

Hipertensión portal idiopática por tiopurinas

Palabras clave: Hipertensión portal. Tiopurinas. Azatioprina. Hipertensión portal idiopática. Esclerosis hepatoportal. Enfermedad inflamatoria intestinal.

Sr. Editor,

Hemos leído con atención "Idiopathic portal hypertension regarding thiopurine treatment in patients with inflammatory bowel disease" (1), publicado en su revista. En dicho estudio solo detectaron cuatro casos de hipertensión portal idiopática (HPI). Comentamos un caso reciente en nuestra unidad.

Caso clínico

Se trata de un paciente de 76 años con enfermedad de Crohn ileocólica en tratamiento con azatioprina. Tras diez años de tratamiento presenta un brote grave con resección del íleon terminal. Durante la intervención se objetiva ascitis no purulenta con cultivos negativos. Un mes después consulta por febrícula y dolor abdominal. Presenta ascitis grado 2 y la paracentesis muestra un trasudado con criterios de infección con cultivo y hemocultivos negativos. Se inicia tratamiento empírico con antibiótico de amplio espectro. El líquido ascítico presenta un gradiente seroascítico de la albúmina (GASLA) de 11 g/l compatible con hipertensión portal. Una tomografía axial computarizada (TAC) muestra un hígado homogéneo de tamaño y aspecto normales, una esplenomegalia de 13 cm y ascitis. Por endoscopia se visualizan varices esofágicas pequeñas. La hemodinámica portal presenta un gradiente portosistémico normal, de 5 mmHg, compatible con hipertensión portal presinusoidal. La biopsia hepática informó de esclerosis hepatoportal con cambios leves de tipo hiperplasia nodular regenerativa (HNR) (Fig. 1).

Discusión

La esclerosis hepatoportal y la HNR forman parte del espectro de una misma lesión englobada dentro de la HPI. Habi-

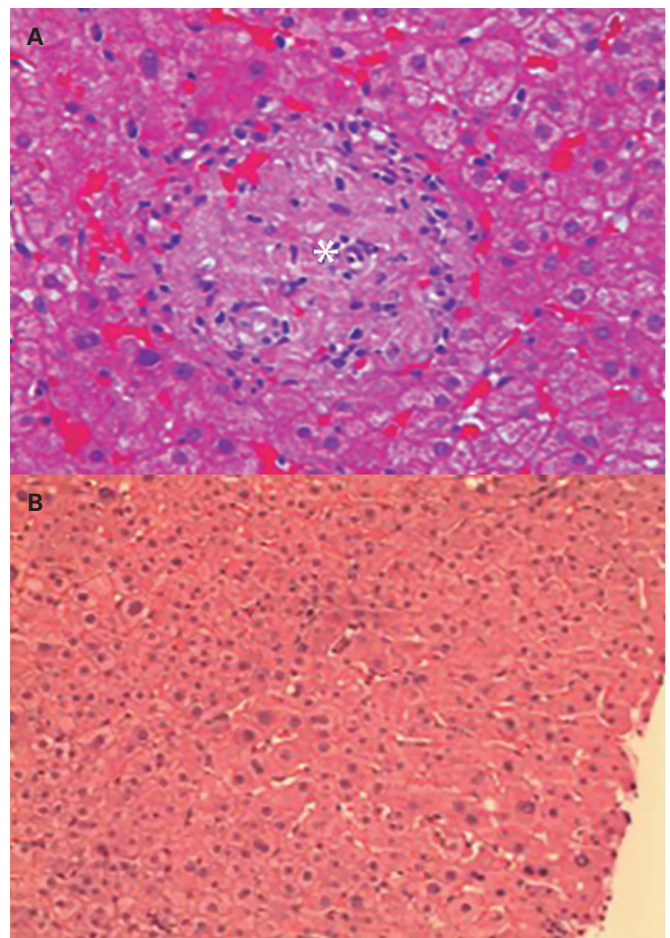


Fig. 1. A. Tinción de hematoxilina-eosina, 400x. Esclerosis hepatoportal. Espacio porta con presencia de conducto biliar y arteriola (*) con ausencia de la vénula portal. B. Tinción de hematoxilina-eosina, 200x. Cambios leves de tipo hiperplasia nodular regenerativa, con hepatocitos hipertróficos que parecen comprimir otros hepatocitos circundantes de aspecto atrófico.

tualmente cursa de forma silente con plaquetopenia como primera manifestación (2). La historia natural no está bien establecida, si bien se han descrito casos de regresión histológica con la retirada del fármaco (3). No obstante, dado que cursa de forma asintomática, el diagnóstico suele ser tardío. Algunos estudios indican que niveles más bajos de

6-TGN tienen una menor incidencia de HPI, por lo que su monitorización podría ser útil (4). Es importante orientar al patólogo con la sospecha clínica. Un estudio mostró una k de 0,20 para la HNR cuando no había información clínica adecuada (5).

Salvador Machlab¹, Mireia Miquel^{1,2} y Mercedes Vergara^{1,2}
¹Servicio de Aparato Digestivo. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ²CIBERhed. Instituto Carlos III. Madrid

DOI: 10.17235/reed.2018.5256/2017

Bibliografía

1. Suárez Ferrer C, Llop Herrera E, Calvo Moya M, et al. Idiopathic portal hypertension regarding thiopurine treatment in patients with inflammatory bowel disease. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108(2):79-83.
2. Calabrese E, Hanauer SB. Assessment of non-cirrhotic portal hypertension associated with thiopurine therapy in inflammatory bowel disease. *J Crohn's Colitis* 2011;5:48-53. DOI: 10.1016/j.crohns.2010.08.007
3. Seiderer J, Zech CJ, Diebold J, et al. Nodular regenerative hyperplasia: a reversible entity associated with azathioprine therapy. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2006;18:553-5. DOI: 10.1097/00042737-200605000-00018
4. Gilissen LPL, Derijks LJJ, Driessen A, et al. Toxicity of 6-thioguanine: no hepatotoxicity in a series of IBD patients treated with long-term, low dose 6-thioguanine. *Dig Liver Dis* 2007;39:156-9. DOI: 10.1016/j.dld.2006.10.007
5. Jharap B, Van Asseldonk DP, De Boer NKH, et al. Diagnosing nodular regenerative hyperplasia of the liver is thwarted by low interobserver agreement. *PLoS One* 2015;10:e0120299. DOI: 10.1371/journal.pone.0120299