

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			
Noviembre de 2006	28	26	65						No se detecta

## BIBLIOGRAFÍA

1. Robles-Díaz A, Fernández-Castañer A, Andrade RJ. Historia natural de la Hepatitis B. *Hepatitis Hoy*. 2007;3:10-6.
2. Peginterferon alfa-2a. Catálogo de Especialidades Farmacéuticas 2007. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
3. Lok ASF, McMahon BJ. Chronic Hepatitis B. AASLD Practice Guidelines. *Hepatology*. 2007;45:507-39.
4. Cooksley G. The treatment of hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B with pegylated interferon. *J Hepatol*. 2003;39:143S-5S.
5. 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.

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 seudopolipoideas (actividad endoscópica y anatomo patológica 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<sup>4,5</sup> 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.



Localizador web  
Artículo 251.007

## 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 colectomía<sup>1-3</sup>. Sin embargo, se dispone de una escasa experiencia en la administración consecutiva de ambas terapias en un mismo paciente<sup>4,5</sup>. 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 fármacos<sup>6</sup>.

Se trata de un paciente de 63 años de edad, hemoroidectomizado 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. Ingresó por presentar una brote de actividad grave (índice de Truelove modificado = 21 puntos). Se descartó una sobreinfección por citomegalovirus en la rectoscoposigmoidoscopia, 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-

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. 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.
3. Nos Mateu P. New treatments and diagnostic approaches in ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29 Suppl 3:52-6.
4. Lam EC, Bailey RJ. Infliximab salvage therapy after cyclosporine in an acute flare of chronic ulcerative colitis. *Can J Gastroenterol*. 2003;17:198-200.
5. 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.
6. Huguet JM, Ruiz L, Durá AB, et al. Eficacia del mantenimiento con azatioprina sin ciclosporina oral tras un brote grave de colitis ulcerosa refractaria a esteroides intravenosos. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:280-4.



Localizador web  
Artículo 235.189

## 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-