

Esofagitis medicamentosa

Drug esophagitis

Cap. (E. Med.) Fabiana A. Franco Alanis*, Dr. Esteban Sterle**

Lugar de trabajo: Servicio de Endoscopia Digestiva. Centro Medicus Sede Azcuénaga. Azcuénaga 910. C.A.B.A.

* Médica especialista en Cirugía General. Endoscopias. Centro Medicus. C.A.B.A.

*** Médico Gastroenterólogo. Centro Medicus. C.A.B.A.

Resumen

Introducción: La esofagitis medicamentosa es una entidad anatomoclínica consistente en la lesión de la mucosa esofágica ocasionada por la ingesta de fármacos que por el contacto directo prolongado ejerce un efecto cáustico local que daña la integridad del órgano.

Objetivos: Observar la utilidad del estudio endoscópico como herramienta auxiliar en el diagnóstico de la esofagitis medicamentosa. Realizar una revisión de la bibliografía disponible y una puesta al día de esta entidad anatomoclínica, como así también, reconocer la frecuencia de aparición en un servicio de endoscopia.

Material y Método: Se analizaron todas las endoscopias digestivas altas programadas realizadas en un servicio de endoscopia privado desde enero de 2017 a julio de 2018 realizadas por los autores. Se tuvieron en cuenta los diagnósticos, sean estos patológicos o no, que comprometían al Esófago. Observacional. Descriptivo. Retrospectivo.

Resultados: Del 100% (402 endoscopias digestivas altas) de las endoscopias digestivas realizadas durante el periodo observado se obtuvo que el 8.95% (36 endoscopias digestivas altas) presentaban diagnóstico de esofagitis de origen erosivo, en el 1.99% (8 endoscopias digestivas altas) tuvieron esófago de Barret, el 3.48% (14 endoscopias digestivas altas) Hiperqueratosis, el 1.24% (5 endoscopias digestivas altas) lesiones tumorales y solo el 0.25% (1 endoscopias digestivas altas) presentó esofagitis de origen medicamentoso.

Conclusión: La esofagitis medicamentosa es una patología poco frecuente. La disfagia, síntoma que en pacientes jóvenes sin antecedentes patológicos previos ni historia de reflujo

Abstract

Introduction: Drug esophagitis is an anatomoclínical entity consisting of lesion of the esophageal mucosa caused by the ingestion of drugs that, due to prolonged direct contact, exerts a local caustic effect that damages the integrity of the organ

Objectives: Observe the usefulness of endoscopic study as an auxiliary tool in the diagnosis of drug esophagitis. Carry out a review of the available bibliography and an update of this anatomical entity, as well as, recognize the frequency of appearance in an endoscopy service.

Material and method: We analyzed all scheduled upper digestive endoscopies performed in a private endoscopy service from January 2017 to July 2018 by the authors. The diagnoses, whether pathological or not, were taken into account, which compromised the esophagus. Observational Descriptive. Retrospective.

Results: 100% (402 upper digestive endoscopies) of digestive endoscopies performed during the period observed it was found that 8.95% (36 upper digestive endoscopies) had a diagnosis of esophagitis of erosive origin, in 1.99% (8 upper digestive endoscopies) had esophagus de Barret, 3.48% (14 upper digestive endoscopies) Hyperkeratosis, 1.24% (5 upper digestive endoscopies) tumor-like lesions and only 0.25% (1 upper digestive endoscopies) presented esophagitis of drug origin.

Conclusion: Drug esophagitis is a rare pathology. Dysphagia, a symptom that in young patients with no previous medical history or history of gastroesophageal reflux or other risk factors, may be due to esophageal lesions caused by drugs. A diagnosis of erroneous presumption may not raise an upper digestive endoscopy diagnostic tool necessary complementary, leading the

gastroesofágico ni otros factores de riesgo, puede deberse a lesiones esofágicas por fármacos. Un diagnóstico de presunción erróneo puede no plantear una endoscopia digestiva alta herramienta diagnóstica complementaria necesaria, llevando al paciente al agravamiento de la lesión esofágica. Para lo cual es necesario implementar medidas preventivas a fin de evitar una potencial esofagitis medicamentosa.

Palabras Claves: Esofagitis Medicamentosa-Claritromicina

Recibido: 1 de agosto de 2018 **Aceptado:** 20 de agosto de 2018

patient to worsen the esophageal injury. For which it is necessary to implement preventive measures in order to avoid a potential drug esophagitis.

Key Words: Drug esophagitis, Clarithromycin

Introducción

La esofagitis medicamentosa es una entidad anatomoclínica consistente en la lesión de la mucosa esofágica ocasionada por la ingesta de fármacos. Estos pueden ocasionar daño de forma indirecta, al producir un aumento del reflujo gastroesofágico o alterando la barrera epitelial favoreciendo las complicaciones infecciosas al inducir inmunosupresión, y además, de forma directa a través del efecto cáustico local que se produce por el contacto directo prolongado sobre la mucosa.^{1, 8, 9}

Varios son los factores que determinan este tipo de entidad. Por un lado los dependientes del fármaco propiamente dicho como el tamaño, la forma o la cubierta del comprimido o cápsula como así también sus propiedades ácidas, siendo los comprimidos de mayor tamaño, de forma redonda, poco pesados y de material gelatinoso, los que más riesgo tienen de provocar lesión además, se debe tener en cuenta otros factores que influyen como, el modo de administración del mismo; la conducta del paciente después de tomarlo (sobre todo si se

toman con poco líquido o inmediatamente antes de irse a dormir); y la presencia de alteraciones anatómicas en la motilidad esofágica del paciente y /o patológicas como las estenosis esofágicas preexistentes, tumores, acalasia, esclerodermia y otras condiciones que ocasionan el retraso el vaciamiento.^{6, 3, 2}

Los fármacos más frecuentemente reconocidos y comunicados como causantes de esofagitis medicamentosa son, entre otros, los antibióticos, los antiinflamatorios y los bifosfonatos.^{6, 5}

Objetivos

Observar la utilidad del estudio endoscópico como herramienta auxiliar en el diagnóstico de la esofagitis medicamentosa. Realizar una revisión de la bibliografía disponible y una puesta al día de esta entidad anatomoclínica, como así también, reconocer la frecuencia de aparición en un servicio de endoscopia.

Material y Métodos

Se analizaron todas las endoscopias digestivas altas programadas realizadas en un servicio de endoscopia privado desde enero de 2017 a julio

de 2018. Se tuvieron en cuenta los diagnosticos, sean estos patológicos o no, que comprometían al Esófago. Diseño: Observacional, descriptivo y retrospectivo.

Resultados

Del 100% (402 endoscopias digestivas altas) de las endoscopias digestivas realizadas durante el periodo observado se obtuvo que en el 84.08% de los estudios endoscópicos no se hayo lesiones esofágicas siendo el estudio normal y en su defecto el 15.92% fue anormal. Ver gráfico N°1:

Endoscopia Digestiva Alta



Gráfico N°1: Endoscopia Digestiva Alta

De los estudios patológicos se evaluó la frecuencia de las diversas lesiones y se obtuvo el siguiente resultado: El 8.95% (36 endoscopias digestivas altas) presentaban diagnóstico de esofagitis de origen erosivo, en el 1.99% (8 endoscopias digestivas altas) tuvieron esófago de Barret, el 3.48% (14 endoscopias digestivas altas) Hiperqueratosis, el 1.24% (5 endoscopias digestivas altas) lesiones tumorales y solo el 0.25% (1 endoscopias digestivas altas) presento esofagitis de origen medicamentoso. Ver gráfico N°2 (Numérica de endoscopias digestivas altas patológica).

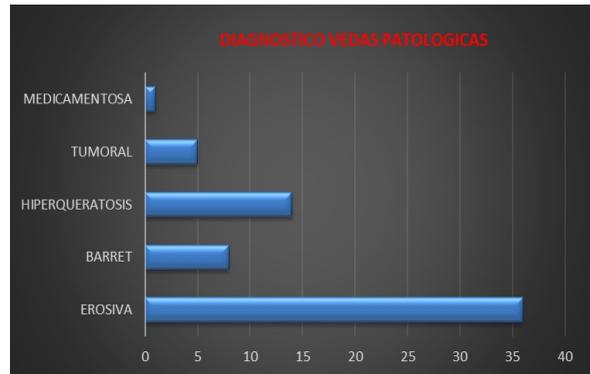


Gráfico N°2 :Numérica de endoscopias digestivas altas patológica.

A continuación se procede a la presentación del caso clínico de una paciente femenina de 36 años de edad, con antecedentes personales patológicos de hipotiroidismo medicada sin otro dato de jerarquía, ingreso por guardia refiriendo dolor retroesternal localizado sin irradiación de moderada intensidad de reciente comienzo asociado a disfagia y sensación de cuerpo extraño en contexto de un cuadro de absceso poplíteo izquierdo para lo cual se encontraba cumpliendo tratamiento antibiótico con amoxicilina, ácido clavulanico y Claritromicina . Al interrogativo dirigido refirió haber ingerido un comprimido del antibiótico recetado sin beber agua estando en posición decúbito dorsal sobre su lecho en horario nocturno 6 horas previas al ingreso. Los estudios complementarios que incluyeron laboratorios de rutina, electrocardiogramas y radiografía de tórax resultaron ser dentro de parámetros normales. Se planteó la necesidad de realizar una videoendoscopia digestiva alta en la que se evidencio entre los 20 a 30 centímetros de la arcada dentaria superior una extensa necrosis de la mucosa esofágica circunferencial con sangrado y coágulos interpretándose como una

esofagitis medicamentosa. (Foto 1: Ulcera esofágica en tercio medio) Se le indico



Foto N°1: Ulcera esofágica en tercio medio

suspensión del fármaco, reposo digestivo con restricción de sólidos solo ingesta de líquidos (Agua), inhibidores de la bomba de protones y sucralfato. A las 48 horas se realiza un control endoscópico que evidencia proceso de cicatrización en vías de resolución constatándose mucosa edematosa congestiva con área ulcerada con coagulo adherido y membranas blanquecinas. Se progresa dieta y se dio el alta hospitalaria con mejoría significativa sintomática a los 5 días del ingreso. A los 39 días se realizó una tercera endoscopia de control en la que constato indemnidad de la mucosa esofágica. (Foto 2: VEDA control con indemnidad de la mucosa)



Foto N° 2 : VEDA control con indemnidad de la mucosa

Discusión

La esofagitis medicamentosa es una patología poco frecuente, se estima que su incidencia es

de aproximadamente 4 casos por cada 100.000 habitantes por año según Moreira et al. Según nuestra muestra obtuvimos un resultado ligeramente mayor aunque inferimos que la causa está dada por las características particulares de nuestra población y numérica.¹ Produce síntomas específicos como el dolor retroesternal localizado y disfagia, estos síntomas, muchas veces confunden el diagnóstico por lo que se hace oportuno una sospecha clínica dirigida por una correcta anamnesis teniendo en cuenta sexo, edad, antecedentes de enfermedad actual como en el caso de nuestra paciente que al interrogatorio dirigido hizo plantear la necesidad de realizar un estudio endoscópico digestivo confirmando así la sospecha diagnóstica.^{1,5}

La lesión endoscópica característica son las ulceraciones de la mucosa esofágica. Según una estadística realizada por Martínez, Julián, estas se encuentran ocasionadas en un 65% secundarias al reflujo gastroesofágico, mientras que las ocasionadas por medicamentos representan el 22%, seguidas por las de origen infeccioso (micótico, viral), por cáusticos o por cuerpos extraños.⁷

Se evidencio que más de 100 fármacos son los que desencadenan una esofagitis que en la mayoría de los casos por contacto directo prolongado de la capsula y/o comprimido ingerida con poca o sin agua con la mucosa. Los antibióticos son responsables de aproximadamente la mitad de los casos, aproximadamente la mitad de los casos, destacando las tetraciclinas y en especial la

doxiciclina, clindamicina, minociclina y eritromicina por su efecto directo irritante como fue el caso de nuestra paciente. Los antiinflamatorios son otro grupo destacado y con frecuencia producen estenosis, por sus cualidades ácidas, por afectar las propiedades protectoras de la mucosa y por favorecer el reflujo gastroesofágico. Con respecto a los bifosfonatos, especialmente el alendronato, la aparición de esofagitis es menor. Otros medicamentos menos empleados actualmente, como la quinidina o el cloruro potásico, también se han señalado como causantes de esofagitis.^{1, 6, 7}

Las características físicas y propiedades químicas de los comprimidos son unos de los factores de determinan junto a otros la producción de daño. Varios estudios recomiendan a los pacientes con alteraciones de la deglución la prescripción de fármacos en suspensión. En todos los pacientes el uso de presentaciones (tabletas o cápsulas) de diámetro menor a 1 cm y de formas redondas y que además, se ingiera con al menos 120 ml de agua, en posición erguida y de ser posible no adopte el decúbito hasta una media hora después de haberlos tomados, sugiriéndose en el caso de los pacientes con reflujo gastroesofágico conocido realizarlo a los 90 minutos después.^{1, 3, 7}

Conclusión

La esofagitis medicamentosa es una patología poco frecuente por lo cual la sospecha diagnóstica deberá siempre plantearse como diagnóstico diferencial. La disfagia como síntoma

más frecuente de presentación en pacientes jóvenes sin antecedentes patológicos previos ni historia de reflujo gastroesofágico ni otros factores de riesgo, puede deberse a lesiones esofágicas por fármacos y debe generar una sospecha diagnóstica firme. Por lo tanto, un diagnóstico de presunción erróneo puede no plantear una endoscopia digestiva alta herramienta diagnóstica complementaria necesaria, llevando al paciente al agravamiento de la lesión esofágica. Se deberá tener especial atención a la ingesta de cualquier fármaco y al contexto en el cual fue ingerido. Para lo cual es necesario implementar medidas preventivas a fin de evitar una potencial esofagitis medicamentosa.

Bibliografía

1. **Angueira Teresa** y Alfredo J. Lucendo. Esofagitis por Fármacos. Rev. esp. enferm. dig. vol.107 no.5 Madrid may. 2015
2. **Dicaf. Esofagitis Inducida por Medicamentos.** Pharmacist's letter (2007) ; 23 : 231203
3. **Eng J, Sabanathan S.** Drug-induced esophagitis. Am J Gastroenterol 1991 Sep 86:1127-33
4. **Gupta NM, Gupta V, Gupta R, Sudhakar V.** Esophageal perforation caused by a blister-wrapped tablet. Asian Cardiovasc Thorac Ann 2002;10: 87-8.
5. **J. J. Martínez Crespo, M. Martínez de Guzmán.** Esofagitis medicamentosa: disfagia de etiología poco frecuente. FARM HOSP. Vol. 29. N. 1, pp. 71-72, 2005
6. **Luciani J, Pigatto V, Naves A, Fay M, Silvestre Begnis M, Piola JC, Prada DB, Pedrana R.** Esophagitis associated with use of alendronate in 5 postmenopausal patients. Acta Gastroenterol Latinoam 2001 May 31:59-63
7. **Martínez, Julian M.** Úlceras esofágicas por medicamentos. Higuchi D, Sugawa C, Shah SH, Tokioka S, Luca CE. Etiology, treatment and outcome of esophageal ulcers: a 10 year experience in an urban emergency hospital. J Gastrointest Sur 2003; 7: 836-842.
8. **O'Neill JL, Remington TL.** Drug induced esophageal injuries and dysphagia. Ann Pharmacother 2003; 37: 1675-84
9. **Zhang ST, Wong WM, Hu WH, Trendell-Smith NJ, Wong BC.** Esophageal injury as a result of ingestion of iron tablets. J Gastroenterol Hepatol 2003; 18: 466-7