

diagnóstico de una fístula colocolútea se procedió a retirar la PEG. Se realizó tratamiento conservador, administrándose nutrición enteral a través de una sonda nasogástrica, con buena evolución del paciente. Debido a la imposibilidad de alimentación oral, dada la enfermedad de base del paciente, un mes después se colocó una nueva PEG, sin incidencias y con un adecuado funcionamiento. Posteriormente se ha realizado otro recambio de la sonda, esta vez sin incidencias.

La PEG es una técnica que permite una adecuada nutrición en pacientes que precisan soporte nutricional por vía enteral de forma prolongada y que presenta un bajo índice de complicaciones. Entre éstas, de forma infrecuente, puede producirse una fístula colocolútea. El mecanismo por el que esta complicación puede producirse consiste en la introducción del trocar de punción a través del colon en su camino desde la pared abdominal hacia el estómago durante la realización de la PEG^{1,2}. Los síntomas generalmente son advertidos tras la tracción y la retirada de la sonda al realizar el recambio, por lo que inicialmente esta complicación puede pasar desapercibida. Así, la sonda recambiada avanzaría sólo hasta el colon, manteniendo el trayecto colocolúteo^{1,2}. Los síntomas se presentan en forma de diarrea tras la administración de la nutrición o salida de material fecal por la sonda. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de esta complicación, algunos autores proponen una historia previa de cirugía abdominal o la presencia de un megacolon o una transposición subdiafragmática del colon, insistiéndose en una adecuada transluminación de la pared abdominal durante la realización de la técnica¹. En general, se recomienda un tratamiento conservador, retirando la sonda para conseguir el cierre del trayecto fistuloso, aunque hay casos de tratamiento quirúrgico descritos en la literatura médica¹.

Debido al empleo cada vez más frecuente de esta técnica, es previsible un aumento de la incidencia de sus complicaciones, por lo que conviene que éstas sean conocidas por los clínicos.

SARA GARCÍA-MORÁN, ELENA GENTO PEÑA,
FEDERICO SÁEZ-ROYUELA GONZALO
Y JUAN CARLOS PÉREZ ÁLVAREZ

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Yagüe. Burgos. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Friedmann R, Feldman H, Sonnenblick M. Misplacement of percutaneously inserted gastrostomy tube into the colon: report of 6 cases and review of the literature. *J Parenter Enteral Nutr.* 2007;31:469-76.
2. Sakai H, Inamori M, Sato T, Tomimoto A, Akiyama T, Akimoto K, et al. Colocutaneous fistula after percutaneous endoscopic gastrostomy. *Digestion.* 2007;75:103.
3. Gyökeres T, Burai M, Hamvas J, Varsányi M, Mácsai M, Paput L, et al. Conservative vs. endoscopic closure of colocutaneous fistulas after percutaneous endoscopic gastrostomy complications. *Endoscopy.* 2003;35:246-7.



ACLARAMIENTO VIRAL EN LA HEPATITIS POR EL VIRUS B, CEPA SALVAJE, TRAS EL TRATAMIENTO CON INTERFERÓN ALFA-2A PEGILADO

Sr. Director: La infección por el virus de la hepatitis B (VHB) es un problema de salud de primer orden a escala mundial. En el 95% de los casos la infección se resuelve, pero en un 5% se cronifica. Las manifestaciones clínicas y los hallazgos serológicos e histopatológicos, así como la gravedad, son muy variables: desde lesiones mínimas hasta cirrosis y carcinoma hepatocelular. Los factores relacionados con el virus, como su genotipo, la persistencia en intensidad de su replicación y la aparición de determinadas mutaciones, desempeñan un papel relevante en la historia natural de la enfermedad¹.

El interferón alfa-2a pegilado está indicado en el tratamiento de la hepatitis B crónica con AgHBe positivo o negativo en adultos con una enfer-

medad hepática compensada y evidencia de replicación viral, ALT aumentada e inflamación de hígado comprobada histológicamente y/o fibrosis².

El interferón alfa-2a pegilado tiene un efecto antiviral, antiproliferativo e inmunomodulador. Ha demostrado su eficacia en la supresión de la replicación viral e induce una remisión de la enfermedad hepática^{3,4}. Se han observado casos en los que durante el tratamiento con interferón se producen incrementos transitorios de las transaminasas y un descenso de la carga viral, que podrían indicar un aclaramiento del virus³.

A continuación describimos la respuesta y la tolerancia del tratamiento con interferón alfa-2a pegilado en un caso de hepatitis crónica por el VHB, cepa salvaje, en el que se produjo una elevación de las transaminasas y un aclaramiento viral.

Varón de 41 años de edad, con antecedentes de esclerosis múltiple recurrente y remitente, en tratamiento con interferón beta-1b desde julio de 2002 hasta febrero de 2004. Hace años, sin recordar la fecha exacta, el paciente había sido diagnosticado de hepatitis por el VHB tras una donación.

En abril de 2002 acude al servicio de aparato digestivo por presentar una elevación de las transaminasas en una analítica de control. Se confirma su hepatitis crónica B, variante salvaje, con replicación activa, carga viral > 200.000 copias/ml y valores de transaminasas 2-3 veces superiores al valor normal. En marzo de 2005 se decide iniciar tratamiento con interferón alfa-2a pegilado en dosis de 180 µg a la semana, tras la realización de una biopsia hepática con estadio histológico P2 L1 F1.

Se recogieron los siguientes datos previamente y durante el tratamiento: ALT, AST, GGT, AgHBs, AchHBs, AchHBe, AgHBe y AchHBe y carga viral. Los datos analíticos recogidos se muestran en la tabla I.

En septiembre de 2006, tras realizar una serología, se detectó que el AgHBs había negativizado y no se detectaba ADN-VHB. En noviembre de 2006 se finalizó el tratamiento tras considerar la curación. En marzo de 2007 el AgHBs continuaba siendo negativo y el resto de analítica estaba dentro de la normalidad.

En los pacientes con hepatitis B crónica es importante valorar el grado de replicación del virus. La fase replicativa se caracteriza por la presencia en suero de marcadores de replicación (AgHB y ADN-VHB) y por la presencia en el hígado de antígeno de la nucleocápside intrahepatocitarios (HbcAg)¹.

La seroconversión de AgHBe a anti-HBe constituye un punto de inflexión en la historia natural de la hepatitis B crónica. La seroconversión es más probable a corto plazo en pacientes con enfermedad hepática más activa, con transaminasas más altas, mayor actividad inflamatoria histológica y menor replicación viral^{1,3}. Este patrón se observa en períodos de exacerbación, pero sólo una tercera parte de dichos períodos van seguidos de seroconversión HBe¹. Los pacientes con seroconversión del AgHBe tienen un riesgo significativamente menor de sufrir una enfermedad hepática terminal y muerte⁵.

Se ha descrito en la bibliografía que durante el tratamiento con interferón alfa-2a pegilado en pacientes con AgHBe pueden aparecer elevaciones de las transaminasas muy superiores a las basales que podrían considerarse indicadoras de una respuesta favorable, con mayor probabilidad de respuesta virológica y aclaramiento viral³. En el paciente descrito este patrón se muestra evidente.

Algunos estudios podrían indicar que alargar el tiempo de tratamiento en algún subgrupo de pacientes sería beneficioso³. En nuestro caso, prolongar el tratamiento más de 48 semanas lo fue.

La tolerancia al interferón alfa-2a pegilado fue muy buena, sin que el paciente presentara alteraciones físicas y manteniendo los parámetros hematimétricos estables.

Probablemente, el interferón alfa-2a pegilado mantuvo controlada las dos enfermedades del paciente, ya que no apareció ningún brote de esclerosis múltiple durante el tratamiento. Al mes de finalizar el tratamiento, el paciente presentó un brote de su esclerosis múltiple con disminución de la visión en el ojo izquierdo y, posteriormente, una vejiga neurógena. En enero de 2007 comensó de nuevo su tratamiento para esta enfermedad con interferón beta-1b.

M. PILAR LÓPEZ LÓPEZ^a, JOSÉ PABLO RINCÓN FUENTES^b,
SUSANA RABELL IÑIGO^a,
CRISTINA GONZÁLEZ PÉREZ-CRESPO^a,
FRANCISCO JAVIER RODRÍGUEZ GIL^c,
VANESSA JORGE VIDAL^a, SENADOR MORÁN SÁNCHEZ^b
Y M. ISABEL NICOLÁS DEL PRADO^b

^aServicio de Farmacia del Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

^bServicio de Digestivo del Hospital Universitario Santa María del Rosell. Cartagena. Murcia. España.

^cServicio de Digestivo del Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. España.

TABLA I. Datos analíticos

	ALT (U/l)	AST (U/l)	GGT (U/l)	AgHBs	AcHBs	AcHBc	AgHBc	AcHBc	Carga viral
Enero de 2005	154	79	46	Positivo	Negativo 0,7 mU/ml	Positivo	Positivo	Negativo	> 200.000 copias/ml
Abril de 2005	179	106	45						
Mayo de 2005	234	156	147						
Octubre de 2005	167	105	136	Positivo	Positivo 24,5 mU/ml	Positivo			
Febrero de 2006	215	130	228	Positivo	Positivo 512 mU/ml	Positivo			
Mayo de 2006	515	300	814	Positivo	Positivo 588 mU/ml				112.114 copias/ml
Julio de 2006	48	36	155						
Septiembre de 2006	42	39	99	Negativo	Positivo 367 mU/ml	Positivo			No se detecta
Noviembre de 2006	28	26	65						

BIBLIOGRAFÍA

- Robles-Díaz A, Fernández-Castañer A, Andrade RJ. Historia natural de la Hepatitis B. *Hepatitis Hoy*. 2007;3:10-6.
- Peginterferon alfa-2a. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2007. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Lok ASF, McMahon BJ. Chronic Hepatitis B. AASLD Practice Guidelines. *Hepatology*. 2007;45:507-39.
- Cooksley G. The treatment of hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B with pegylated interferon. *J Hepatol*. 2003;39:143S-5S.
- Cooksley WGE, Piratvisuth T, Lee S-D, Mahachai V, Chao Y-C, Tanwandee T, et al. Peginterferon a-2a (40 kDa): an advance in the treatment of hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B. *J Viral Hepat*. 2003;10:298-305.



INFLIXIMAB COMO RESCATE A CICLOSPORINA EN UN BROTE GRAVE DE COLITIS ULCEROSA

Sr. Director: En los brotes graves de colitis ulcerosa resistentes a tratamiento con corticoides intravenosos, tanto la ciclosporina como el infliximab han demostrado ser eficaces para controlar los síntomas y evitar la colectomía¹⁻³. Sin embargo, se dispone de una escasa experiencia en la administración consecutiva de ambas terapias en un mismo paciente^{4,5}. En el número de mayo de su revista se publicó un artículo del cual somos coautores, en el que se cita un caso al que se le administraron ambos fármacos⁶.

Se trata de un paciente de 63 años de edad, hemorroidectomizado 5 años antes, ex fumador desde hacía 6 meses y en tratamiento de mantenimiento con 5-ASA 3 g/día oral. Fue diagnosticado de colitis ulcerosa izquierda en junio de 1992, y hasta la fecha había presentado 2 episodios de exacerbación de actividad leve-moderada que fueron controlados con esteroides orales. Ingresa por presentar una brote de actividad grave (índice de Truelove modificado = 21 puntos). Se descartó una sobreinfección por citomegalovirus en la rectosigmoidoscopia, que fue informada como colitis ulcerosa en actividad endoscópica grave (anatomopatológica con actividad grave). Tras administrar corticoides intravenosos en dosis plenas durante 7 días, y ante la falta de respuesta, se decide iniciar tratamiento con ciclosporina 4 mg/kg/día, con ajuste de la dosis diaria durante 10 días, y tratamiento local asociado con 5-ASA. Ante la muy escasa respuesta clínica a la ciclosporina, con persistencia de las deposiciones sanguinolentas en número mayor de 6 al día (índice de Truelove modificado = 17 puntos), se indicó tratamiento quirúrgico, que el paciente rechazó, por lo que se optó, con su consentimiento, por administrar infliximab 5 mg/kg/día en pauta de 0, 2, 6 semanas (con mantenimiento cada 8 semanas durante 54 semanas si persistía la mejoría) y mantener el tratamiento tópico rectal y los esteroides intravenosos. Tras la segunda dosis de infliximab, el paciente presentó una progresiva mejoría (2 deposiciones al día sin sangre, índice de Truelove modificado = 12 puntos), por lo que se le dio el alta hospitalaria con es-

teroides orales en pauta descendente, azatioprina 2,5 mg/kg y 5-ASA 3 g/día oral. A las 54 semanas se suspende infliximab, tras lo cual el paciente permaneció asintomático, y se suspendieron los esteroides a los 90 días del alta sin volver a precisarlos nuevamente. La endoscopia de control al año del alta apreciaba una mucosa con pérdida del patrón vascular, levemente hiperémica y formaciones pseudopolipoides (actividad endoscópica y anatomopatológica leve). Se constató una hipertransaminasemia leve durante la fase de administración de la ciclosporina y no se observó ningún otro efecto secundario durante el año de seguimiento.

La administración consecutiva de ciclosporina e infliximab no ha sido aceptada, debido a los posibles efectos secundarios en pacientes gravemente enfermos, aunque hay algunas comunicaciones con resultados discordantes^{4,5} respecto a la eficacia y los posibles efectos secundarios. Por tanto, aunque este paciente presentó mejoría clínica y evitó la colectomía al cabo de un año, en pacientes con muy mal estado general, muy desnutridos o sépticos, la colectomía debe considerarse una técnica de elección.

JOSÉ MARÍA HUGUET MALAVÉS, LUCÍA RUIZ SÁNCHEZ,
LUIS FERRER ARRANZ Y ENRIQUE MEDINA CHULIÁ
Servicio de Patología Digestiva. Hospital General Universitario.
Valencia. España.

BIBLIOGRAFÍA

- Lichtiger S, Present DH, Kornbluth A, et al. Cyclosporine in severe ulcerative colitis refractory to steroid therapy. *N Engl J Med*. 1994;330:1841-5.
- Jarnerot G, Hertevig E, Friis-Liby I, et al. Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis: a randomized, placebo-controlled study. *Gastroenterology*. 2005;128:1805-11.
- Nos Mateu P. New treatments and diagnostic approaches in ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29 Suppl 3:52-6.
- Lam EC, Bailey RJ. Infliximab salvage therapy after cyclosporine in an acute flare of chronic ulcerative colitis. *Can J Gastroenterol*. 2003;17:198-200.
- Gornet JM, Couve S, Hassani Z, et al. Infliximab for refractory ulcerative colitis or indeterminate colitis: an open-label multicentre study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2003;18:175-181.
- Huguet JM, Ruiz L, Durá AB, et al. Eficacia del mantenimiento con azatioprina sin ciclosporina oral tras un brote grave de colitis ulcerosa refractario a esteroides intravenosos. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:280-4.



VARÓN DE 25 AÑOS DE EDAD CON UN TUMOR PANCREÁTICO, DIPLOPIA Y LESIONES ÓSEAS

Sr. Director: Presentamos un caso de sarcoma de Swing que afecta al páncreas, que se inició con manifestaciones neurológicas. Varón de 23 años de edad, que consulta por un episodio brusco de diplopía, con desviación de la mirada hacia la izquierda, sin pérdida de vi-