



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1478 - ¡Otra vez diarrea!

C. Bedoya Sánchez^a, G. Salvador Salvador^b, S.M. Bello Benavides^c, J.M. Sánchez Hernández^d, A. Illescas Martínez^e, I. Salvador Salvador^f, M.A. Evia Arceo^g, M. Orellana Gómez^d, J.A. López Riquelme^h y F. Reviejo Rodríguezⁱ

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ávila Estación. Ávila. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Muñana. Ávila. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila-Estación. Ávila. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Sotillo de la Adrada. Ávila. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. ^gMédico General. Centros Único (Depilación láser. Medicina estética). Madrid. ^hMédico Residente de 4^º año de COT. Hospital Universitario de Son Espases. Palma de Mallorca. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Ávila-Estación. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 74 años, hipertensa y diabética tratada con repaglinida y olmesartan, consulta por diarrea crónica acuosa profusa diurna y nocturna, sin productos patológicos, con mejoría aparente al retirarse metformina hasta hace 3 meses que ingresa por recaída con mejoría clínica tras tratamiento antibiótico empírico (sin demostrarse causa infecciosa). Ha empeorado con la misma clínica, sin fiebre, ni dolor abdominal ni vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: Examen: sin hallazgos, salvo algún signo de deshidratación. Hemograma: normal. Bioquímica: normal salvo urea 81 mg/dl, creatinina 1,31 mg/dl, Na 139 mmol/l. Albúmina, amilasa, PCR proteinograma y digestión de principios inmediatos normales. T4 1,39 ng/dl, T3 2,33 pgr/ml, TSH 0,09 ?U/ml. Serología viral: negativa. Coprocultivo: flora saprofita. Toxinas C. difficile negativas. Ac. antitransglutaminasa IgA 0,4 U/ml. Gastroscopia: pequeña hernia de hiato. Mucosa del cuerpo gástrico con aspecto atrófico. Colonoscopia: hemorroides sin otros hallazgos. Biopsia duodenal: Infiltrados inflamatorios agudos y crónicos y moderada-severa atrofia vellositaria. Ingresa en Digestivo retirándose medicación mejorando tras sueroterapia y dieta astringente exenta de gluten, sustituyéndose al alta olmesartán por enalapril. Revisada en 9 meses, estudio genético de enfermedad celiaca negativo, gastroscopia con mucosa duodenal normal y en biopsia duodenal mucosa sin lesiones histológicas relevantes. Confirmándose una regresión de las lesiones tras supresión de olmesartán, reintroduciéndose dieta con gluten sin recaída.

Juicio clínico: Enteropatía asociada a olmesartán.

Diagnóstico diferencial: Celiaquía, malabsorción de carbohidratos o ácidos biliares, EII, colon irritable, tumores: colon, linfoma, gastrinoma, hipertiroidismo, enterotoxinas bacterianas.

Comentario final: La enteropatía asociada al olmesartán es una reacción adversa, potencialmente grave, caracterizada por un síndrome diarreico grave y crónico asociado a pérdida de peso que puede aparecer meses o años después de haberse iniciado el tratamiento y con independencia de sexo, edad y dosis del mismo. La biopsia intestinal muestra habitualmente linfocitosis intraepitelial, atrofia de vellosidades, grados variables de inflamación de la mucosa y depósito de colágeno subepitelial en algunos casos. Hallazgos

histológicos prácticamente indistinguibles de la enteropatía sensible al gluten, con la salvedad de presentar serología de celiaquía negativa y ausencia de mejoría clínico-histológica tras dieta sin gluten. Si bien se desconoce el mecanismo por el que se produce, la larga latencia antes de aparición de síntomas, el hallazgo de colitis colágena o linfocítica y la alta asociación con HLA-DQ2/8, sugieren susceptibilidad genética y una hipersensibilidad localizada latente o una respuesta inmunológica a nivel celular contra el profármaco olmesartán medoxomil sin haber sido descrito con otros ARA II. Finalmente, la suspensión del fármaco conlleva la resolución de la clínica y de los cambios histopatológicos, por lo que deberíamos suspender el fármaco y valorar evolución en aquellos pacientes que presenten estos síntomas antes de someterles a pruebas diagnósticas invasivas y costosas.

BIBLIOGRAFÍA

1. FDA Drug Safety Communication 3 de Julio de 2013. En: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm359477>
2. Rubio-Tapia A, et al. Severe spruelike enteropathy associated with olmesartan. Mayo Clin Proc. 2012;87(8):732-8.
3. Théophile H, et al. Five cases of sprue-like enteropathy in patients treated by olmesartan. Dig Liver Dis. 2014.