



## P-255 - COLANGITIS ESCLEROSANTE TIPO IGG4. ¿SABEMOS CUÁL ES LA INCIDENCIA TRAS UNA RESECCIÓN HEPÁTICA?

E. García Santos, D. Padilla Valverde, P. Villarejo Campos, S. Sánchez García, F.J. Ruescas García, J.L. Bertelli Puche, A. Alberca Páramo y J. Martín Fernández

Hospital General, Ciudad Real.

### Resumen

**Introducción:** La enfermedad sistémica autoinmune tipo IgG4 es un síndrome fibroinflamatorio multisistémico caracterizado por niveles elevados de IgG4, e infiltración linfoplasmocitaria tipo IgG4 multifocal. La colangitis tipo IgG4 es la manifestación biliar y se caracteriza por estenosis biliar e ictericia obstructiva. Puede presentarse de forma aislada o asociado a pancreatitis autoinmune tras tratamiento quirúrgico.

**Objetivos:** Conocer la incidencia en nuestro medio de la colangitis IgG4 tras resección hepática. Identificar métodos diagnósticos no invasivos, Valores IgG-IgG4/CRM, que diagnostiquen esta entidad evitando tratamientos agresivos innecesarios.

**Métodos:** Estudio prospectivo de 109 enfermos entre 2011-2013, sometidos a resección hepática por encima de dos segmentos. Variables: clínicas: edad, sexo, ictericia postoperatoria. Analíticas: control analítico entre 5<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> día postoperatorio, el mismo día de la CRM: BbT, ALP, GGT, IgG, IgG4. Radiológicos: colangiografía magnética, CRM (Philips Gyroscan Intera 1,5 T), entre el 5<sup>o</sup>-7<sup>o</sup> día postoperatorio. 1. Localizador múltiple (axial, sagital y coronal). Imagen paralela (SENSE). 2. T1-GE en fase y fuera de fase - Axial. Bandas de saturación paralelas craneal y caudal. 3. T2-S S h (HASTE) coronal. Grosor de corte de 5 mm. 4. T2-S S h (HASTE) axial. Grosor de corte de 5 mm. 5. T2-TSE - Imagen de proyección Volumen de corte de 50 mm. Se obtienen varios cortes (al menos cuatro), coronales y coronales oblicuos centrados sobre el plano axial en el que se vea en el colédoco.

**Resultados:** 109 enfermos fueron estudiados con edad media de  $59 \pm 15$ , siendo mujeres,  $n = 55$ . ALP,  $142 \pm 79$ . BbT,  $1,5 \pm 2$ . GGT,  $214 \pm 188$ . IgG,  $948 \pm 420$  (751-1.560) mg/dl. IgG4,  $35 \pm 51$  (9-104) mg/dl. Existió estenosis radiológica de la vía biliar en 6 enfermos: En 5 enfermos la estenosis fue intrahepática, de los cuales en tres ocasiones se asoció a colección postoperatoria, y en un enfermo a imagen compatible con defecto de repleción por coágulo/litiasis residual. En un enfermo existió estenosis extrahepática de vía biliar con imagen compatible con defecto de repleción por coágulo/litiasis. No existió elevación patológica de IgG-IgG4 en estos enfermos. En 4 enfermos existió elevación patológica de IgG, de los cuales sólo dos enfermos presentaron niveles elevados de IgG 4,397 mg/dl y 217 mg/dl respectivamente, y no se relacionaron con sintomatología clínica o valores bioquímicos patológicos.

**Conclusiones:** En las complicaciones tempranas de la vía biliar deberíamos incluir: fugas biliares

que producen edema, fibrosis y estenosis secundaria, isquemia por lesión vascular, y lesión quirúrgica de la vía biliar. Ante los resultados obtenidos, y de acuerdo a la Literatura Médica, consideramos la colangitis autoinmune tipo IgG4 como complicación tardía. Deberíamos considerar el 3<sup>er</sup> criterio no invasivo de HISORT, para el diagnóstico de colangitis autoinmune, ante una estenosis no filiada, como es la afectación de otro órgano que habitualmente es el páncreas.