

CARTA CLÍNICA

La doxiciclina, siempre con agua. A propósito de un caso de úlcera esofágica



Doxycycline, always with water. Presentation of a case of oesophageal ulcer

Se presenta el caso de una mujer de 38 años, que acude al centro de salud por odinofagia y disfagia alta de rápida instauración, junto con dolor retroesternal espástico irradiado hacia la base del cuello desde hace 3 días. No presenta antecedentes de interés, salvo acné leve-moderado en tratamientos periódicos y erráticos con tetraciclinas (sin clara supervisión médica). No toma otra medicación habitual. Interrogando a la paciente, describe con detalle el comienzo de los síntomas, la mañana de 3 días antes, y coincidiendo con la toma de la primera dosis de doxiciclina 100 mg, la noche anterior (por autoprescripción). La ingestión se produjo sin acompañamiento de líquidos, y justo antes de acostarse. No sufre vómitos, ni alteración en las heces, pero sí anorexia intensa como consecuencia del dolor. En la exploración las constantes se mantienen normales, con tensión arterial en 110/65, frecuencia cardíaca de 70 lpm y saturación de oxígeno del 98%. La visualización de la boca y la faringe resulta normal, al igual que la auscultación cardiopulmonar. La exploración del abdomen no desvela signos de interés. Dada la sospecha clínica de lesión esofágica por el



Figura 2 «Kissing ulcers» a varios niveles.

minucioso y cronológico relato de síntomas, se comenta con el servicio de digestivo del hospital de referencia y se remite para la realización de endoscopia digestiva alta urgente.

En la endoscopia (figs. 1 y 2), y en el tercio proximal de esófago, se observan lesiones ulcerosas profundas, alguna de más de 1 cm, de fondo fibrinoso y en probable relación con decúbito de cápsula, por su morfología. A nivel gástrico no se encuentran hallazgos patológicos.

Al no haber sospecha y riesgo de perforación, se inicia tratamiento ambulatorio con inhibidores de bomba de protones, omeprazol a dosis de 20 mg/12 h, durante un mes y antiácidos, sucralfato, en sobres, 20 min antes de cada comida, el mismo período. Se programa endoscopia de control al finalizar el tratamiento.

Discusión

Las úlceras esofágicas por toma de fármacos son entidades poco frecuentes. Aunque se conocen más de 100 fármacos potencialmente erosivos, los antibióticos y los antiinflamatorios no esteroideos son los más implicados; la doxiciclina supone cerca de un tercio del total¹. Parece que la incidencia está aumentando como consecuencia de la automedicación. La mayoría de los casos son autolimitados y no suelen comunicarse^{2,3}, y resultan más frecuentes en mujeres jóvenes³.

La fisiopatología está relacionada con la ingesta acompañada de insuficiente líquido y la posición en decúbito

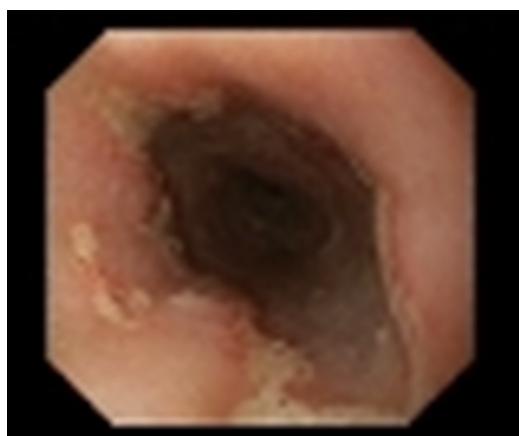


Figura 1 Úlceras esofágicas enfrentadas y bien delimitadas.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.06.014>

1138-3593/© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

precoz y mantenido (más riesgo en ancianos y encamados, también con alteraciones de la motilidad esofágica), la formulación en cápsula (mayor concentración de sustancia) y las propiedades químicas del fármaco (la doxiciclina es de composición ácida)¹. Estos factores confluyen y aumentan el riesgo de depósito en la unión entre el tercio superior y medio del esófago, donde se produce una compresión fisiológica por la presencia del cayado aórtico y la rama del bronquio izquierdo².

La clínica habitual es odinofagia, disfagia alta y dolor retroesternal de características espásticas, de rápida instauración y progresivo, y secuencialmente asociado a la toma del fármaco, sin ingesta de líquido suficiente, y el decúbito inmediato¹. Los síntomas pueden aparecer unas horas tras la última dosis, o varios días después según el grado de afectación^{1,2}. Estos datos pueden ser suficientes para el diagnóstico, pero la confirmación supone la realización de endoscopia digestiva alta para la visualización y caracterización de las lesiones⁴. El estudio endoscópico está indicado cuando es dudosa la secuencia temporal entre la toma del fármaco y la clínica, ante síntomas severos (hematemesis, dolor abdominal y pérdida de peso), persistencia de síntomas una semana después de retirado el agente agresor y en inmunodeprimidos^{5,6}. Las lesiones son ulceraciones en número variable con borde sobrelevado; pueden ser profundas y extensas sobre una base de esofagitis. Incluso pueden estar enfrentadas (*kissing ulcers*)⁷. La presencia de complicaciones precoces como hemorragia y perforación, o tardías como estenosis y degeneración maligna, es muy infrecuente. La tendencia natural del proceso es a la curación en pocos días^{2,3}.

No existe evidencia clara sobre el tratamiento más eficaz, pero se suele recomendar, además de la retirada del fármaco causante, la toma de inhibidores de la bomba de protones y la asociación al uso de sucralfato, por su adherencia a las úlceras^{8,9}. No está establecida la duración de la prescripción (de una a 4 semanas) ni la posología (2 o 4 tomas al día)⁹ y el seguimiento del cuadro^{2,3,7}. En cualquier caso lo que sí parece fundamental es la prevención del riesgo de aparición de estos procesos, ofreciendo una correcta indicación y explicación del uso de fármacos erosivos, así como la recomendación de la ingestión de suficiente líquido (200 ml de agua) y evitar la posición de decúbito^{1-4,7}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo.

Financiación

Todos los autores declaran no tener subvenciones o incentivos económicos por parte de ninguna entidad pública o privada.

Bibliografía

1. Kikendall JW. Pill esophagitis. *J Clin Gastroenterol.* 1999;28:298-305.
2. Fernández A, González-Portela C, Vázquez S, Ruiz-Ochoa V, de la Iglesia M. Ulceración esofágica extensa por toma de doxiciclina. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:552-60.
3. Dağ MS, Öztürk ZA, Akın I, Tutar E, Çıkman Ö, Gülşen MT. Drug-induced esophageal ulcers: Case series and the review of the literature. *Turk J Gastroenterol.* 2014;25:180-4.
4. Jaspersen D. Drug-induced oesophageal disorders: Pathogenesis, incidence, prevention and management. *Drug Saf.* 2000;22:237-49.
5. Alonso Fernández M. Oesophageal ulcer and doxycycline [Article in Spanish]. *Aten Primaria.* 2005;36:224.
6. García Sánchez M, Gómez Camacho F, Poyato González A, Vignote Alguacil ML, Miño Fugarolas G. Úlcera esofágica por doxiciclina. *Gastroenterol Hepatol.* 2001;24:390-1.
7. Kim SH, Jeong JB, Kim JW, Koh SJ, Kim BG, Lee KL, et al. Clinical and endoscopic characteristics of drug-induced esophagitis. *World J Gastroenterol.* 2014;20:10994-9.
8. Candelli M, Carloni E, Armuzzi A, Cammarota G, Ojetti V, Pignataro G, et al. Role of sucralfate in gastrointestinal diseases. *Panminerva Med.* 2000;42:55-9.
9. Gümürdülü Y, Karakoç E, Kara B, Taşdoğan BE, Parsak CK, Sakman G. The efficiency of sucralfate in corrosive esophagitis: A randomized, prospective study. *Turk J Gastroenterol.* 2010;21:7-11.

M. Martínez-Grandmontagne^{a,*}, C. Nuñez-Simarro^b
y M.T. García-Argudo^a

^a SERMAS, Centro de Salud Barrio del Pilar, Madrid, España

^b SERMAS, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chlasma@hotmail.com
(M. Martínez-Grandmontagne).