilateral, presente en 70% de los casos⁽²¹⁾. Sin embargo, estas características tampoco están relacionadas

con la mutación del gen MAP2K1.

Finalmente, en el sistema gastrointestinal, se presentó constipación y reflujo gastroesofágico con disfagia, que se iniciaron en los primeros meses de vida, similar a lo informado por Shah⁽²²⁾. Esta última presentación clínica podría estar relacionada con el rápido deterioro del crecimiento y el peso, como observamos en nuestro caso, por lo que una ingesta nutricional adecuada, al igual que en cualquier otro niño, es muy recomendable⁽²³⁾.

El gen MAP2K1 (OMIM 176872) transcribe una quinasa que fosforila las proteínas quinasas reguladas por señal extracelular⁽²⁴⁾. Se ha reportado casos raros de síndrome de Noonan negativo para PTPN11 y positivo para MAP2K1, y representan menos del 1% de la población de estudio^(6,25,26). El fenotipo inicial de los pacientes con mutación MAP2K1 podría ser leve, pero durante el seguimiento presentarían más complicaciones⁽⁶⁾, tal y como sucedió en nuestro caso. El síndrome de Noonan es una condición genéticamente heterogénea, es por ello que el enfoque de diagnóstico que utiliza paneles NGS es útil, rentable y rápido⁽²⁷⁾. Esta metodología ayudó en el diagnóstico final.

El gen CBL (OMIM 613563) es una ubiquitina ligasa E3 que regula negativamente la señalización intracelular contracorriente de los receptores tirosina quinasas, pero también contribuye al tráfico de señales⁽²⁸⁾. Las mutaciones heterocigotas de la línea germinal en CBL pueden ser la base de un fenotipo con características clínicas que se ajustan o que se superponen parcialmente al síndrome de Noonan^(29,30). Si bien, las mutaciones heterocigotas de la línea germinal en CBL están relacionadas con la leucemia mielomonocítica juvenil⁽³¹⁾, que tiene una variante patógena conocida en el gen MAP2K1, la variante CBL de significancia desconocida detectada en el paciente, es probablemente un hallazgo que no afecta la salud. Sin embargo, podría existir un riesgo de leucemia en el futuro, particularmente con las mutaciones CBL. Se necesita un equipo multidisciplinario para el seguimiento del síndrome de Noonan, centrado en las posibles complicaciones conocidas, que incluye: neonatólogo, pediatras, genetistas, rehabilitadores, cardiólogos, neurólogos, gastroenterólogos y hematóncólogo.

El síndrome de Noonan es un trastorno genético común caracterizado por una gran variedad de hallazgos clínicos. El pronóstico varía dependiendo de las complicaciones que se presenten, el desarrollo de complicaciones sistémicas puede ser perjudicial si no se diagnostica a tiempo. El presente caso destaca la gran variedad de características fenotípicas que condicionaron el diagnóstico realizado al nacer. Además, algunas de las características clínicas de esta presentación moderada-severa podrían estar relacionadas con la mutación en el gen MAP2K1, que finalmente confirma el diagnóstico genético. La importancia de hacer un diagnóstico temprano radica en conocer la causa, guiar el manejo, prevenir complicaciones e informar el riesgo de recurrencia a los padres. Para hacer un diagnóstico temprano y una terapia rápida y adecuada, es fundamental que todos los pediatras conozcan esta enfermedad y su variedad clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Noonan JA. Hypertelorism with Turner phenotype. A new syndrome with associated congenital heart disease. *Am J Dis Child.* 1968;116(4):373-80. doi: 10.1001/archpedi.1968.02100020377005.
- Verdezoto G, Rugel R, Aguilar A. Reporte de caso clínico: síndrome de Noonan. *Rev Med FCM-UCSG* [Internet]. 2011 [citado 29 nov 2021]; 17(3):209-14. Disponible en: <https://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/17.3/RM.17.3.08.pdf>.
- Schubert S, Shannon K, Bollag G. Hyperactive Ras in developmental disorders and cancer. *Nat Rev Cancer.* 2007;7(4):295-308. doi: 10.1038/nrc2109.
- Tidyman WE, Rauen KA. The RASopathies: developmental syndromes of Ras/MAPK pathway dysregulation. *Curr Opin Genet Dev.* 2009;19(3):230-6. doi: 10.1016/j.gde.2009.04.001.
- Zenker M. Clinical manifestations of mutations in RAS and related intracellular signal transduction factors. *Curr Opin Pediatr.* 2011;23(4):443-51. doi: 10.1097/MOP.0b013e32834881dd.
- Nava C, Hanna N, Michot C, Pereira S, Pouvreau N, Niihori T, et al. Cardio-facio-cutaneous and Noonan syndromes due to mutations in the RAS/MAPK signalling pathway: genotype-phenotype relationships and overlap with Costello syndrome. *J Med Genet.* 2007;44(12):763-71. doi: 10.1136/jmg.2007.050450.
- Tartaglia M, Gelb BD, Zenker M. Noonan syndrome and clinically related disorders. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2011;25(1):161-79. doi: 10.1016/j.beem.2010.09.002.
- Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, et al. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Rep.* 2013;2013. doi: 10.1136/bcr-2013-201554.
- Olsen IE, Groveman SA, Lawson ML, Clark RH, Zemel BS. New intrauterine growth curves based on United States data. *Pediatrics.* 2010;125(2):e214-24. doi: 10.1542/peds.2009-0913.
- Roberts AE, Allanson JE, Tartaglia M, Gelb BD. Noonan syndrome. *Lancet.* 2013;381(9863):333-42. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61023-X.
- Bhambhani V, Muenke M. Noonan syndrome. *Am Fam Physician* [Internet]. 2014 [cited 2021 nov 29];89(1):37-43. Available from: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2014/0101/p37.html>.
- van der Burgt I, Berends E, Lommen E, van Beersum S, Hamel B, Mariman E. Clinical and molecular studies in a large Dutch family with Noonan syndrome. *Am J Med Genet.* 1994;53(2):187-91. doi: 10.1002/ajmg.1320530213.
- Ekvall S, Wilbe M, Dahlgren J, Legius E, van Haeringen A, Westphal O, et al. Mutation in NRAS in familial Noonan syndrome--case report and review of the literature. *BMC Med Genet.* 2015;16:95. doi: 10.1186/s12881-015-0239-1.
- Allanson JE, Hall JG, Hughes HE, Preus M, Witt RD. Noonan syndrome: the changing phenotype. *Am J Med Genet.* 1985;21(3):507-14. doi: 10.1002/ajmg.1320210313.
- Kruszka P, Porras AR, Addissie YA, Moresco A, Medrano S, Mok GTK, et al. Noonan syndrome in diverse populations. *Am J Med Genet A.* 2017;173(9):2323-34. doi: 10.1002/ajmg.a.38362.
- Dentici ML, Sarkozy A, Pantaleoni F, Carta C, Lepri F, Ferese R, et al. Spectrum of MEK1 and MEK2 gene mutations in cardio-facio-cutaneous syndrome and genotype-phenotype correlations. *Eur J Hum Genet.* 2009;17(6):733-40. doi: 10.1038/ejhg.2008.256.
- Pierpont ME, Digilio MC. Cardiovascular disease in Noonan syndrome. *Curr Opin Pediatr.* 2018;30(5):601-8. doi: 10.1097/MOP.0000000000000669.
- Marino B, Digilio MC, Toscano A, Giannotti A, Dallapiccola B. Congenital heart diseases in children with Noonan syndrome: An expanded cardiac spectrum with high prevalence of atrioventricular canal. *J Pediatr.* 1999;135(6):703-6. doi: 10.1016/S0022-3476(99)70088-0.
- Ho AM, Mizubuti GB, Chung AD. Congenital absence of the inferior vena cava. *Can J Anaesth.* 2019;66(4):461-2. doi: 10.1007/s12630-018-01281-9.
- van Trier DC, van der Burgt I, Draaijer RW, Cruysberg JRM, Noordam C, Draaisma JM. Ocular findings in Noonan syndrome: a retrospective cohort study of 105 patients. *Eur J Pediatr.* 2018;177(8):1293-8. doi: 10.1007/s00431-018-3183-1.
- Wang PZT, Garcia FJ, Wehbi E. Genitourinary Manifestation of Noonan

- Syndrome. En: Bhangoo A, editor. Noonan Syndrome. Characteristics and Interventions [Internet]. London: Academic Press; 2019 [cited 2021 nov 29]. p. 61-84. doi: 10.1016/B978-0-12-815348-2.00004-9.
22. Shah N, Rodriguez M, St Louis D, Lindley K, Milla PJ. Feeding difficulties and foregut dysmotility in Noonan's syndrome. *Arch Dis Child*. 1999;81:28-31. doi: 10.1136/adc.81.1.28.
 23. Croonen EA, Draaisma JMT, van der Burgt I, Roeleveld N, Noordam C. First-year growth in children with Noonan syndrome: Associated with feeding problems? *Am J Med Genet A*. 2018;176(4):951-8. doi: 10.1002/ajmg.a.38649.
 24. Zheng CF, Guan KL. Properties of MEKs, the kinases that phosphorylate and activate the extracellular signal-regulated kinases. *J Biol Chem*. 1993;268(32):23933-9. doi: 10.1016/S0021-9258(20)80474-8.
 25. Chen PC, Yin J, Yu HW, Yuan T, Fernandez M, Yung CK, et al. Next-generation sequencing identifies rare variants associated with Noonan syndrome. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2014;111(31):11473-8. doi: 10.1073/pnas.1324128111.
 26. Choi JH, Lee BH, Jung CW, Kim YM, Jin HY, Kim JM, et al. Response to Growth Hormone Therapy in Children with Noonan Syndrome: Correlation with or without PTPN11 Gene Mutation. *Horm Res Paediatr*. 2012;77:388-93. doi: 10.1159/000339677.
 27. Croonen EA, Nillesen WM, Stuurman KE, Oudesluijs G, van de Laar IM, Martens L, et al. Prenatal diagnostic testing of the Noonan syndrome genes in fetuses with abnormal ultrasound findings. *Eur J Hum Genet*. 2013;21(9):936-42. doi: 10.1038/ejhg.2012.285.
 28. Swaminathan G, Tsygankov AY. The CBL family proteins: ring leaders in regulation of cell signaling. *J Cell Physiol*. 2006;209(1):21-43. doi: 10.1002/jcp.20694.
 29. Lepri FR, Scavelli R, Digilio MC, Gnazzo M, Grotta S, Dentici ML, et al. Diagnosis of Noonan syndrome and related disorders using target next generation sequencing. *BMC Med Genet*. 2014;15:14. doi: 10.1186/1471-2350-15-14.
 30. Martinelli S, De Luca A, Stellacci E, Rossi C, Checquolo S, Lepri F, et al. Heterozygous germline mutations in the CBL tumor-suppressor gene cause a Noonan syndrome-like phenotype. *Am J Hum Genet*. 2010;87(2):250-7. doi: 10.1016/j.ajhg.2010.06.015.
 31. Niemeyer CM, Kang MW, Shin DH, Furlan I, Erlacher M, Bunin NJ, et al. Germline CBL mutations cause developmental abnormalities and predispose to juvenile myelomonocytic leukemia. *Nat Genet*. 2010;42(9):794-800. doi: 10.1038/ng.641.