

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:

V.F. Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Esofagitis por fármacos

¿EN QUÉ CONSISTE?

La esofagitis por fármacos es una entidad clínica consistente en la lesión de la mucosa esofágica producida por su ingesta. Una amplia variedad de medicamentos de uso común han sido implicados como causantes. Los fármacos pueden producir lesiones esofágicas de forma indirecta, al producir un aumento del reflujo gastroesofágico o por favorecer complicaciones infecciosas al inducir inmunosupresión, aunque también de forma directa a través de un efecto cáustico local sobre la mucosa, siendo este último mecanismo del que nos ocuparemos en esta sección. Si bien esta entidad es menos conocida que la esofagitis péptica producida por el reflujo gastroesofágico, quizá su incidencia estimada (4 casos por cada 100.000 habitantes al año) sea menor que la real, debido al aumento de la prescripción de fármacos en las últimas décadas y porque en la mayoría de los casos los síntomas son pasajeros y el problema no llega a ser diagnosticado. Las lesiones esofágicas por fármacos aparecen en cualquier edad y género, pero son más frecuentes entre los ancianos y en las mujeres, tal vez debido a que ambos grupos consumen medicamentos con mayor frecuencia.

¿POR QUÉ SE PRODUCE?

Se piensa que la lesión se produce por un contacto prolongado del contenido cáustico del fármaco con la mucosa esofágica, influyendo en ello tanto factores relacionados con el fármaco como dependientes del paciente. Más que del número de pastillas ingeridas, el daño depende del tamaño, forma o cubierta del comprimido o cápsula y sus propiedades ácidas, siendo los comprimidos de mayor tamaño, de forma redonda, poco pesados y de material gelatinoso, los que más riesgo tienen de provocar lesión. Además de las características propias del medicamento, influyen el modo de administración del mismo y la conducta del paciente después de tomarlo (sobre todo si se toman con poco líquido o inmediatamente antes de irse a dormir), así como la presencia de alteraciones de la motilidad esofágica. La mayor frecuencia de alteraciones anatómicas y trastornos de la motilidad esofágica en pacientes ancianos hacen que esta población tenga un mayor riesgo de esofagitis medicamentosa, aunque existen otras razones asociadas como el mayor consumo de fármacos y una menor producción de saliva.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y debe considerarse ante la presencia de síntomas compatibles en el contexto de la toma inadecuada de un fármaco con potencial lesivo para la mucosa del esófago. A diferencia de lo que sucede en la esofagitis por reflujo, el comienzo de los síntomas suele ser brusco, siendo el dolor al tragar y el torácico retroesternal los más frecuentemente referidos por los pacientes, aunque pueden existir también dificultad para la deglución y ardor. Ante unos síntomas sugestivos, debemos interrogar a los pacientes, no sólo sobre la ingesta de fármacos, sino también sobre la forma de tomarlos y su presentación. Habitualmente no es preciso realizar una gastroscopia, salvo que existan síntomas intensos o persistentes, predominio de la dificultad para tragar, sospecha de complicaciones y en pacientes inmunodeprimidos para descartar otras causas. A diferencia de las lesiones por esofagitis por reflujo,

que se localizan habitualmente en la parte inferior del esófago, las zonas que con mayor frecuencia se lesionan por el consumo de fármacos son aquellas donde existe una estrechez anatómica que retiene el fármaco, como sucede a nivel del tercio medio esofágico por la impresión que produce el arco aórtico y en el esófago distal en pacientes con dilatación de la aurícula izquierda. Las lesiones no son específicas y suelen consistir en áreas de eritema y edema o úlceras cubiertas de placas de fibrina, a menudo superficiales y localizadas en el tramo esofágico donde se ha detenido el medicamento, pudiendo encontrarse raramente además, restos del fármaco responsable. Las biopsias tampoco son específicas pero ayudan a descartar otros procesos. Otros hallazgos menos frecuentes son las estrecheces (estenosis) y en casos raros se han descrito complicaciones como hemorragia y perforación esofágica.

¿CUÁLES SON LOS FÁRMACOS IMPLICADOS?

Los fármacos más frecuentemente reconocidos y comunicados como causantes de esofagitis medicamentosa son, entre otros, los antibióticos, los antiinflamatorios y los bifosfonatos. Los antibióticos son responsables de aproximadamente la mitad de los casos, destacando las tetraciclinas y en especial la doxiciclina, por su efecto directo irritante. Los antiinflamatorios son otro grupo destacado y con frecuencia producen estenosis, por sus cualidades ácidas, por afectar las propiedades protectoras de la mucosa y por favorecer el reflujo gastroesofágico. Con los bifosfonatos, especialmente el alendronato, la aparición de esofagitis es menor en los que se administran semanalmente. Otros medicamentos menos empleados actualmente, como la quinidina o el cloruro potásico, también se han señalado como causantes de esofagitis. Recientemente se han comunicado varios casos de esofagitis por dabigatrán, un anticoagulante oral que se ha comenzado a prescribir en los últimos años.

¿CÓMO SE TRATA?

La mayoría de los casos se resuelven de forma espontánea en pocos días, aunque los casos graves con imposibilidad para la ingesta oral requerirán ingreso hospitalario. Lo más importante es identificar el cuadro, para así suspender el fármaco responsable siempre que sea posible o en su defecto adoptar una serie de recomendaciones, como tomarlo con abundante líquido (al menos 200 ml) y permanecer después en posición erguida durante al menos treinta minutos. Para favorecer la cicatrización de las lesiones esofágicas se recomienda el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y antiácidos, aunque no existe evidencia sobre su efectividad. Finalmente, otro aspecto fundamental sobre el que debemos insistir es la prevención: evitar los fármacos arriba mencionados siempre que sea posible en pacientes con dificultad para el vaciamiento esofágico y en ausencia de alternativa, advertirles sobre el modo de tomar los medicamentos adecuadamente, favorecer las presentaciones líquidas y asociar fármacos que disminuyan la producción de ácido gástrico como los IBP.

Teresa Angueira y Alfredo J. Lucendo
Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General de Tomelloso.
Ciudad Real

