1130-6343/2005/29/1/71
FARMACIA HOSPITALARIA
Copyright © 2005 ARÁN EDICIONES, S. L.

FARM HOSP
Vol. 29. N.° 1, pp. 71-72, 2005

Cartas al Director

Esofagitis medicamentosa: disfagia de etiología poco frecuente

Sr. Director:

La disfagia por esofagitis péptica o secundaria a la enfermedad por reflujo gastroesofágico, se presenta con mucha frecuencia en la clínica diaria. Sin embargo, hay otras formas de esofagitis menos conocidas que también provocan alteración de la deglución; entre ellas destaca la esofagitis por medicamentos. Presentamos el caso de disfagia por ulceraciones esofágicas secundarias a la ingesta de tetraciclina.

Caso clínico

Paciente de 24 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, ni patología de reflujo ácido asociada, que consulta en área de urgencias por disfagia a sólidos y líquidos de unos tres días de evolución y dolor de espalda severo en el último día coincidiendo con la ingesta.

Su estado general era normal con exploración física normal, excepto discreta palidez. En la analítica destacaba una ligera anemia microcítica atribuida a un estado de ferropenia por pérdidas menstruales. La enferma no parecía tener estado de ansiedad aunque su médico de familia le había prescrito benzodiacepinas a bajas dosis, pues la fecha de su enlace matrimonial estaba cercana.

Se aceptó la realización de endoscopia digestiva alta de urgencias donde se evidenció en tercio medio esofágico, una mucosa con pérdida de su coloración rosácea normal por la presencia de varias ulceraciones superficiales con fondo fibrinoso y algunas de ellas con punteado hemorrágico (Fig. 1). El resto del esófago tenía una mucosa y peristaltismo normal: no había lesiones en tercio distal compatibles con esofagitis péptica y no se evidenciaba una hernia hiatal por deslizamiento.

La toma de biopsias para anatomía patológica no evidenció ninguna hifa ni filamento, ni tampoco inclusiones intranucleares, sino cambios inflamatorios inespecíficos; de tal forma que podíamos excluir la posibilidad remota de una esofagitis fúngica o vírica. Las lesiones endoscópicas tampoco eran sospechosas de tales cuadros.

Ante dichas lesiones, se interrogó a la paciente sobre la ingesta reciente de fármacos y afirmó que desde hacía un mes había cambiado su anticonceptivo, se le había prescrito un complejo multivitamínico para la caída del cabello y un antibiótico para sus problemas de acné. Este antibiótico resultó ser tetraciclina, agente conocido y comunicado como causante de lesiones esofágicas.

Una vez identificada la causa de las lesiones esofágicas, se procedió a suspender dicho fármaco y se indicó tratamiento con sucralfato y omeprazol para acelerar la cicatrización de las lesiones. En una revisión dos semanas más tarde, se evidenció el cese de los síntomas. La evolución clínica favorable sin la suspensión del resto del tratamiento, nos lleva a considerar que la tetraciclina fue probablemente el responsable del efecto adverso descrito, el cual fue notificado al Sistema Español de Farmacovigilancia.

Discusión

La disfagia medicamentosa o por comprimidos, ha de ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de un paciente que consulta por disfagia. Son muchos los medicamentos reconocidos como causantes de lesión esofágica, entre los que destacan los antibióticos de la familia de las tetraciclinas, el cloruro de potasio, los agentes antiinflamatorios, la quinidina, el bromuro de emepronio y los bifosfonatos[1-3].

Se han analizado algunos factores que favorecen la lesión esofágica encontrando que el tiempo de contacto con la mucosa esofágica está relacionado con el tamaño, la forma y la cubierta del comprimido, además de las características de la anatomía y de la conducta de los pacientes que la ingieren[4]. Los comprimidos grandes, redondos y poco pesados, las cubiertas de material gelatinoso que se adhieren a la mucosa, y las píldoras con goma "guar" pueden provocar más fácilmente lesión esofágica. Nuestra paciente reconoce haber tomado un comprimido de un preparado comercial de tetraciclina de poco peso una noche antes de acostarse, porque había olvidado ingerirlo a lo largo del día.

Paradójicamente no suele haber obstáculo anatómico ni alteraciones de la deglución en la mayoría de las esofagitis por medicamentos. Las lesiones se localizan más frecuentemente en esófago medio, como sucede en nuestra paciente, que es el lugar donde los comprimidos retrasan el tránsito coincidiendo con la altura del cayado aórtico. Como parece lógico pensar, también han de evitarse posiciones antigravitatorias o de sedestación y acompañar los comprimidos con abundante cantidad de agua para evitar la aparición de las lesiones.

El dolor de espalda con la deglución es un claro síntoma que nos orientó a sospechar un problema esofágico orgánico más que un simple trastorno motor o un cuadro funcional desencadenado por estrés conocido como bolo histérico.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y se confirma con la endoscopia. Las lesiones suelen consistir en ulceraciones de carácter localizado en el tramo esofágico donde se ha detenido el medicamento a diferencia de otras esofagitis que tienen una distribución difusa o en tercio distal como las pépticas. Es obligada la toma de biopsias para excluir otras formas de esofagitis y cuyo resultado dará la presencia de ulceración esofágica inespecífica. El tránsito esofágico ha dejado de utilizarse en la actualidad porque no aporta nada al diagnóstico.

El tratamiento por lo general es ambulatorio con la suspensión del fármaco probado[5] y administrando inhibidores de la bomba de protones o antiácidos tipo sucralfato hasta el cese de los síntomas[6]. No obstante, la cicatrización de una úlcera en esófago puede ocurrir de manera espontánea sin ayuda de medicación. Lo normal es encontrarnos tetraciclinas o bifosfonatos en la clínica diaria como fármacos más frecuentemente responsables. En algunos

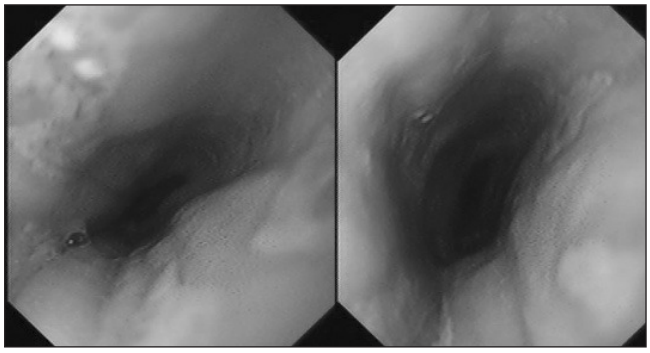

Fig. 1. Ulceraciones en mucosa de esófago medio.

casos en los que el dolor impida la adecuada nutrición, puede ser necesario el ingreso hospitalario para poner en reposo el tubo digestivo y administrar sueroterapia intravenosa, ya que la desnutrición aguda empeoraría las ulceras y retrasaría su curación. Las complicaciones como la perforación[7] o estenosis, son muy raras pero pueden presentarse, para lo cual será necesario recurrir a la cirugía o a las dilataciones endoscópicas.

De todo esto podemos extraer las siguientes consideraciones:

1. La disfagia en gente joven sin problemas aparentes de reflujo ni otros factores de riesgo, puede deberse a lesiones esofágicas por fármacos.

2. El dolor de espalda con la ingesta es característico de un problema orgánico esofágico.

3. Un diagnóstico de presunción erróneo por no hacer endoscopia a tiempo, puede empeorar un cuadro de esofagitis medicamentosa: las benzodiacepinas prescritas por problema funcional pueden enlentecer el peristaltismo y agravar las lesiones esofágicas.

4. La aparición en la endoscopia de lesiones ulcerosas o erosiones amplias en un segmento corto de esófago, tienen que hacernos pensar en un origen medicamentoso.

5. Hay que interrogar siempre sobre la prescripción reciente de fármacos y entre ellos averiguar cuál es el responsable evitando la suspensión de todos, algunos de los cuales pueden ser muy necesarios.

6. Las tetraciclinas, que son conocidos antibióticos empleados para problemas de piel y partes blandas, así como para otras enfermedades menos frecuentes como la psitacosis y leptospirosis, son reconocidos fármacos causantes de ulceraciones esofágicas.

7. Las lesiones esofágicas asociadas al uso de tetraciclinas pueden prevenirse tomando el medicamento con las comidas, acompañadas de un gran vaso de agua y dejando transcurrir al menos una hora antes de tumbarse o acostarse.

J. J. Martínez Crespo, M. Martínez de Guzmán[1]

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. [1]Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia

Bibliografía

1. O'Neill JL, Remington TL. Drug induced esophageal injuries and dysphagia. Ann Pharmacother 2003; 37: 1675-84.
2. Fernandes PA, Pires MS, Gouvea AP. Ulcerative esophagitis associated with the use of alendronate sodium: histopathologial and endoscopic features. Arq Gastroenterol 2002; 39: 173-6.
3. Zhang ST, Wong WM, Hu WH, Trendell-Smith NJ, Wong BC. Esophageal injuyt as a result of ingestion fo iron tablets. J Gastroenterol Hepatol 2003; 18: 466-7.
4. Bachr P, McDonald GB. Trastornos esofágicos causados por infecciones, enfermedades sistémicas, fármacos, radiaciones y traumatismos. En: Feldman M, Bruce F. Scharschmidt, Marvin H. Sleisenger. Sleisenger & Fordtran. Enfermedades Gastrointesinales y Hepáticas. 6ª ed. Tomo 1. Madrid: Médica Panamericana, 2000. p. 568-70.
5. Pinos T. Figueras C. Mas R. Doxicycline-induced esophagitis: treatment with liquid sucralphate. Am J Gastroenterol 1990; 85: 902-3.
6. Banisaeed N, Truding RM, Chang CH. Tretracycline-induced spongiotic esophagitis: a new endoscopic and histopathologic finding. Gastrointest Endosc 2003; 58: 292-4.
7. Gupta NM, Gupta V, Gupta R, Sudhakar V. Esophageal perforation causedy a blister-wrapped tablet. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2002; 10: 87-8.