

Pósters

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN EL ADULTO

M. Cantos, C. Sancho, I. Fabra, A. Vázquez, R. Fabra y J.V. Roig
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia.

Objetivo: Revisión y puesta al día de la invaginación intestinal en el adulto, su diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico postoperatorio de invaginación intestinal en nuestro hospital, entre 1992 y 2008.

Resultados: En los últimos 16 años se han intervenido 11 pacientes (8 hombres y 3 mujeres) con diagnóstico postoperatorio de invaginación intestinal, siendo la edad media de los pacientes de 50 años (21-81). La mayoría (90,9%) presentó síntomas de síndrome obstructivo mecánico, en 2 pacientes (18,1%) se acompañó de hemorragia digestiva baja y en un caso había presencia de masa abdominal. El diagnóstico preoperatorio por imagen se obtuvo en 5 casos (45%), y todos ellos a través de una TC. Las otras pruebas realizadas (radiografía simple de abdomen y ultrasonidos) no llegaron al diagnóstico. Se efectuó un tránsito intestinal en un paciente que también fue diagnóstico y, posteriormente, una TC que lo confirmó (neoplasia invaginante). Todos los pacientes fueron intervenidos de forma urgente. Las invaginaciones fueron ileoileales en el 36,4%, ileocólicas en el 27,2%, yeyunoyeyunales en el 27,2% y yeyunoileales en el 9%. Se realizó hemicolectomía derecha en 2 casos (18%), resección segmentaria en 5 (45%), polipectomía en 1 (9%) y en 3 casos (27%) se realizó reducción abierta de la invaginación. El estudio anatomopatológico evidenció como cabeza de invaginación: pólipo inflamatorio en 3 pacientes, adenocarcinoma mucinoso en 1, linfoma T en 1 y metástasis de melanoma en 1 paciente; en 2 casos no se identificó cabeza de invaginación. Se reintervino a 2 pacientes, uno por oclusión adherencial y otro por evisceración, falleciendo este último posteriormente por insuficiencia respiratoria aguda en el contexto de diseminación generalizada de melanoma, una de cuyas metástasis fue cabeza de invaginación. Además, en el postoperatorio inmediato, murieron otros 2 pacientes, uno por accidente cerebrovascular, y otro por shock séptico.

Comentarios: La invaginación intestinal es un proceso poco frecuente en el adulto (5%) y representa el 1% de las obstrucciones intestinales. La presentación clínica más frecuente es la obstrucción completa que requiere cirugía urgente, por lo que el diagnóstico preoperatorio de esta patología es infrecuente. Las pruebas con mayor sensibilidad y especificidad para su diagnóstico preoperatorio son la ecografía y la TC. La alta probabilidad de lesión orgánica de la pared intestinal hace que la técnica quirúrgica de elección, en la mayoría de los casos, sea la resección intestinal. La decisión de realizar reducción abierta o resección depende de los hallazgos intraoperatorios.

¿CUÁNDO SE DEBE REALIZAR LA COLECISTECTOMÍA EN PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA BILIAR CON COLECCIONES? RESULTADOS DE UN MANEJO CONSERVADOR

E. de Madaria, J. Martínez, G. Soler, M.D. Picó, L. Sempere y M. Pérez-Mateo

Hospital General Universitario de Alicante.

Introducción: El seguimiento clínico y por imagen permite evitar en muchos casos el tratamiento invasivo de las colecciones y pseudoquistes

secundarios a pancreatitis aguda (PA). Se ha descrito que la colecistectomía precoz en estos pacientes presenta mayor frecuencia de complicaciones. Una actitud conservadora, por otra parte, expone al paciente con PA biliar a la recidiva al demorarse la colecistectomía.

Objetivos: Establecer la seguridad del manejo conservador de la PA biliar con colecciones.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyó a todos los pacientes con PA biliar ingresados en los años 2003 y 2004 en nuestro servicio con formación de colecciones agudas, dados de alta sin colecistectomía. Solamente se trató de forma invasiva las colecciones o pseudoquistes sintomáticos o con tendencia a crecer. Se realizó colecistectomía al desaparecer las colecciones en pruebas de imagen.

Resultados: Se atendió a 162 pacientes con PA biliar. Veinticuatro pacientes (15%) cumplían los criterios de inclusión. En 1 paciente (4,2%) se realizó esfínterotomía endoscópica por coledocolitiasis. Requirieron tratamiento invasivo de pseudoquiste 3 pacientes (12,5%), todos ellos con cirugía. En 20 pacientes (83,3%) las colecciones se resolvieron espontáneamente. Globalmente, el 25% de los pacientes tuvo una complicación biliopancreática previa a colecistectomía: PA en 4 pacientes (16,6%), colecistitis aguda en 1 (4,2%) y cólico biliar en 1 (4,2%). Se realizó colecistectomía en 16 pacientes (66,6%) tras una espera media de $8 \pm 6,9$ meses.

Conclusiones: El manejo conservador de pacientes con colecciones tras PA biliar se asocia a alta resolución espontánea de las mismas y a un riesgo elevado de complicaciones biliopancreáticas por demora en la colecistectomía.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL DOPPLER CON CONTRASTE (EDC) EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD DE CROHN ESTENOSANTE (ECE)

M. Muñoz¹, X. Cortés¹, J.M. Paredes¹, T. Ripollés², M.J. Martínez², M. Barrachina¹ y E. Moreno-Osset¹

¹Servicio de Medicina Digestiva. ²Servicio de Radiología. Hospital Universitario Dr. Peset. Universitat de València.

Objetivo: Valorar la utilidad del manejo de la ECE mediante el empleo de EDC para evaluar la naturaleza inflamatoria y el tratamiento con anti-TNF en caso de detectarse estenosis inflamatoria.

Métodos: Se han revisado los datos de forma retrospectiva de 10 pacientes con ECE (cuadro oclusivo y detección de estenosis en ecografía con dilatación de asas proximales, sin signos de enfermedad fistulizante). Todos ellos han sido evaluados mediante ecografía con administración de contraste intravenoso Sonovue® y determinación del realce de la estenosis (calificado como nulo, medio o intenso). Se administró tratamiento con anti-TNF en los casos de corticoddependencia o corticorrefractariedad que presentaban en la ecografía realce medio-intenso. Se definió como buena respuesta al tratamiento aquellos pacientes que no presentaron nuevos episodios obstructivos al retirar el tratamiento con corticoides en el período de seguimiento. Se valoró la sensibilidad de la EDC para detectar estenosis inflamatoria según la naturaleza de la pieza quirúrgica en los pacientes que han precisado intervención quirúrgica o con la buena respuesta al tratamiento.

Resultados: En los 10 pacientes (5 mujeres; edad media -DE-: 41-11 años) se detectaron 10 estenosis con una longitud media (ran-

go) de 6,22 (4-11) cm, presentando realce medio-intenso en las 10 estenosis. Dos pacientes fueron tratados con corticoides con buena respuesta. De los 8 pacientes que recibieron tratamiento anti-TNF, 5 respondieron satisfactoriamente (retirada de corticoides y ausencia de episodios oclusivos) y 3 pacientes precisaron ser intervenidos quirúrgicamente en un período de seguimiento medio de 5 meses. El estudio anatomopatológico de las estenosis reveló alteraciones compatibles con inflamación en 2 de los 3 pacientes y fibrosis en 1. La sensibilidad de la EDC fue del 100%, al comparar con los datos de la evolución del paciente y la pieza quirúrgica.

Conclusión: El manejo de la ECE con EDC y anti-TNF consigue evitar la cirugía en un 50% de los pacientes de nuestra serie. La EDC presenta una excelente sensibilidad para detectar estenosis inflamatorias.

GENOTIPO VHC EMERGENTE EN LA PROVINCIA DE CASTELLÓN

J. Pitarch García¹, A. Palau Canós¹, C.J. Téllez-Castillo², M. Gil-Fortuño², F.J. Pardo Serrano² y V. Ripollés Vilar¹

¹Servicio de Digestivo. ²Laboratorio de Microbiología y Parasitología. Hospital General de Castellón.

El virus de la hepatitis C (VHC) es responsable de infecciones hepáticas agudas que evolucionan hacia la cronicidad, constituyendo una de las principales causas de cirrosis hepática y hepatocarcinoma. El consumo de alcohol, la inmunodeficiencia, la coinfección por el virus de la hepatitis B (VHB), por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el sexo masculino y edad de contagio superior a 40 años, son factores que condicionan una evolución más rápida de esta hepatitis crónica hacia la cirrosis. Para el cribado en la población general de riesgo se han utilizado habitualmente métodos serológicos (enzimoinmunoensayos), quedando las técnicas de amplificación genética para confirmar, cuantificar y tipificar el ARN viral. La detección de genotipos se ha postulado de utilidad para predecir la respuesta al tratamiento y para el conocimiento epidemiológico de la infección. En nuestro medio son más frecuentes los genotipos 1 al 4, siendo excepcionales el resto, si bien esta situación puede cambiar debido a la inmigración.

Se presenta el caso de un varón 31 años de edad, de origen asiático, sin antecedentes patológicos, no consumidor de alcohol ni drogas de abuso que, tras ser valorado en atención primaria por molestias digestivas, se observa leve aumento de transaminasas (GOT 40 UI/l), resultando positiva la serología frente a VHC. La ecografía abdominal objetiva colelitiasis. Es remitido a la consulta de digestivo para valoración, obteniéndose los siguientes resultados: confirmación de anticuerpos frente a VHC, con carga viral (CV) VHC de 13.800.000 UI/ml y genotipo 6a; serología negativa frente a VIH y VHB. Se realizó una biopsia hepática, encontrándose hepatitis activa, grado 4 de actividad inflamatoria y estadio 3 de fibrosis con índice de Knodell de 14. Ante estos hallazgos, se inició tratamiento con interferón pegilado y ribavirina a dosis de 180 pg/semana y 1.000 mg/día, respectivamente. El tratamiento se prolongó durante 24 semanas. El control de carga viral en plasma al primer y tercer mes de tratamiento mostró valores indetectables (< 10 UI/ml), alcanzando la respuesta virológica al final del tratamiento y posteriormente la RVS.

La presencia de genotipo 6 VHC está descrita en el sur de China, Hong Kong, Taiwán, Macao y sureste asiático (Singapur, Malasia, Vietnam, Tailandia). En el sur de China el genotipo 6 es el segundo más común después del 1b. En nuestro país es excepcional. En un estudio sobre prevalencia de genotipos del VHC en España desde 1996 a 2004 no se detectó ningún caso de hepatitis producida por este genotipo. Algunos estudios proponen que un tratamiento similar en duración al aplicado a los genotipos 2 y 3 (24 semanas) podría ser suficiente. Este fue el esquema terapéutico seleccionado en nuestro paciente, logrando la RVS. Debido al fenómeno migratorio en nuestro país, se requiere una vigilancia epidemiológica ante la posibilidad de nuevos genotipos emergentes y posibles mutaciones del VHC para un correcto y eficaz manejo terapéutico.

PAPEL DEL GLUCAGÓN EN LA DESIMPACTACIÓN DE LOS BOLOS ALIMENTICIOS ESOFÁGICOS

J.M. Huguet, L. Ruiz, A.B. Durá, M. Latorre y E. Medina
Servicio de Patología Digestiva. Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños o impactaciones alimentarias es la segunda causa de endoscopia de urgencia en nuestro medio. El glucagón intravenoso (iv) ha demostrado su eficacia en la relajación del esfínter esofágico inferior sin inhibir las contracciones esofágicas normales, motivo por el cual se ha utilizado por algunos autores en la desimpactación de bolos alimentarios esofágicos.

Material y métodos: Se revisan 15 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario de Valencia, desde enero de 2007 hasta el 31 de agosto de 2008, por impactación de bolos alimenticios a nivel esofágico en los que se utilizó glucagón previo a la desimpactación endoscópica. La dosis de glucagón utilizada fue de 1 mg iv. A todos los pacientes, tras una anamnesis y exploración adecuadas y ante la sospecha de impactación esofágica, se les realizaba una radiografía de tórax. Posteriormente se administraba el glucagón y tras un tiempo de espera se realizaba la endoscopia digestiva alta.

Resultados: En el 60% de los pacientes (9/15) desapareció clínicamente la sensación de impactación, lo cual se corroboró en todos al realizar la endoscopia. De éstos, el 22% (2/9) tenía lesiones esofágicas (esofagitis péptica) que pudieron favorecer la impactación. En el 40% (6/15) no se produjo la desimpactación tras el glucagón, consiguiéndose esta al realizar la endoscopia. En el 83% de los casos que no respondieron al glucagón existía una lesión esofágica que favorecía la impactación del bolo (esofagitis, anillo preherniario, tumores). Sólo se observaron 2 casos de sensación nauseosa, sin otras complicaciones.

Conclusiones: El glucagón iv previo a la endoscopia digestiva alta en la impactación de bolo alimentario esofágico es seguro y eficaz en los casos en los que no existen lesiones esofágicas subyacentes, por lo que debería tenerse en cuenta en aquellos servicios de urgencias en los que no se dispone de endoscopia de urgencia.

HEPATOMEGALIA, ARTRALGIAS Y EDEMAS

J. Calvo Catalá, C. Campos Fernández, A. Baixauli Rubio, M. I. González-Cruz, A. Rueda Cid, D. Pastor Cubillo y J. Pérez Silvestre

Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia.

Caso clínico: Mujer de 51 años de edad en estudio por su médico de cabecera por hepatomegalia y que se remite a nuestra policlínica por dolor e inflamación bilateral y simétrica en articulaciones grandes: rodillas, tobillos, codos y hombros. Refiere edemas bilaterales y disnea progresiva. Antecedente de túnel carpiano constatado con EMG. La paciente presenta afectación de su estado general con palidez cutáneomucosa, macroglosia evidente y edemas importantes maleolotibiales. Auscultación: tonos rítmicos a 104 ppm, sin soplos. Disminución de murmullo vesicular en 1/3 inferior de ambos hemitórax. Abdomen blando y depresible con hepatomegalia blanda y dolorosa de 3 cm. Signo hepatoyugular negativo. **Analítica:** leucocitos: 5.300 con fórmula normal. Hb 10,1. Hcto 34. Plaquetas 300.000. VS 80. Creatinina 1,9. Urea 75. Proteínas totales 5,7 gr/l; albúmina 2,9 gr/l; gammaglobulina 0,6 gr/l; IEF: IgA 130, IgM 20. Beta dos microglobulina 3,122. Fe, IST y ferritina, normales. Sedimento con 20HPC y 2,84 gr de proteínas en 24 horas. En orina, se detecta paraproteína de Bence Jones positiva. **Radiología:** cardiomegalia y derrame pleural bilateral. Mapa óseo normal. **Ecocardiografía:** insuficiencia tricuspídea ligera con engrosamiento de tricuspídea y mitral, ausencia de dilatación y sin detectar alteraciones en refringencia. **Eco abdominal:** hepatomegalia y aumento ecogenidad ambos riñones. ECG. Potenciales de bajo voltaje. **Biopsia grasa subcutánea abdominal:** positividad tinción rojo congo. Con el diagnóstico de *amiloidosis primaria*, se inicia tratamiento con colchicina, además de tratamiento

sintomático, si bien presenta una evolución desfavorable de su síndrome nefrótico y fallece con un cuadro de insuficiencia cardíaca. La amiloidosis se define por el depósito extracelular de un material proteico de estructura fibrilar al microscopio electrónico y con tendencia a invadir órganos y destruirlos. La infiltración amiloide afecta a piel, músculos (especialmente el miocardio), articulaciones, vainas tendinosas y nervios periféricos. Son posibles otras localizaciones viscerales: renal, hepática. Debemos considerar este cuadro en el estudio de una hepatomegalia, sobre todo ante los síntomas y signos acompañantes, como los que refería la paciente.

MALROTACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE CRISIS SUBOCLUSIVAS

B. Tormos¹, G. Martín¹, J. García del Caño² y J. Aguiló²

¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia. ²Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva.

Introducción: La malrotación intestinal es una patología infrecuente, pudiendo pasar inadvertida por la ausencia de sintomatología asociada. Suele manifestarse durante el primer año de vida, aunque en este período puede permanecer silente dando clínica ya en la edad adulta. Aquí, la sintomatología digestiva puede resultar inespecífica, aunque existen cuadros graves asociados a isquemia intestinal secundaria a la formación de un vólvulo de intestino delgado. Otro cuadro abdominal agudo a destacar en estos pacientes sería el relacionado con patología apendicular, cuya localización aberrante retrasa el diagnóstico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 25 años, sin antecedentes de interés, que acude en varias ocasiones al servicio de urgencias por epigastralgia postingesta, irradiada en cinturón a espalda, que no mejora con tratamiento conservador, asociado a náuseas y vómitos, pero sin alteraciones del hábito intestinal. A la exploración física la paciente presenta un abdomen blando y depresible, doloroso de forma difusa pero sin irritación peritoneal. Ante la normalidad de la analítica sanguínea, orina, radiografía y ecografía abdominales, la paciente es remitida al servicio de patología digestiva para completar el estudio. Se realiza una gastroscopia informada como compatible con la normalidad, un coprocultivo sin hallazgos y nueva analítica sanguínea incluyendo autoanticuerpos, también de características normales. Se decide finalmente practicar tránsito intestinal y TC abdominal, que revelan la existencia de una malrotación intestinal, presentando paquete de asas de intestino delgado alojadas en hemiabdomen derecho, hallándose el colon en posición izquierda, así como algún asa dilatada.

Diagnóstico: Malrotación intestinal con crisis subocclusivas secundarias a bridas congénitas. La paciente es remitida al servicio de cirugía general donde es intervenida de forma programada, confirmando intraoperatoriamente la malrotación y las estenosis secundarias a bridas; se practica adhesiolisis y apendicectomía reglada.

Conclusión: Pese a ser una patología poco frecuente, debe tenerse presente ante cuadros subocclusivos en pacientes sin intervenciones abdominales previas, así como también ante abdomen agudo secundario a isquemia intestinal en paciente joven sin factores de riesgo asociados.

PERFORACIÓN ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DE UNA ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

B. Tormos, C. Mulas, F. Villalba, M.J. García-Coret, R. Guijarro, J.M. Galbis, J.A. Tuset, J.M. Huguet, M. Luján, J. Sempere, E. Medina y J.V. Roig

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La perforación esofágica responde a una etiología muy variada, siendo la yatrogenia la causa más frecuente debido al auge de técnicas que requieren instrumentación a este nivel. En el caso de las endoscopias diagnósticas, cada vez resulta menos frecuente, pero en el caso de las terapéuticas, su frecuencia aumenta sobre todo si se asocian dilataciones esofágicas. En nuestro hospital existe una incidencia del 4,2% (en el caso de dilataciones neumáticas para el tratamiento de la acalasia), siendo la

mayoría microperforaciones que han podido resolverse de forma conservadora.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 60 años, diagnosticada de acalasia, sin otros antecedentes personales de interés, que es remitida a nuestro hospital para tratamiento. Se procede a dilatación neumática bajo control endoscópico, presentando la paciente dolor torácico intenso y disnea leve seguidamente a la ingestión de líquidos tras 2 h de la endoscopia. Ante la sospecha de una perforación esofágica, se realiza analítica, radiografía de tórax, tránsito esofagográfico y TC, que revelan la existencia de una perforación libre a mediastino en tercio inferior del esófago, junto a imágenes compatibles con mediastinitis. Ante la gravedad del cuadro, se decide intervenir a la paciente, realizando cierre de la perforación con colocación de drenajes torácicos e ingreso en la unidad de cuidados intensivos. A los 20 días la paciente fue trasladada a la sala, siendo dada de alta a los pocos días, estando asintomática en la actualidad, sin presentar disfagia tras un seguimiento de 6 meses.

Conclusión: La perforación esofágica es una lesión grave que requiere actuación inmediata, con diagnóstico e instauración del tratamiento de forma temprana, siendo esto determinante para el pronóstico.

TROMBOANGELITIS OBLITERANTE MESENTÉRICA COMO DESENCADENANTE DE ABDOMEN AGUDO

C. Redondo Cano, A. García Vilanova, B. Tormos Tronqual, J. Todol Faubell, C. Mulas y J.V. Roig Vila

Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La enfermedad de Buerger, o tromboangitis obliterante, es una vasculopatía inflamatoria poco frecuente; no se conoce su causa, pero se ha demostrado una alta incidencia en varones jóvenes fumadores, produciendo episodios de vasculitis con trombosis, normalmente en vasos de pequeño y mediano calibre de las extremidades. Presentamos a continuación el caso de un paciente con una rara manifestación mesentérica.

Caso clínico: Paciente masculino de 35 años de edad, con importante hábito tabáquico. Estaba siendo controlado por el servicio de cirugía vascular, debido a episodios repetitivos de isquemia en miembros inferiores; había sido diagnosticado de enfermedad de Buerger luego de haber descartado un estado de hipercoagulabilidad o enfermedad reumatólica, aconsejándole la supresión del tabaquismo. Acude por cuadro agudo de dolor abdominal de 3 días de evolución, inicio rápido en hemiabdomen inferior sin fiebre o náuseas, no refería antecedentes de dolores similares y no estaba relacionado con la ingesta; el dolor empezó de forma difusa pero posteriormente se focalizaba en fosa iliaca derecha. A la exploración física, evidenciaba un cuadro de irritación peritoneal focalizada en FID, con signo de Blumberg positivo, sugestivo de apendicitis aguda; la analítica sanguínea mostraba una leucocitosis con predominio de formas inmaduras, así como elevación de reactantes de fase aguda; una ecografía de urgencias evidenció abundante líquido libre en fosa ilíaca derecha y en hipogastrio, además de un segmento de intestino delgado patético; no se logró identificar el apéndice ileocecal. Durante este período, el paciente evoluciona desfavorablemente, el dolor se hace más difuso y aumenta de intensidad, por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. Durante la intervención objetivamos isquemia mesentérica con necrosis de 10 cm de ileon terminal y de ciego, por lo que se practicó una ileocectomía con anastomosis primaria manual; el paciente se sometió a relaparotomía a las 48 h de la intervención, comprobando la vitalidad del intestino restante. En el estudio histológico de la pieza resecada, identificamos trombos en venas y arterias mesentéricas terminales, así como una inflamación de la íntima, mientras que las otras capas de la pared vascular se encontraban intactas.

Discusión: La tromboangitis obliterante, o enfermedad de Buerger, es una enfermedad de difícil diagnóstico y manejo, debiendo utilizar casi exclusivamente criterios clínicos para su identificación. La evolución habitual de esta enfermedad comprende el desarrollo de múltiples y recidivantes episodios de trombosis vasoclusiva, principalmente en extremidades. Los casos de afectación cerebral, coronaria y

mesentérica son escasos; sin embargo, debemos tener en cuenta esta enfermedad durante el diagnóstico del dolor abdominal, sobre todo en pacientes de alto riesgo, para así conseguir un diagnóstico temprano y un manejo adecuado.

PAPILOMATOSIS DE VÍAS BILIARES INTRA Y EXTRAHEPÁTICAS

J.L. Zaragosí¹; A. Zaragosí¹, C. Zaragoza¹, J. Zaragosí¹, I. Moreno¹ y A. Morera²

¹Servicio Médico-Quirúrgico de Aparato Digestivo. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Casa de Salud. Valencia.

Introducción: La papilomatosis de las vías biliares intra y extrahepáticas (PVBIE) es una afección rara caracterizada por episodios de ictericia obstructiva y colangitis recidivantes por tumores benignos, adenomas papilares, con alto potencial de malignidad (25-80%). Su tratamiento sigue siendo controvertido, desde el curetaje hasta el trasplante hepático (THO). Según Imurios, Liver Trans. 2007;1045-8, se aportaron unos 60 casos mundiales, de los cuales se sometieron a THO 6 (10%). Caroli fue el primero que la describió.

Objetivo: Presentar dos casos de PVBIE con indicación de THO, entre 31.030 historias clínicas (0,066%).

Material y método: Caso 1 (1990): mujer de 59 años con subictericia intermitente, crisis colangíticas, coluria, acolia y anorexia. *Eco-grafía:* colelitiasis, colédoco ancho con imágenes ecogénicas con y sin sombra posterior y dilatación de vías intrahepáticas. *Tratamiento:* colecistectomía, colangiografía transcística (múltiples masas en vías biliares), coledocotomía, curetaje de 3 masas blandas, amarillentas por papilomatosis benigna. Tubo de Kher. Postoperatorio próximo bueno. Ante recidiva se indicó THO, que fue aceptado, suspendiéndose la intervención por metástasis en porta. Falleció a los 2 años. Caso 2 (2008): mujer de 73 años con antecedentes de ictericia obstructiva. Análítica colestásica, marcadores tumorales negativos. *Eco-grafía:* dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas. Tras intento por vía endoscópica y drenaje biliar externo radiológico, se opera apreciando masas papilomatosas intracoledocales con algún foco maligno. Curetaje y colédoco-duodenostomía. Al año colangio RM normal. Ante recidiva la PET-TAC no evidencia focos de malignidad a distancia y es trasplantada (7-10-08)

Conclusiones: 1. La PVBIE es una afección rara, benigna con alto riesgo de transformación maligna. 2. El curetaje es insuficiente. 3. Se diagnostica más precozmente con técnicas de imagen. 4. Aumentan los casos indicados para THO.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE AZATIOPRINA Y MERCAPTOPURINA RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD DE LA TIOPURIN METILTRANSFERASA (TPMT)

I. Rodríguez, M. Latorre, L. Ruiz, J.M. Huguet, A. Monzó, P. Suárez, A. Durá, L. Ferrer, A. Tusset, A. Tomé y E. Medina
Servicio de Digestivo. Sección de Gastroenterología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: Azatioprina (AZA) y mercaptopurina (MP) son fármacos tiopurínicos utilizados para el control de la actividad inflamatoria en la enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU). La actividad de la enzima tiopurinmetiltransferasa (TPMT) es fundamental en la acumulación intracelular de los metabolitos derivados de la 6-tioguanina, que son los activos biológicamente. Los pacientes que carecen de esta actividad desarrollan toxicidad grave por estos fármacos.

Objetivo: Valoración de los efectos secundarios de AZA y MP con relación a la actividad de TPMT.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, con 59 pacientes (43 con EC y 16 con CU), que iniciaron tratamiento 33 de ellos con AZA y 26 con MP, desde enero de 2000 a mayo 2008. Se realizó a todos los pacientes medición de valores de actividad de TPMT, junto con analíticas y visitas clínicas periódicas. Se valoró la correlación entre los efectos secundarios (intolerancia gastrointestinal, mielotoxicidad, hepatitis y pancreatitis), con la actividad de TPMT.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 36 años (rango, 18-72), con valores medios de TPMT de 13.98 U/ml (r: 12.21-25.9). Ningún paciente tenía valores inferiores a 5 U/ml de TPMT, el 5,08% de los pacientes tenía niveles intermedios (5-13.7 U/ml) y el 94,91% valores altos. Aparecieron efectos secundarios en 24 pacientes, pero únicamente fue necesaria la retirada del fármaco en 7 pacientes, en 2 pacientes se cambió de AZA a MP y en el resto se disminuyó la dosis. Todos los pacientes con niveles intermedios de TPMT presentaron efectos secundarios. Tiempo medio en producirse dichos efectos fue de 11,2 meses, rango 1-36. Los efectos secundarios fueron: 20% náuseas o vómitos, 11,86% mielotoxicidad, 15,25% hepatotoxicidad, 1,6% pancreatitis y 1,6% parestesias.

Conclusiones: La determinación de la actividad de TPMT puede ayudarnos a minimizar el riesgo de efectos secundarios en los pacientes, sobre todo en pacientes con valores intermedios en los que debemos ajustar la dosis y vigilar estrechamente.