



HEPATITIS TÓXICA POR *CAMELLIA SINENSIS*

Sr. Director: Las hepatopatías tóxicas constituyen un importante problema de salud debido a su elevada frecuencia, su potencial gravedad, la ausencia de marcadores clínicos, analíticos o anatomopatológicos específicos de toxicidad hepática, y a su capacidad para remedar cualquier otra enfermedad hepática. Además, el número de fármacos, drogas de abuso, suplementos dietéticos o hierbas medicinales capaces de provocar hepatotoxicidad, crece de manera continuada, lo que añade dificultad a su diagnóstico¹⁻³.

El uso de plantas medicinales viene experimentando en los últimos años un incremento notorio, influido sin duda por la generalizada y falsa creencia de que, al tratarse de productos «naturales», se presupone su inocuidad⁴. En abril de 2003, la Agencia Española de Medicamentos y productos sanitarios suspendió la comercialización del extracto etanólico de *Camellia sinensis* ante la notificación de 13 casos de hepatopatía tóxica (9 de ellos ocurridos en Francia⁵) relacionados con esta sustancia⁶. De igual modo, se han notificado casos muy aislados de hepatopatía tóxica asociada a la ingesta de polvo micronizado de hojas de *C. sinensis* (té verde)^{7,8}, utilizado como coadyuvante en el tratamiento de la obesidad por un supuesto efecto inhibidor de las lipasas y estimulador de la termogénesis.

Presentamos un nuevo caso de hepatitis tóxica relacionado con el uso de polvo micronizado de hojas de *C. sinensis*.

Mujer de 55 años de edad, que consulta por presentar un deterioro de su estado general, ictericia, coluria e hipocolia. Mes y medio antes había comenzado a tomar 1.800 mg/día de polvo micronizado de hojas de *C. sinensis* (Camilina-Arkocápsulas®). Desde 4 años antes, seguía tratamiento con 20 mg/día de simvastatina. No refería hábitos tóxicos. En la exploración física únicamente llamaba la atención la ictericia. Entre los parámetros analíticos destacaban los siguientes: sistemático de sangre normal, actividad de protrombina 96%, bilirrubina total 13,3 mg/dl (fracción directa 12 mg/dl), AST 1.970 U/l, ALT 2.130 U/l, GGT 563 U/l, fosfatasa alcalina 403 U/l, LDH 1.070 U/l y ferritina 1.058 ng/ml. El proteinograma y el resto de los parámetros bioquímicos básicos, alfa-1 antitripsina, ceruloplasmina, cobre sérico y alfafetoproteína eran normales. Las serologías frente al virus A, B y C de la hepatitis, virus de la inmunodeficiencia humana, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus herpes simple I y II, *Mycoplasma pneumoniae* y *Coxiella burnetii* fueron negativas. También fueron negativos los anticuerpos antinucleares, antimitocondriales, antimusculo liso y anti-LKM. La ecografía abdominal fue normal. Con la sospecha de hepatitis tóxica con afectación mixta citolítica-colestásica, se suspendieron la simvastatina y el preparado de *C. sinensis*. A los 45 días la paciente se encontraba asintomática, y con normalización de todos los parámetros analíticos, incluida la ferritina. Debido a hipercolesterolemia persistente, se reintrodujo la simvastatina, sin que se modificaran los valores de transaminasas. El caso se notificó al Centro Regional de Farmacovigilancia de Castilla y León.

Si establecer el diagnóstico de hepatopatía tóxica no es tarea fácil, su atribución a productos de herboristería resulta aún más complejo, debido, entre otras cuestiones, a que no siempre se investiga sobre este extremo, su uso a veces no se reconoce, su composición no siempre está accesible o la frecuente toma simultánea de diversos productos de herboristería asociados o no a otros fármacos.

Por ello, es fundamental tener presente que cualquier enfermedad hepática puede estar causada por fármacos, que se debe realizar una anamnesis exhaustiva en busca de eventuales exposiciones a tóxicos, que se debe investigar la posible hepatotoxicidad de las sustancias encontradas y, finalmente, que se deben excluir otras causas específicas de enfermedad hepática.

En el caso expuesto, y de acuerdo con la escala diagnóstica de CIOMS/RUCAM⁹, la relación causal es probable (8 puntos).

Aunque la simvastatina es un fármaco con un potencial hepatotóxico significativo, la ausencia de relación temporal con la enfermedad y la normalidad de las pruebas hepáticas realizadas antes del presente episodio, como tras la reintroducción del fármaco, nos hacen pensar que no está involucrado, con relación de causalidad, en el presente caso.

Por tanto, es necesario insistir acerca de la ingesta de productos de herboristería en todos los pacientes con alteración de las pruebas hepáticas. Finalmente, y con el objeto de ampliar el conocimiento sobre esta enti-

dad, así como de realizar, en su caso, estudios sobre eventuales marcadores de susceptibilidad a la hepatopatía, insistimos en que, tanto desde el punto de vista ético como técnico, se deben notificar estas reacciones a los centros de farmacovigilancia correspondientes.

JOSÉ MARÍA PRIETO DE PAULA, JULIA GÓMEZ BARQUERO
Y SILVIA FRANCO HIDALGO

Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Palencia.
Palencia. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schoepfer AM, Engel A, Fattinger K, Marbet UA, Cribblez D, Reichen J, et al. Herbal does not mean innocuous: ten cases of severe hepatotoxicity associated with dietary supplements from Herbalife products. *J Hepatol.* 2007;47:521-6.
2. Andrade RJ, Lucena MI. Hepatotoxicidad: apuntes en el nuevo milenio. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;7:4-6.
3. Kaplowitz N. Idiosyncratic drug hepatotoxicity. *Nat Reviews Drug Discov.* 2005;4:489-99.
4. Larrey D. Hepatotoxicity of herbal remedies. *J Hepatol.* 1997;26 Suppl 1:47-51.
5. Gloro R, Hourmand-Ollivier I, Mosquet B, Mosquet L, Rousset P, Salamé E, Piquet MA, Dao T. Fulminant hepatitis during self-medication with hydroalcoholic extract of green tea. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2005;17:1135-7.
6. Pedrós C, Gloria Cereza NG, Laporte JR. Hepatotoxicidad por extracto etanólico seco de *Camellia sinensis*. *Med Clin (Barc).* 2003; 121:598-9.
7. Gavilán JC, Bermúdez FJ, Salgado F, Peña D. Fitoterapia y hepatitis. *Rev Clin Esp.* 1999;199:693-4.
8. García-Morán S, Sáez-Royuela F, Gento E, López Morante A, Arias L. Hepatitis aguda asociada a ingestión de *Camellia thea* y *Orthosiphon stamineus*. *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27:559-60.
9. Danan G, Bénichou C. Causality assessment of adverse reactions to drugs. A novel method based on the conclusions of international consensus meetings: application to drug-induced liver injuries. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:1323-30.



¿ASOCIACIÓN ENTRE COLANGIOCARCINOMA Y MIELOMA MÚLTIPLE?

Sr. Director: Recientemente diagnosticamos un colangiocarcinoma en un paciente afectado de mieloma múltiple. Hemos revisado esta asociación por su peculiaridad y porque aún se debate si la presencia del mieloma es, por sí mismo, un factor de riesgo para la aparición de segundas neoplasias¹. En nuestro hospital desde 1995 a 2007 se han diagnosticado 237 mielomas múltiples y 80 colangiocarcinomas; sólo nuestro caso lo presenta de manera sincrónica.

Se trataba de un varón de 76 años de edad, diagnosticado por el servicio de hematología en diciembre de 2006 de mieloma múltiple al presentar clínicamente un dolor óseo, y analíticamente un pico monoclonal de gammaglobulina en orina y suero. En una serie ósea se apreciaba un aplastamiento en L1-L2 y el resto sin lesiones líticas. En enero comienza la toma mensual de melfalán 10 mg/m² y prednisona 100 mg/m², durante 4 días consecutivos, que se completa con dosis única de zometa mensual. Al tercer ciclo presenta alteraciones bioquímicas hepáticas (GOT 120 U/l, GPT 178 U/l, FA 287 U/l, BT 2,4 mg/dl, BD 1,5 mg/dl) atribuidas a hepatotoxicidad, y marcadores tumorales CA 19.9 de 49,5 y CEA de 0,9, por lo que se deriva al paciente al servicio de aparato digestivo. En la ecografía se observó una dilatación de la vía biliar extrahepática con coledocitis. Se decidió realizar un tratamiento sintomático y paliativo de la ictericia obstructiva mediante la colocación de una endoprótesis biliar. Al realizar la colangiografía transparietohepática (CTPH) (fig. 1) se observó una obstrucción completa en el conducto hepático común de aproximadamente 2 cm de diámetro, donde se colocó

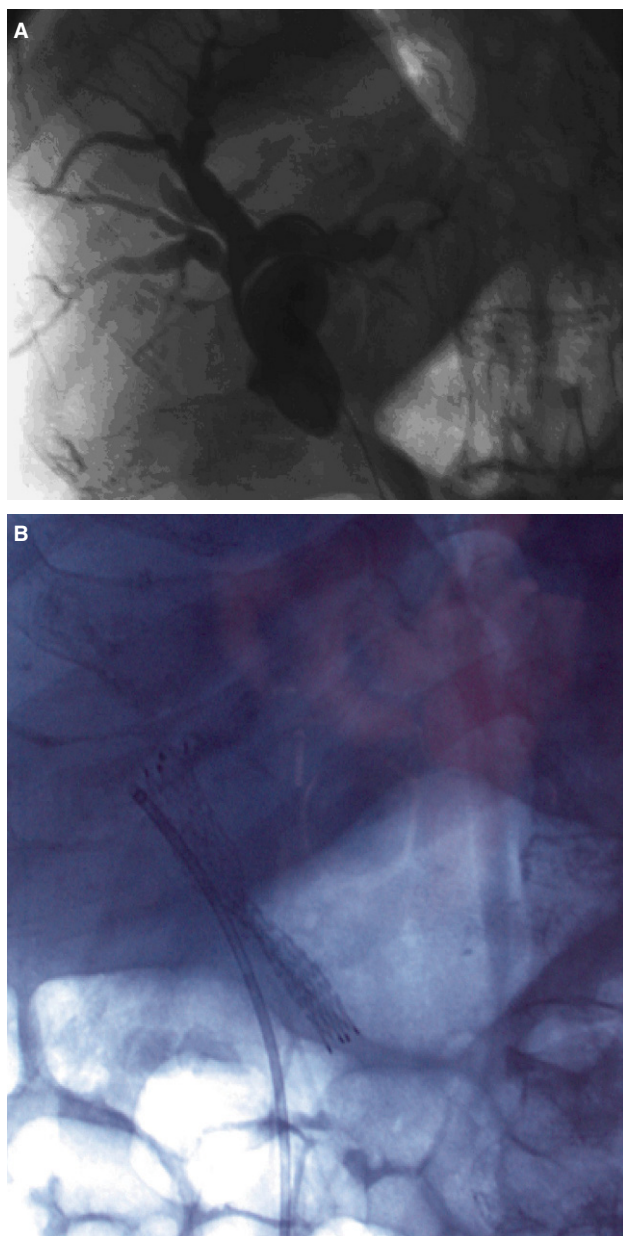


Fig. 1. Colangiografía transparietohepática. A. Estenosis en conducto hepático común. B. Prótesis biliar.

la prótesis. Como complicación de la técnica se presentó un hemoperitoneo que se intervino urgentemente y que evolucionó de forma favorable. Lamentablemente, un mes después el paciente reingresó por presentar fiebre de origen respiratorio con tos de varios días de evolución y temperatura de 38,4 °C. En la exploración se apreció una disminución del murmullo vesicular en ambas bases con crepitantes en la base izquierda. La analítica mostraba los siguientes parámetros: GOT 79, GPT 30, GGT 344, FA 192, y CA 19.9 y CEA dentro de la normalidad. En la radiografía de tórax se apreciaba un infiltrado bilateral de predominio en el hemitórax derecho. En la ecografía abdominal destacaba una vesícula biliar distendida con litiasis, y un leve dilatación de la vía biliar intrahepática. La tomografía computarizada abdominal mostraba una dilatación de la vía biliar intrahepática con lesiones sugestivas de implantes peritoneales y abdominales. Este cuadro infeccioso respiratorio causó el fallecimiento del paciente.

El mieloma múltiple es un cáncer producido por la acumulación anormal en la médula ósea de células plasmáticas². Aunque es tratable, sigue siendo incurable. Su pronóstico ha mejorado, y en la actualidad la me-

diana de supervivencia es de 5 años. La aparición de segundas neoplasias en estos pacientes es poco frecuente, y éstas representan sólo el 1% de todas las neoplasias. Se ha descrito un aumento de la incidencia de neoplasias hematológicas asociadas al tratamiento con melfalán.

Por otra parte, el colangiocarcinoma tiene una incidencia de 2 casos por cada 100.000 habitantes³ y debe sospecharse ante la presencia de la tríada colestasis, astenia y pérdida de peso. En nuestro caso, en primer lugar se sospechó una colestasis tóxica por el tratamiento, en segundo lugar una coledocolitiasis (por la ecografía) y, por último, un tumor de la vía biliar por la imagen radiológica y la presencia de marcadores tumorales elevados. La CTPH nos confirmó esta última sospecha clínica.

Hay varias series que tratan la asociación de mieloma y segunda neoplasia⁴⁻⁸, y además un caso de colangiocarcinoma con mieloma múltiple³. Todas ellas recalcan la asociación de las neoplasias sólidas con el mieloma múltiple, pero no son lo suficientemente extensas para poder obtener conclusiones al respecto.

LAURA GÓMEZ-ESCOLAR VIEJO^a, GEMA SOLER SALA^a,
VANESSA CASTAÑO GIRALDO^b,
JOSÉ MARÍA PALAZÓN AZORÍN^a
Y MIGUEL PÉREZ-MATEO REGADERA^c

^aUnidad de Hepatología. Hospital Universitario de Alicante.
Alicante. España.

^bUnidad de Hematología. Hospital Universitario de Alicante.
Alicante. España.

^cServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Alicante.
Alicante. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khan SA, Thomas HC, Davidson BR, Taylor-Robinson SD. Cholangiocarcinoma. *Lancet*. 2005;366:1303-14.
2. Mostaza-Fernández JL, Liñán Alonso M, De la Fuente Domínguez C. Mieloma múltiple. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:240.
3. Todolí Parra JA, Campo López C, Segura Huerta A, Alonso Estellés R, Saro Pérez E, Torrego Giménez A, et al. Asociación de mieloma múltiple y neoplasias sólidas: análisis de trece casos. *Rev Clin Esp*. 1999;199:725-8.
4. Sang Hoon J, Joon Oh P, Jeeyun L, Mi Jung O, Do Hyoun L, Byeong-Bae P, et al. Three cases of synchronous solid tumors and multiple myeloma. *Cancer Res Treatment*. 2004;36:338-40.
5. Law IP, Blom J. Second malignancies in patients with multiple myeloma. *Oncology*. 1977;34:20-4.
6. Stegman R, Alexanian R. Solid tumors in multiple myeloma. *Ann Intern Med*. 1979;90:780-2.
7. Christou L, Tsiara S, Frangides Y, Pnevmatikos J, Briassoulis E, Galanakis E, et al. Patients with multiple myeloma and solid tumors: six case reports. *J Exp Clin Cancer Res*. 1998;17:239-42.
8. Cuesta Muñoz J, Fraire Nogueras E, Roche Asensio MJ, Fuertes Palacio MA, Gómez Casal F, Romero Colas MS. Asociación de mieloma y neoplasia. *Rev Clin Esp*. 1982;6:407-9.



Localizador web
Artículo 240.531

COLITIS SEUDOMEMBRANOSA DE ORIGEN POCO FRECUENTE

Sr. Director: La enterocolitis pseudomembranosa es una entidad caracterizada por la presencia de pseudomembranas en el intestino, provocada por la toxina del *Clostridium difficile*. Los factores de riesgo son diversos, pero el más habitual es el uso de antibióticos. Se presenta como diarrea acuosa, dolor abdominal tipo cólico, fiebre y leucocitosis. El diagnóstico se confirma mediante colonoscopia, en la que se aprecian las pseudomembranas. El tratamiento consiste en aplicar medidas de apoyo y la administración de antibióticos, fundamentalmente metronidazol o vancomicina.

Presentamos el caso de una paciente que ingresa en nuestro servicio por presentar diarrea. Como antecedentes personales destacan los siguientes: