

9TL. HISTOPLASMOSIS VERTEBRAL. Tito Alvarado, MD, MPH, MsCTM.¹ Sandra Montoya, MGS.² ¹Sociedad Hondureña de Enfermedades Infecciosas; ²Sección Micología, Servicio Microbiología, Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital Escuela Universitario; Tegucigalpa, Honduras.

Antecedentes: Histoplasmosis es una micosis muy importante en el ser humano. El agente causal (*Histoplasma capsulatum*), vive en el suelo de casi todos los países del mundo; y el hombre es infectado a través de su inhalación. El espectro clínico se extiende desde la infección asintomática, hasta la enfermedad diseminada que ocurre en pacientes inmunocomprometidos. **Descripción del caso:** Paciente femenina, 58 años, procedente de Comayagua, quien el 13/marzo 2009 acudió a consulta externa de neurocirugía (Hospital Escuela) con la historia siguiente: 4 meses de dolor lumbar, con dificultad progresiva para deambular, y paresia de miembros inferiores. Previamente, había sido evaluada por varios médicos, incluyendo dos hospitalizaciones en clínicas privadas. El 24/marzo ingresó a sala de neurocirugía, con fractura patológica (T12-L1), con diagnóstico clínico de tuberculosis vertebral. Posteriormente, se hizo cirugía (placa de circlaje y osteosíntesis) realizándose biopsia y cultivos. El segundo día post-operatorio, presentó trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo, y el 18/abril presentó derrame pleural izquierdo severo que necesitó toracotomía con drenaje y aplicación de tubo, descubriéndosele rotura diafragmática que fue reparada quirúrgicamente. El 19/ mayo, se le practica nueva toracotomía y drenaje por infección bacteriana agregada. La paciente recibió heparina, coumadín y antibióticos. Semanas después, el Laboratorio de Microbiología reportó el crecimiento de *Histoplasma capsulatum* y el de Patología, la presencia de elementos fungoides compatibles con *Histoplasma*. La paciente recibió anfotericina B durante 2 semanas, y posteriormente itraconazol, hasta obtener respuesta, siendo dada de alta el 27/mayo 2009 con seguimientos en consulta externa de infectología. Su evolución después de un año, fue satisfactoria al grado de que ella pudo deambular sin ninguna dificultad, omitiéndosele entonces el itraconazol. **Conclusiones/recomendaciones:** La histoplasmosis es una enfermedad micótica cosmopolita, que afecta tejidos blandos y óseos. Muy rara en pacientes inmunocompetentes, pero muy frecuente en inmunocomprometidos. Su diagnóstico es clínico-epidemiológico para establecer una terapia adecuada.

10TL. INFORME DE UN CASO: PÓLIPO EN ADENOCARCINOMA IN SITU DE COLÉDOCO DISTAL EN UNA PACIENTE DE 34 AÑOS CON HEPATITIS AUTOINMUNE. Feizal J. Selman H., ¹ Wendy A. Núñez Flores, ² Junior Santamaría, ³ Ana Gabriela Caballero.⁴ ¹Cirujano General, Hospital Nacional Dr. Mario Catarino Rivas; ²Medico general, Master en Psicología con Orientación Educativa, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula; ³Médico General, Universidad Nacional de Honduras en el Valle de Sula; ⁴Médico en Servicio Social, Universidad Católica de Honduras, San Pedro Sula, Honduras.

Antecedentes: El colangiocarcinoma es una neoplasia infrecuente que se origina en el epitelio del conducto biliar intra o extra hepático. Tiene un carácter clínicamente silencioso hasta fases avanzadas y un difícil abordaje quirúrgico. Se presenta especialmente después de la sexta década de la vida. El pronóstico es reservado a corto plazo. La Hepatitis Autoinmune es una enfermedad de etiología desconocida caracterizada por hepatitis de interfase, hipergammaglobulinemia, auto anticuerpos circulantes y una respuesta favorable a la inmunosupresión. Los hallazgos de laboratorio varían entre hepatitis autoinmune tipo I, cirrosis biliar primaria o colangitis esclerosante primaria. **Descripción del Caso:** Presentamos el caso de una paciente de 34 años con Hepatitis Autoinmune (laboratorialmente ANA positivos, Anti mitocondriales y Anti músculo liso negativos y una fosfatasa alcalina de 4,065 UI/L e hipertransaminasemia, sin hepato-esplenomegalia y biopsia percutánea de hígado normal) con buena respuesta al tratamiento con metilprednisolona y azatioprina. Posteriormente a embarazo tuvo una exacerbación de su cuadro clínico debutando con síndrome icterico e identificándose una dilatación biliar (por Colangio-RM) particularmente del colédoco, de 37mm de diámetro asociado a proceso ocupante desde el extremo distal del colédoco hasta su tercio medio. Se realizó CPRE observando únicamente salida de moco y al no ser concluyente se decidió intervención quirúrgica encontrándose un tumor intraluminal que ocupaba toda la luz del colédoco. Se realizó resección de Wipplhe. Biopsia reporto una histología de pólipo adenomatoso con focos de adenocarcinoma in situ de la vía biliar. A 5 años postratamiento quirúrgico sin requerir quimioterapia ni radiación, la paciente ha evolucionado satisfactoriamente sin recidivas del tumor, marcadores tumorales negativos. Su manejo por hepatitis autoinmune aún continúa. **Conclusiones:** La presencia de pólipo adenomatoso mucinoso de la vía biliar con cambios