

## Viernes, 8 de junio (09:00 - 10:30 h)

### GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA

Sala 118 (Planta 1)

355

09:00

#### HEPATITIS AUTOINMUNE. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS, CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS

Lorena Moreno Requena, Rocío Galindo Zavala, Marta Suau Anechina, Víctor Manuel Navas López, Javier Blasco Alonso, Carlos Sierra Salinas

Sección de Gastroenterología Infantil del Hospital Materno Infantil, Málaga.

**Introducción:** La Hepatitis Autoinmune (HAI) es una hepatopatía inflamatoria crónica, mediada por autoanticuerpos, de etiopatogenia desconocida, caracterizada por elevación de transaminasas e hipergammaglobulinemia, siendo más frecuente en género femenino en la segunda década de la vida, y que puede tener una evolución hacia fallo hepático. Según el perfil serológico se clasifica en tipo I (HAI-I), tipo II (HAI-II), subtipos a y b, y tipo III.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes diagnosticados de hepatitis autoinmune en nuestra unidad en los últimos 10 años, haciendo hincapié en los datos clínicos y analíticos al diagnóstico, describiendo su evolución posterior.

**Resultados:** En ese período 11 pacientes fueron diagnosticados (9/11 mujeres) siendo 5/11 tipo I (4/5 mujeres) y 6/11 tipo II (5/6 mujeres), siendo 1/6 tipo 2b (con VHC). Se analizaron varios parámetros: edad media al diagnóstico (8,9 años para HAI-I y 4,8 años para HAI-II), antecedentes familiares (1/5 de HAI-I y 1/6 de HAI-II), antecedentes personales (enteropatía pierdeproteínas en un caso de HAI-I), debut clínico como hepatitis aguda (2/5 de HAI-I y 2/6 de HAI-II), como fallo hepático (1 caso de HAI-I), como Colitis Ulcerosa (1 caso de HAI-I), o como hipertransaminasemia (2/5 y 4/6 casos respectivamente). También se analizaron desencadenantes (3/11, todos en HAI-I: VHA, infección por *E.coli* y mebendazol respectivamente), medias de cifras de GOT/GPT (898/783 para HAI-I y 736/877 para HAI-II), alteración en tiempo de protrombina (3/5 casos de HAI-I y 1/6 de HAI-II), hiperbilirrubinemia (en 2/5 casos de HAI-I y en 1/6 de HAI-II), positividad de ANA (3/5 y 1/6 respectivamente), de ASMA (5/5 y 0/6 respectivamente) y Anti-LKM-1 (0/5 y 6/6 respectivamente). La biopsia fue realizada en 10 pacientes, encontrándose fibrosis-cirrosis en 3/5 casos de HAI-I y en 4/5 casos de HAI-II. El caso con fallo hepático de HAI-I fue derivado para trasplante hepático urgente, con buena evolución. El 100% de los casos recibió prednisona y azatioprina, administrando en 2/6 HAI-II ta-

colimus y en 1/6 ciclosporina, debido a los efectos secundarios del tratamiento corticoideo, con buen resultado.

**Conclusiones:** La HAI debe sospecharse en un niño/a con síntomas agudos o crónicos de hepatopatía, en ausencia de otras etiologías, dada la variabilidad de presentación. El diagnóstico precoz confiere un mejor pronóstico a esta entidad.

356

09:10

#### SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA ENFERMEDAD INMUNOPROLIFERATIVA DEL INTESTINO DELGADO

Ainhoa González de Zárate, Zuriñe García Casales, Iñaki Xarles Irastorza Terradillos, Juan Carlos Vitoria Cormenzana  
Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

**Introducción:** La enfermedad inmunoproliferativa del intestino delgado es un trastorno linfoproliferativo IgA que suele aparecer a la edad de 10-30 años, y que puede progresar hacia un linfoma de células B. Se suele asociar una historia clínica previa de gastroenteritis recurrentes durante la infancia y bajo nivel socioeconómico. Se presenta como diarrea y dolor abdominal recurrente, pudiendo evolucionar a un síndrome malabsortivo crónico. Es importante iniciar el tratamiento en fases tempranas ya que las lesiones suelen responder de forma excelente al tratamiento antibiótico, mientras que en estadios avanzados el pronóstico es malo.

**Caso clínico:** Varón de 7 años de edad con antecedentes de asma y reflujo gastroesofágico, que tras cirugía antirreflujo comienza con cuadro de deposiciones blandas, anorexia, estancamiento ponderoestatural (peso: p 3, talla: p 10), desnutrición leve (%Peso/Talla: 86) y distensión abdominal. Analítica: VSG 115 mm<sup>1</sup> h, ac. antigliadina IgA positivos, IgA 1670 mg/dl e IgG 1680 mg/dl; biopsia intestinal: yeyunitis con atrofia moderada de vellosidades y presencia masiva de *Giardia lamblia*; tránsito intestinal: dilatación y engrosamiento de asas intestinales. Se inicia tratamiento con metronidazol y dieta exenta de gluten. Dada la ausencia de respuesta clínica y el aumento progresivo de la IgA hasta 2360 mg/dl, se repite la biopsia intestinal: ensanchamiento de vellosidades con denso infiltrado linfoplasmocitario y se identifica gammapatía sérica policlonal IgA (paraproteína alfa de cadenas pesadas). Se establece el diagnóstico de enfermedad inmunoproliferativa de intestino delgado (estadio A). Se inicia tratamiento con tetraciclina oral, presentando mejoría clínica y analítica con disminución de los niveles de IgA sérica hasta su normalización. Transcurridos 4 años presentó una infección asintomática por *Helicobacter pylori* que se trató con éxito. En la actualidad (transcurridos 14 años) permanece asintomático aunque con persistencia de un infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia del intestino delgado.

**Conclusión:** Ante un cuadro malabsortivo crónico con niveles muy elevados de IgA y hallazgos histológicos de inflamación

crónica en la biopsia intestinal es importante sospechar este diagnóstico, dada la buena respuesta al tratamiento antibiótico en fases iniciales y la potencial progresión a linfoma intestinal sin el mismo.

### 357 09:20 TERAPÊUTICA COM INFLIXIMAB NA DOENÇA DE CROHN - REPERCUSSÃO NA EVOLUÇÃO ESTATURO-PONDERAL

Maria do Céu Soares Espinheira, Catarina Ferraz, Susana Pissara, Eunice Trindade, Jorge Amil  
Hospital de São João, Porto (Portugal).

**Introdução:** A Doença de Crohn é uma doença inflamatória crónica que interfere com o desenvolvimento estaturó-ponderal da criança. O tratamento com corticóides tem uma acção benéfica no controlo do processo inflamatório da doença, no entanto, agrava o catabolismo proteico condicionando o potencial de crescimento da criança. Neste contexto os anticorpos monoclonais, nomeadamente o Infliximab, têm surgido como nova opção terapêutica. A evolução estaturó-ponderal tem sido utilizada como parâmetro de sucesso terapêutico na Doença de Crohn na criança.

**Material e métodos:** Estudo retrospectivo da evolução estaturó-ponderal de uma população de crianças com Doença de Crohn submetidas a terapêutica com Infliximab no Hospital de São João.

**Resultados:** Foram avaliadas 11 crianças e adolescentes, 9 do sexo masculino, com média de idades no início da terapêutica com Infliximab de 14 anos (12-16). Em dez casos a indicação para Infliximab foi corticoddependência e corticoresistência noutro. Três doentes iniciaram terapêutica no estadio IV de Tanner. Durante o curso da terapêutica foi observada evolução estatural favorável em 6 crianças (variação média de Z scores 0,314) e boa evolução ponderal em 5 (variação média de Z scores 0,572).

**Conclusão:** A terapêutica com Infliximab parece estar relacionada com a recuperação estaturó-ponderal das crianças com Doença de Crohn sobretudo se iniciada na fase pré-pubertária / pubertária.

### 358 09:30 GRANULOCITOAFÉRESIS COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN CASOS SELECCIONADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. NUESTRA EXPERIENCIA

Cristina Pérez Aragón, Marina Calvo Fernández, Emilia García Menor, Jesús Jiménez Gómez, Fernanda Rodríguez Reynoso, Miguel Ángel Álvarez Rivas, Francisco Sánchez Ruiz  
Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil, Servicio de Pediatría y Servicio de Hematología del Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

**Introducción:** La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) incluye como pilar básico de tratamiento, aminosalicilatos, corticoterapia e inmunosupresores, así como anticuerpos monoclonales antiTNF, y en casos graves, cirugía. La granulocitoaféresis (GCA), es un procedimiento aún no bien establecido en pediatría. La acción inmunomoduladora de esta técnica permitiría controlar casos de EII, donde los fármacos tradicionales resulten ineficaces o estén contraindicados. Presentamos el caso de

una niña, donde aplicamos esta terapia por mala evolución con los fármacos clásicos.

**Caso clínico:** Niña de 11 años con colitis ulcerosa desde los 8. Desde su diagnóstico ha seguido diferentes regímenes terapéuticos, inicialmente con aminosalicilatos y esteroides rectales. Dada su evolución, con brotes frecuentes de anorexia, pérdida de peso, dolor abdominal, fiebre y deposiciones mucosanguinolentas, fue necesaria la introducción de corticoides orales, presentado recaídas en todos los intentos de retirada. A la exploración, fenotipo Cushing. Se añadió al tratamiento azatioprina, sin mejoría clínica. Dada la situación de corticoddependencia, se decidió iniciar pauta de granulocitoaféresis, sometiéndose a 6 sesiones con frecuencia semanal. Previo al inicio presentaba colonoscopia con afectación continua con úlceras en ampolla rectal y sigma. En colon descendente, aspecto granuloso; gammagrafía con leucocitos marcados: normal; orosomucoide; 165 mg/dl; calprotectina fecal: 198 mg/Kg. Se realiza sesión según protocolo, mediante sistema Adacolumn. Consiste en extraer sangre de una vena periférica que se filtra a través de la columna, volviendo la sangre filtrada a una vena del brazo contralateral. La velocidad de perfusión es de 30 ml/min, y la duración de 1 hora. No se observaron efectos secundarios. A la 10ª semana postratamiento, no se obtuvo remisión completa clínica ni endoscópica, salvo la necesidad de una menor dosis de prednisona administrada a días alternos.

**Comentarios:** La GCA podría ser una alternativa en niños con contraindicación para uso de esteroides, corticoddependencia, corticoresistencia o colitis ulcerosa crónicamente activa, aunque aún se necesitan más estudios prospectivos controlados para determinar la eficacia real del procedimiento. En la enfermedad de Crohn parece sólo ser útil para inducir remisión. En la literatura revisada no se han descrito efectos secundarios graves, por lo que podría valorarse su uso antes que otras terapias.

### 359 09:40 ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA. UNA ENFERMEDAD EMERGENTE

Nagore Martínez Ezquerro, Cristina Uria Avellanal, Miren Isabel Suinaga Errasti, José María Arginzoniz Marzana, Agurtxane Bilbao Aburtu, Plácido López Álvarez-Buhilla, Lorena Mosteiro González, Amaia Sojo Aguirre  
Servicio de Pediatría, Servicio de Cirugía Infantil y Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de Cruces, Barakaldo (Vizcaya).

**Introducción:** La Esofagitis Eosinofílica (EEO), característicamente, es un proceso inflamatorio crónico con denso infiltrado eosinófilo de la pared esofágica y mala respuesta al tratamiento antirreflujo que se suele asociar a fenómenos alérgicos de diferente naturaleza. En los últimos años asistimos a un notable incremento del diagnóstico, debido en gran parte a un mejor conocimiento de la entidad.

**Objetivo:** Conocer las características de un grupo de pacientes con EEO, intentando identificar posibles factores de riesgo. Metodología: Se estudia retrospectivamente a 10 pacientes recogiendo datos clínicos y analíticos y los resultados de los exámenes histológicos de las biopsias obtenidas mediante endoscopia digestiva alta.

**Resultados:** Todos los pacientes son varones con una edad media de 9,02 ± 3,52 años y una duración de los síntomas en el 50% de los casos entre 12 y 18 meses. La disfagia y episo-

dios de impactación alimentaria es el modo de presentación clínica (80%) en los pacientes de mayor edad y los más pequeños como cuadro de vómitos, anorexia y disconfort abdominal. Antecedentes familiares de atopia/alergia se encontraron en el 60% de los casos y personales en el 80%. En ningún caso aparece alteración del estado nutricional. En la analítica realizada destacan: eosinofilia en el 70%, aumento de la IgE total en el 70% y de la ECP en el 90% de los casos, siendo la IgE específica a inhalantes (+) en 8 casos y a alimentos en 7. Las pruebas cutáneas (prick y/o parche) fueron (+) en 8. Los hallazgos endoscópicos evidencian diferentes lesiones (eritema, granulado blanquecino, y formaciones lineales con corrugación), documentándose en el estudio histológico la presencia de  $\geq 20$  eosinófilos por campo de gran aumento. El tratamiento se ha basado en medidas dietéticas (exclusión en los casos precisos de alimentos implicados y en 3 fórmula elemental) y farmacológicas con Montelukast, Fluticasona deglutida y corticoterapia sistémica según los casos. El curso ha sido en general satisfactorio, sobre todo en las primeras etapas, pero algunos casos evolutivamente han presentado recaídas.

**Conclusiones:** La EEO es una entidad emergente y su mayor conocimiento conduce al aumento del diagnóstico. No se conoce bien su historia natural pero parece tener un curso crónico. Existe una alta incidencia de fenómenos alérgicos asociados.

**360****09:50**

### ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA: DISTINTAS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE UNA MISMA ENTIDAD

Beatriz Martín-Sacristán Martín, María Pilar Sánchez Miranda, Rosario Solaguren Alberdi, María Herrera López, María Dolores Sánchez-Redondo Sánchez-Gabriel, Vanesa Losa Frías, Sonsoles Galán Arévalo, Irene Ortiz Valentín, José Antonio Alonso Martín  
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

**Introducción:** La esofagitis eosinofílica es una entidad en auge, caracterizada por un alto grado de infiltración eosinofílica en el tejido afecto, que debido a su solapamiento clínico con otras entidades, requiere un índice de sospecha elevado. Presentamos tres casos con diferentes formas de debut.

**Casos clínicos.** *Caso 1:* niño de 11 años, que presenta vómitos, sialorrea y epigastralgia tras atragantamiento con un trozo de carne. Refiere un episodio similar hace 2 años. En las pruebas complementarias (PC) realizadas destacamos: eosinofilia periférica, phmetría normal, aspecto endoscópico del esófago normal, biopsia de mucosa esofágica con más de 20 eosinófilos en campo de gran aumento (HPF) y sensibilización a leche de vaca y fracciones. *Caso 2:* niño de 9 años, encefalópata, diagnosticado de reflujo gastroesofágico (RGE) con mala respuesta al tratamiento. Asocia asma alérgica y rinoconjuntivitis. PC: eosinofilia periférica, RGE leve en phmetría, hallazgos endoscópicos compatibles con esofagitis leve y gastritis fúndica erosiva, biopsia esofágica con más de 20 eosinófilos en HPF y sensibilización a leche de vaca, tomate y plátano. *Caso 3:* niña de 12 años, con disfagia de 1 mes de evolución a sólidos y líquidos. Los padres refieren extracción endoscópica de moneda a los 4 años, supuestamente sin lesiones mucosas. Asma alérgica. PC: eosinofilia periférica, en tránsito gastrointestinal

estenosis filiforme de los 2/3 esofágicos inferiores, no visión endoscópica de zona estenosada por imposibilidad de paso, biopsias proximales a estenosis normales, en TAC torácico engrosamiento de la capa muscular del esófago. Se realiza esofagectomía subtotal ante la sospecha de leiomiomatosis, y en pieza quirúrgica se objetivan más de 20 eosinófilos en HPF. Los casos 1 y 2 mejoraron con dieta de exclusión; la niña permanece pendiente del estudio alergológico, sin exclusión dietética por el momento.

**Conclusiones:** 1) Una mucosa esofágica de aspecto normal nunca debe evitar la toma de varias biopsias. 2) Deben revisarse los casos diagnosticados de RGE con mala respuesta al tratamiento. 3) La presencia de pruebas alérgicas positivas apoya el diagnóstico y orienta el tratamiento. 4) Esta entidad debe incluirse en el diagnóstico diferencial de estenosis esofágica en niños y adolescentes.

**361****10:00**

### DISFAGIA A SÓLIDOS: ¿UN AVISO DE ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA?

Noela Carrera Guermeur, Julio Cerdá Berrocal, César Sánchez Sánchez, María Fanjul Gómez, Ana Laín Fernández, Alberto Parente Hernández, Agustín del Cañizo López, José Luis Morales Pérez, Juan José Vázquez Estévez

Servicio de Cirugía Pediátrica y Servicio de Gastroenterología Pediátrica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

**Antecedentes y objetivos:** La esofagitis eosinofílica (EE) es una patología de prevalencia en ascenso con mayor incidencia en la preadolescencia. Su etiopatogenia parece relacionarse con una hipersensibilización a alérgenos alimentarios y aéreos. El motivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en la EE analizando las diferentes presentaciones clínicas y las posibilidades terapéuticas.

**Métodos:** Realizamos un estudio retrospectivo de los historias clínicas de 6 pacientes tratados en nuestro centro en los últimos seis años. Todos los pacientes fueron diagnosticados por endoscopia, biopsia esofágica y determinaciones específicas: radioalergosorbent test, prick test, patch test. Los tratamientos incluyeron la retirada de alérgenos alimentarios y la inmunosupresión: corticoterapia e inhibidores del receptor de los leucotrienos.

**Resultados:** Los 6 pacientes estudiados eran 3 varones y 3 mujeres con una mediana de edad al diagnóstico de 11 años (rango: 5-13 años). La presentación clínica más frecuente fue: disfagia para sólidos, vómitos, náuseas, pirosis y dolor abdominal. Sólo en 2 casos se observaron síntomas alérgicos. Cuatro pacientes presentaban antecedentes personales y/o familiares de alergia. Todos los pacientes presentaron positividad a alguna de las pruebas alérgicas realizadas. Se evidenció eosinofilia en 5 casos con una mediana de 14,7% (rango: 9%-15%). El estudio histológico reveló acantosis esofágica en todos los pacientes, con un recuento de más de 15 eosinófilos por campo de gran aumento en 4 casos. Todos los pacientes mejoraron con el tratamiento médico.

**Conclusiones:** La disfagia a sólidos en la edad pediátrica debe hacernos sospechar la existencia de la EE. Si bien la mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento, es necesario el seguimiento clínico estrecho de estos pacientes monitorizando con pruebas no invasivas la respuesta al tratamiento.

362

**ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA**

Nerea Ibáñez González, Eva Martínez-Ojinaga Nodal, Inés Orellana Díaz, M. Esther Ramos Boluda, Manuel Molina Arias, Jesús María Sarria Oses, Miguel Ángel Molina Gutiérrez, Cristina Diz-Lois Palomares, Gerardo Prieto Bozano

Servicio de Gastroenterología y Nutrición del Hospital Universitario Infantil La Paz, Madrid.

**Introducción:** La esofagitis eosinofílica es una rara entidad caracterizada por un intenso infiltrado eosinófilo de la mucosa esofágica, que puede manifestarse clínicamente como disfagia o impactación alimentaria.

**Pacientes y métodos:** Se analiza una serie de 31 pacientes (25 (80,6%) varones, 6 mujeres) diagnosticados de esofagitis eosinofílica en un periodo de 5 años (febrero 2002- febrero 2007). El diagnóstico se basó en el hallazgo de un infiltrado eosinófilo de la mucosa esofágica superior a 20 eosinófilos/HPF en ausencia de reflujo gastroesofágico ácido demostrable por pHmetría de doble canal. Se analizan variables clínicas y los hallazgos endoscópicos y manométricos.

**Resultados:** La edad media fue de 8,06 años (rango 2-14) y los síntomas clínicos más frecuentes fueron: disfagia para sólidos (64,5%), impactación alimentaria esofágica no obstructiva (48,4%), pirosis (38,6%) y vómitos (19,3%). Cuatro pacientes (12,9%) padecían una enfermedad celiaca, dos pacientes (6,4%) estaban afectados de una encefalopatía severa y otros siete (22,6%) infectados por *H. Pylori*. 21 pacientes (67,7%) tenían antecedentes alérgicos y en ellos el estudio alérgico fue positivo para alérgenos variados (legumbres, frutos secos, chocolate, látex, inhalantes). El estudio pHmétrico fue normal en todos los pacientes, excepto 3 (9,6%) que presentaban alteraciones pHmétricas leves y no habían respondido al tratamiento antisecreto. En 27 pacientes (87,1%) el estudio endoscópico demostró un patrón típico de anillos concéntricos, surcos longitudinales y granulaciones blanquecinas. Se realizó manometría esofágica estacionaria y ambulatoria en doce pacientes, la presión y relajación de EEI fue normal en todos ellos, diez pacientes mostraban una alteración motora esofágica caracterizada por ondas potentes y amplias con aumento de secuencias simultáneas que afectaba fundamentalmente al tercio distal del esófago.

**Conclusiones:** 1) Ante un paciente con disfagia o bloqueo esofágico no obstructivo debe descartarse la existencia de una esofagitis eosinofílica. 2) El cuadro es mucho más frecuente en varones. 3) El aspecto anillado del esófago es muy sugestivo de una esofagitis eosinofílica. 4) La esofagitis eosinofílica produce un trastorno motor esofágico distal.

10:10

363

**MONITORIZACIÓN DE LA TIOPURINA METILTRANSFERASA PARA INDIVIDUALIZAR LA DOSIS DE AZATIOPRINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**

María Carmen Cuadrado Caballero, Andrea Campo Barasoain, Marta Carmona Ruiz, Federico Argüelles Martín, José González Hachero

Sección de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

**Antecedentes y objetivos:** La azatioprina (AZA) representa un papel muy importante en la terapia inmunosupresora de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), fundamentalmente en casos de corticorresistencia, corticodependencia y en la enfermedad de Crohn fistulizante. Con la intención de identificar a los pacientes con riesgo de toxicidad se han sugerido estrategias para monitorizar la dosis de AZA de forma individualizada y fiable, entre las que se encuentra la monitorización de la actividad de la tiopurina metil-transferasa (TPMT). Se ha demostrado que existe correlación entre el genotipo-fenotipo de la TPMT y el riesgo de mielotoxicidad. La distribución de la población según el genotipo de la TPMT es trimodal: 88,6% homocigotos para el alelo de alta actividad (HA), el 11,1% heterocigotos (hA) y el 0,3% es homocigoto para el alelo de baja actividad (HB). El objetivo de esta comunicación es determinar el fenotipo de la TPMT de los niños afectados de EII tratados con AZA en nuestro servicio.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los niños diagnosticados de EII en nuestro hospital que han precisado tratamiento con AZA. Se ha revisado el índice de actividad de la TPMT (clasificándose en: HA: valores > 13,8 U/ml, hA valores 5- 13,7 U/ml y HB si < 5 U/ml); la existencia de mielotoxicidad y otros efectos secundarios (se define leucopenia < 4.000 leuc/mm<sup>3</sup>, toxicidad hepática > doble de los valores normales y la insuficiencia renal si creatinina > 2 mg/ dl); eficacia del tratamiento que se define como la inducción y el mantenimiento de la remisión en ausencia de terapia con esteroides.

**Resultados:** 21 niños precisaron tratamiento con AZA, iniciándose cuando la enfermedad es considerada moderada-grave. Tres de ellos presentaban un nivel de actividad intermedio (14,8%), el resto actividad elevada de la TPMT. Se ajustó la dosis según el valor de la TPMT (actividad 5,1- 13,8 U/ml: 0,5 mg/kg/día; 13,8- 18 U/ml: 1,5 mg/kg/día; > 18,1 U/ml: 2,5 mg/kg/día). No presentándose ningún evento adverso (sólo un caso en un control leucocitos 3.900 leu/mm<sup>3</sup>). Hasta el momento tienen una respuesta clínica buena a la terapia inmunosupresora.

**Conclusiones:** La determinación de la actividad real de la TPMT nos permite individualizar la dosis de AZA en cada paciente, pero aún no se utiliza de modo rutinario en todos los pacientes, precisándose más estudios coste-beneficios.

10:20