



## CARTAS CIENTÍFICAS

**Silodosina: causa desapercibida de diarrea farmacológica****Silodosin: An overlooked cause of drug-induced diarrhea**

La diarrea de origen farmacológico constituye la segunda causa más frecuente de diarrea aguda después de la etiología infecciosa, sin embargo muy pocas veces se tiene en cuenta. Además, se debe recordar que no exclusivamente los fármacos típicos como pudieran ser los antibióticos o la metformina pueden provocarla<sup>1</sup>.

Se presenta el caso de un varón de 80 años con antecedente relevante de cardiopatía isquémica, diverticulosis colónica e hiperplasia benigna de próstata intervenida en febrero 2015 donde recibe ciclo de antibioterapia por infección del tracto urinario. En tratamiento habitual con omeprazol y carvedilol desde hacía años a dosis estables. Y con silodosina desde el alta en servicio de urología, sin haber recibido durante el ingreso ni AINE, ni nuevo ciclo de antibióticos u otros fármacos productores de diarrea. Ingresa en el hospital aproximadamente unas 3 semanas después del alta en urología, por cuadro de diarrea de unas 20 deposiciones al día acuosas sin productos patológicos y de bajo volumen, sin tenesmo rectal ni urgencia. No empeoraba con la ingesta, no se acompañaba de dolor abdominal y no presentaba fiebre. El paciente negaba viajes al extranjero en ese mes ni otros antecedentes epidemiológicos de interés. Tampoco había presentado nunca ningún episodio similar gastrointestinal que pudiera mostrar alguna etiología de origen crónico o un cuadro recidivante. Refería, además, pérdida de 4 kg de peso desde entonces.

A su llegada a urgencias, analíticamente destacaban datos de insuficiencia renal aguda de origen prerrenal. Por lo que recibe sueroterapia intravenosa y ante la sospecha de etiología infecciosa se inicia antibioterapia empírica con ciprofloxacino y metronidazol. Se determina la toxina de *Clostridium difficile* que es negativa y se toman coprocultivos no concluyentes. Se extraen serologías y todo el estudio analítico de diarrea (incluyendo anticuerpos por enfermedad celíaca, hormonas tiroideas) resultando todo negativo. Se realiza colonoscopia, siendo la misma completa con excelente preparación con el único hallazgo de

diverticulosis. Desde el día siguiente del ingreso, no vuelve a realizar deposición por lo que al permanecer asintomático se decide dar de alta. El paciente reingresa a la semana siguiente, por nuevo cuadro de diarrea de 20 deposiciones al día de las mismas características que en el ingreso anterior. Coincidente en el tiempo, por segunda vez, desde el día siguiente del segundo ingreso continúa sin realizar deposición. Dada la cronología y que el cuadro se autolimita en el ingreso, se plantea el diagnóstico diferencial con la diarrea de origen farmacológico. Se realiza de nuevo la anamnesis al paciente que refiere comienzo reciente con silodosina, medicación que no se había administrado durante el ingreso previo por falta de disponibilidad. Se repite no obstante colonoscopia para toma de biopsias con objetivo de descartar colitis microscópica, que no revelan alteraciones histológicas.

Dada la sospecha de diarrea grave secundaria al tratamiento con silodosina se decide suspender el tratamiento, revirtiendo de forma completa la clínica del paciente.

La silodosina es un bloqueante de los receptores adrenérgicos alfa-1A, lo que conlleva una relajación del músculo liso de estos tejidos, por lo que reduce la resistencia en la región de salida de la vejiga sin afectar a la contractilidad del músculo liso detrusor. Es empleado fundamentalmente para la hiperplasia benigna de próstata, motivo por el cual lo recibía nuestro paciente. En su ficha técnica, la diarrea está descrita como un efecto frecuente (10%)<sup>2</sup>, sin embargo, en la experiencia en ensayos clínicos solamente aparece en el 4% de los pacientes y no se describe como un efecto adverso grave<sup>3,4</sup>.

La diarrea de origen farmacológico pasa en ocasiones desapercibida, debiendo pensar específicamente en ella para un correcto diagnóstico. No obstante, siempre debe realizarse un diagnóstico diferencial con las demás causas de diarrea y llevar a cabo la extracción de estudio de heces, analítico, serológico y endoscópico para poder hacer un diagnóstico de exclusión. El tratamiento de la misma consiste en la retirada del fármaco provocador. Resaltar que la diarrea puede ser uno de los efectos adversos más frecuentes de los tratamientos farmacológicos, sin embargo, suelen ser casos banales. No se debe olvidar, que en ocasiones, pueden llegar a producir cuadros graves que precisen ingreso hospitalario como muestra este caso<sup>5,6</sup>.

A medida que avanza la medicina, nos enfrentamos cada vez con mayor frecuencia a pacientes polimedicados. Este caso subraya la importancia de la realización de una completa anamnesis, incluyendo siempre el tratamiento global del paciente con objetivo de que no pase desapercibido el origen farmacológico, puesto que como sucedió en este caso puede llegar a cursar con un cuadro de diarrea grave. Este ejemplo demuestra una vez más, que una precisa y cuidadosa historia clínica es la clave no solo para alcanzar el diagnóstico de la diarrea farmacológica, si no, para poder retirar el agente causante y lograr la curación de la misma.

## Financiación

Este artículo no cuenta con financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Philpott HL, Nandurkar S, Lubel J, Gibson PR. Drug-induced gastrointestinal disorders. *Postgrad Med J.* 2014;90:411–9.

2. Ficha técnica Silodosina. Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Disponible en: <http://www.emea.europa.eu/>
3. Marks LS, Gittelman MC, Hill LA, Volinn W, Hoel G. Silodosin in the treatment of the signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia: A 9-month, open-label extension study. *Urology.* 2009;74:1318–22.
4. Fonseca J, Martins da Silva C. The diagnosis and treatment of lower urinary tract symptoms due to benign prostatic hyperplasia with  $\alpha$ -blockers: Focus on silodosin. *Clin Drug Investig.* 2015;35 Suppl 1:S7–18.
5. Marietta EV, Cartee A, Rishi A, Murray JA. Drug-induced enteropathy. *Dig Dis.* 2015;33:215–20.
6. McCarthy AJ, Lauwers GY, Sheahan K. Iatrogenic pathology of the intestines. *Histopathology.* 2015;66:15–28.

Marta Magaz Martínez\*, Lucía Relea Pérez,  
Cristina Suárez Ferrer, Cesar Barrios Peinado  
y Luis Abreu García

*Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario  
Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [martamagazm@gmail.com](mailto:martamagazm@gmail.com)  
(M. Magaz Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2015.07.008>

## Lower gastrointestinal bleeding as a presentation of miliary tuberculosis



## Hemorragia digestiva baja como presentación de una tuberculosis miliar

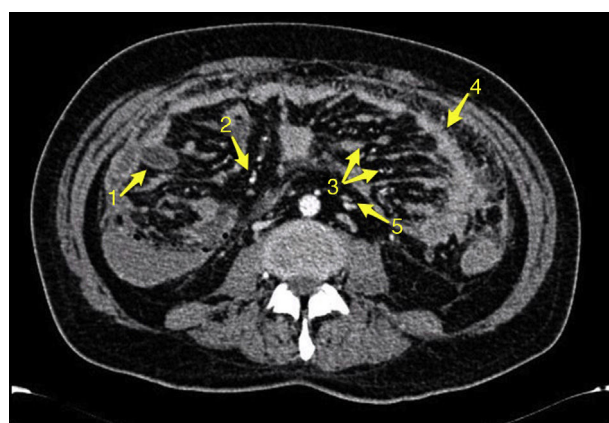
A 44-year-old male, native of Bolivia but living in Spain for the last 10 years without recent travels to his country, and with no history of interest, attended the emergency room complaining of rectal bleeding with hemodynamic instability. The patient also addressed a three-month period of diffuse abdominal pain (predominantly in left flank), dysmotility, dysthermia, night sweats and weight loss. Physical examination, including neurological examination, was unremarkable except for malnutrition and pain in the left flank's deep palpation without detecting masses, organomegaly or ascites.

Tests revealed 7.6 g/dL hemoglobin levels with ferro-penia profile, 135 mg/dL CRP, 60% Quick I. and severe malnutrition. The rest of the parameters, including WBC count, electrocardiogram and chest radiograph resulted without alterations. Colonoscopy was performed without finding mucosal lesions, though with hematic content in terminal ileum. Gastroscopy was normal. CT scan showed jejunal thickening with plenty intraluminal hematic content without actually observing bleeding points. In addition, a thickening of the omentum, multiple peritoneal implants, ascites, and lymphadenopathy were demonstrated. Double contrast CT and gastrointestinal transit were performed without new discoveries (Fig. 1).

On admission the blood culture, HIV and Mantoux tests were negative. Early laparoscopy was performed, obtaining images that suggested miliary TB vs. peritoneal carcinomatosis (Fig. 2).

Histology showed abundant caseating granulomas. The Ziehl Neelsen stain and PCR for *M. Tuberculosis* in peritoneal fluid were negative. Due to these findings the patient was isolated until the negative result of sputum smear microscopy arrived. Pleural effusion was found in a second radiography with negative RCP for *Mycobacteria*.

Treatment was initiated with rifampicin, isoniazid, pyrazinamide and ethambutol in weight-adjusted doses, with



**Figure 1** CT showing (1) blood content in jejunum, (2) multiple peritoneal implants, (3) omental cake, (4) thickening of the omentum, (5) lymphadenopathy.