

MONOGRÁFICOS infliximab

Vol. 2 • Marzo 2009



Artículos científicos a propósito de un caso

Colitis Ulcerosa

Con el auspicio de:



GRUPO ESPAÑOL DE TRABAJO
EN ENFERMEDAD DE CROHN Y COLITIS ULCEROSA

ISBN: 978-84-691-9455-3.

D.L.: M-11087-2009

Imprime: Artes Gráficas Rupem S. Coop.

Resistencia a esteroides e intolerancia a tiopurínicos en la Colitis Ulcerosa

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEL CASO: Colitis Ulcerosa extensa (Patrón E3/S2 de Montreal).

PALABRAS CLAVE: Ulcerative Colitis, Steroids, Tacrolimus, Leukapheresis, Infliximab

SECCIÓN A LA QUE SE PRESENTA: Colitis Ulcerosa.

AUTOR PRINCIPAL:

Daniel Ceballos Santos
Hospital Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrín
Servicio de Aparato Digestivo.
C/Barranco de La Ballena s/n.
35020, Las Palmas de Gran Canaria

COLABORADORES

Elena Guerra del Río Cárdenes
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín
Servicio de Aparato Digestivo.
C/Barranco de La Ballena s/n.
35020, Las Palmas de Gran Canaria

Vanesa Ortega Quevedo
Hospital Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrín
Servicio de Aparato Digestivo.
C/Barranco de La Ballena s/n.
35020, Las Palmas de Gran Canaria

PERSONA DE CONTACTO

Daniel Ceballos Santos
Correo electrónico:
dcebsan@gobiernodecanarias.org

RESUMEN

Varón de 36 años que en mayo de 2005 presentó diarrea de hasta 5 deposiciones diarias con restos hemáticos, asociado a dolor abdominal por el que fue diagnosticado de Colitis Ulcerosa extensa tras colonoscopia y biopsias. Tratado con mesalazina oral y tópica se mantuvo estable clínicamente hasta noviembre de 2005 en que presentó recidiva, con diarrea sanguinolenta de hasta 9 deposiciones diarias, pautándose prednisona y azatioprina (que se cambió por 6-mercaptopurina por dispepsia). La evolución fue favorable hasta enero de 2006, en que se detectó recidiva durante el descenso de prednisona. Se retiraron definitivamente los tiopurínicos por hepatotoxicidad y se aumentaron los esteroides sin aparente respuesta, por lo que ingresó para tratamiento con corticoides endovenosos en abril de 2006. Tratado al alta hospitalaria con

tacrolimus (uso compasivo) y granulocitoaféresis (inducción y mantenimiento) se mantuvo asintomático hasta julio de 2007 en que presentó un nuevo brote grave con buena respuesta a esteroides endovenosos. Se suprimió inmunosupresión con tacrolimus, manteniendo solamente aféresis. De nuevo en la fase de descenso de esteroides presentó rebrote, iniciando infliximab (inducción y mantenimiento) en marzo de 2008, quedando asintomático hasta el momento.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de un varón de 36 años de 65 kg de peso y 170 cm de estatura, sin antecedentes patológicos (médicos o quirúrgicos) de interés, que presentó en julio de 2005 clínica de aumento del número de deposiciones (hasta 5 al día), de consistencia blanda, con restos hemáticos,

Ineficacia de inmunosupresores tiopurínicos en Colitis Ulcerosa con diabetes esteroidea

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEL CASO: Colitis Ulcerosa izquierda (Patrón E2/S2 de Montreal).

PALABRAS CLAVE: Colitis, Ulcerative, Steroids, Diabetes mellitus, Infliximab.

SECCIÓN A LA QUE SE PRESENTA: Colitis Ulcerosa.

AUTOR PRINCIPAL:

Vanessa Ortega Quevedo
Hospital Universitario
de Gran Canaria Doctor Negrín
Servicio de Aparato Digestivo.
C/Barranco de La Ballena s/n.
35020, Las Palmas de Gran Canaria

COLABORADORES

Daniel Ceballos Santos
Hospital Universitario
de Gran Canaria Doctor Negrín
Servicio de Aparato Digestivo.
C/Barranco de La Ballena s/n.
35020, Las Palmas de Gran Canaria

Elena Guerra del Río Cárdenes
Hospital Universitario
de Gran Canaria Doctor Negrín
Servicio de Aparato Digestivo.
C/Barranco de La Ballena s/n.
35020, Las Palmas de Gran Canaria

PERSONA DE CONTACTO

Daniel Ceballos Santos
Correo electrónico:
dcebsan@gobiernodecanarias.org

RESUMEN

Mujer de 22 años sin antecedentes personales de interés, que en 2006 presentó un cuadro de 2 meses de evolución de diarrea sanguinolenta (6-7 deposiciones diarias) tenesmo y urgencia rectal por el que se diagnosticó de Colitis Ulcerosa izquierda mediante colonoscopia y anatomía patológica (E2/S2 de la clasificación de Montreal). Al diagnóstico, presentaba un índice de actividad de Truelove-Witts modificado de 16 puntos. Precisó un ciclo de prednisona oral (40 mg/d) con pauta descendente progresiva durante la cual presentó descompensación hidrocarbonada con necesidad de insulina, diagnosticándose de diabetes mellitus tipo 1 y requiriendo insulina de manera indefinida.

Tras un periodo asintomática en tratamiento de mantenimiento con aminosalicilatos (3 g/día),

en el año 2007 presentó recidiva clínica, con diarrea sanguinolenta y dolor abdominal asociado, precisando dos ingresos hospitalarios para terapia esteroidea endovenosa, por lo que en agosto de 2007 se prescribió azatioprina (50 mg/día), requiriendo cambio a 6-mercaptopurina (50 mg/día) un mes más tarde por dispepsia.

La respuesta clínica fue parcial por lo que se iniciaron sesiones de granulocitoaféresis que hubo que suspender por dificultad en la cateterización de las venas periféricas. Con una puntuación de 10 en el índice de Truelove-Witts modificado, se inició en abril de 2008 tratamiento biológico con infliximab, con pérdida de respuesta a los 5 meses por lo que precisó un nuevo ciclo de esteroides y un cambio en la pauta de infusiones (acortamiento del intervalo entre dosis a una cada 6 semanas), quedando asintomática hasta