

6. Xu AM, Xian ZH, Zhang SH, Chen XF. Intrahepatic cholangiocarcinoma arising in multiple bile duct hamartomas: report of two cases and review of the literature. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2009;21:580–4.
7. Dekker A, Ten Kate FJ, Terpstra OT. Cholangiocarcinoma associated with multiple bile-duct hamartomas of the liver. *Dig Dis Sci*. 1989;34:952–8.
8. Orii T, Ohkohchi N, Sasaki K, Satomi S, Watanabe M, Moriya T. Cholangiocarcinoma arising from preexisting biliary hamartoma of liver-report of a case. *Hepatogastroenterology*. 2003;50:333–6.
9. Foucar E, Kaplan LR, Gold JH, Kiang DT, Sibley RK, Bosl G. Well-differentiated peripheral cholangiocarcinoma with an unusual clinical course. *Gastroenterology*. 1979;77:347–53.

10. Song JS, Lee YJ, Kim KW, Huh J, Jang SJ, Yu E. Cholangiocarcinoma arising in von Meyenburg complexes: report of four cases. *Pathol Int*. 2008;58:503–12.

María Virginia Bürgesser*, Patricia Calafat y Ana Diller

Servicio de Patología, Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virburgesser@gmail.com

(M. Virginia Bürgesser).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.10.014

Colitis eosinofílica asociada a letrozol

Eosinophilic colitis associated with letrozole

Sr. Director:

El letrozol es un fármaco inhibidor de la aromatasa, utilizado para el tratamiento del cáncer de mama, con receptor estrogénico positivo o receptor hormonal desconocido, localmente avanzado o metastásico, y solo se administra a mujeres posmenopáusicas. Se describe el caso de una paciente diagnosticada de colitis eosinofílica mientras seguía tratamiento con este fármaco.

Mujer de 80 años con antecedentes de diabetes mellitus. Diagnosticada de cáncer de mama sin adenopatías ganglionares 18 meses antes, por lo que se practicó una cuadrantectomía más radioterapia; desde hacía un año seguía tratamiento con letrozol. Hipotiroidismo tratado con levotiroxina sódica 50 mcg/24 h. También presentaba un síndrome depresivo por el que seguía tratamiento con clorhidrato de sertralina 50 mg/24 h.

Consultó por diarrea y pérdida de 5 kg de peso de 2 meses de evolución.

La exploración física era anodina. En la bioquímica glucosa, urea, creatinina, ALT, ferritina y potasio fueron normales. En el hemograma la hemoglobina normal, fórmula

leucocitaria neutrófilos, linfocitos, monocitos, y eosinófilos eran normales.

La colonoscopia solo observó un pólipo y se realizaron biopsias del pólipo y de la mucosa para descartar colitis microscópica (fig. 1).

La biopsia del pólipo de colon sigmoide a 25 cm era un adenoma tubular de bajo grado. El informe de la biopsia de mucosa de colon ascendente describía unas alteraciones compatibles con colitis eosinofílica.

La gastroscopia solo observó una hernia de hiato mínima. La TAC torácico-abdominal era normal.

Con la sospecha de que la sintomatología estuviera causada por el letrozol, se retiró dicho fármaco, desapareciendo la diarrea. Seis meses después se realizó nueva biopsia de colon que evidenció la curación de la lesión.

La gastroenteritis eosinofílica (GE) es una entidad infrecuente de curso benigno, caracterizada por una gran infiltración de eosinófilos en la pared del tubo digestivo, que afecta al estómago e intestino delgado, y con poca frecuencia al colon¹.

Puede aparecer a cualquier edad pero la mayor incidencia está entre la tercera y quinta décadas de la vida.

La sintomatología es variada pudiendo aparecer diarrea², dolor abdominal, náuseas, vómitos, malabsorción, pérdida de peso, ascitis, distensión abdominal, anorexia, disfagia, edema, melena, abdomen agudo, estenosis pilórica y perforación intestinal.

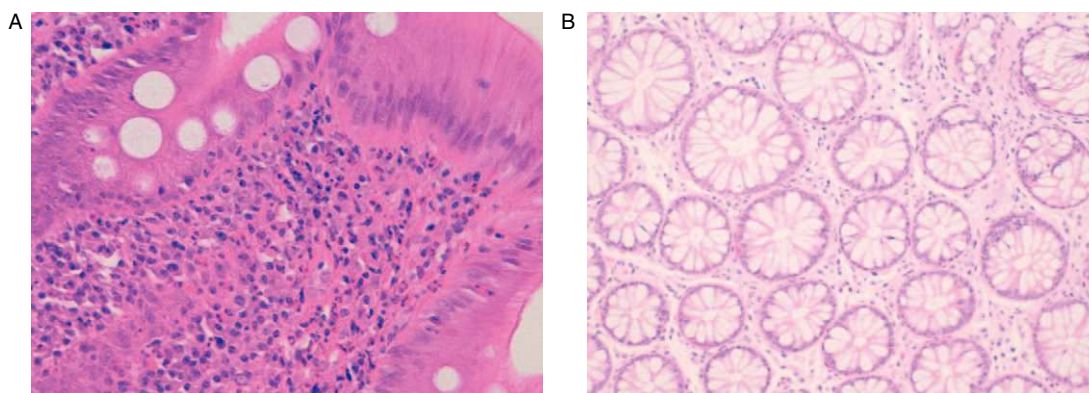


Figura 1 A) Marcado infiltrado inflamatorio con presencia de eosinófilos intraepiteliales, algunos en grupos de 10 o más por campo de gran aumento y apoptosis. B) Mucosa curada, con cambios reactivos.

Al tratamiento con letrozol se había asociado la diarrea, pero hasta ahora no estaba relacionado con la colitis eosinofílica.

Los criterios para el diagnóstico¹ de la GE son la sintomatología gastrointestinal; la infiltración eosinofílica de una o más áreas del tubo digestivo demostrada por biopsia; ausencia de infiltración eosinofílica en órganos fuera del tubo digestivo y que no exista de infección parasitaria. La eosinofilia periférica puede estar presente en el 60-80%³ de los casos, por este motivo no es considerada criterio diagnóstico. No existe correlación entre la magnitud de la eosinofilia periférica y el grado de infiltración tisular por eosinófilos o daño epitelial.

La GE puede estar asociada a otras enfermedades como alergia a productos lácteos, infestación por parásitos, enteropatía sensible a gluten, y a fármacos como el enalapril, rifampicina⁴, gemfibrozilo y naproxeno⁵. Pero en la mayor parte de los casos no hay un factor causal.

Bibliografía

1. Sleisenger MH, Fordtran JS. *Gastrointestinal disease: pathophysiology, diagnosis, management*. Philadelphia: Saunders; 1993.
2. de Manuel Moreno J, González de Canales P, Villafruela Cives M, Garcés Durán R, Sandoval Martínez A, Bejarano Redondo L, et al. Colitis eosinofílica. *Rev Esp Enferm Dig (Madrid)*. 2010;102:454–5.
3. Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. *Gut*. 1990;31:54–8.
4. Lange P, Oun H, Fuller S, Turney JH. Eosinophilic colitis due to rifampicin. *Lancet*. 1994;344:1296–7.
5. Bridges AJ, Marshall JB, Diaz-Arias AA. Acute eosinophilic colitis and hypersensitivity reaction associated with naproxen therapy. *Am J Med*. 1990;89:526–7.

Francisco José Nicolás-Sánchez*, Jordi Garreta-Messegue, Pilar Gallel-Vicente, Ana Gort-Oromí, Teodoro Soler-Rosell y Rosa María Sarraat-Nuevo

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Santa María, Lleida, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fnicolas@comll.cat

(F.J. Nicolás-Sánchez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.10.015