



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



CARTAS AL DIRECTOR

Pericarditis aguda secundaria al tratamiento con mesalazina

Mesalazine-induced acute pericarditis

Sr. Director:

Las manifestaciones extraintestinales son frecuentes en el curso evolutivo de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), pero la afectación cardíaca es una de las manifestaciones menos comunes. La pericarditis aguda es la forma clínica de presentación más habitual (70%) de la afectación cardiovascular en el contexto de la EII^{1,2}. Puede aparecer como manifestación extraintestinal de la propia enfermedad en coincidencia con un brote o en fase asintomática³ o bien como efecto secundario del tratamiento.

Presentamos el caso de un varón de 47 años, diagnosticado de colitis ulcerosa izquierda de un mes de evolución (con datos endoscópicos e histológicos compatibles), que acudió al servicio de urgencias hospitalarias por un cuadro de malestar general de 4 días de duración, acompañado de fiebre y dolor torácico retroesternal punzante, irradiado al cuello y a ambos costados, que aumentaba con la respiración profunda y en posición de decúbito. El paciente realizaba tratamiento exclusivo con mesalazina (5-ASA) oral en dosis de 3 g/día y con espuma en dosis de 1 g/día por un brote leve de su enfermedad de base, iniciado una semana tras el diagnóstico. La exploración física no reveló datos de interés. Dentro de las exploraciones complementarias, el hemograma, la coagulación y el estudio bioquímico básico eran normales, con troponina T de 0,47 ng/l (0–0,03 ng/l), creatinina (CK) de 253 U/l (10–195 U/l) y proteína C reactiva (PCR) de 149,7 mg/l (0–10 mg/l). El estudio de autoinmunidad fue negativo para ANA, ANCA, anti-ADN y factor reumatoide. La serología para *Echovirus* fue positiva para IgG (la IgM fue negativa) así como para *Coxsackie* IgG (la IgM fue negativa), y negativa para *Chlamydia*, *Mycoplasma pneumoniae*, el virus de Ebstein Barr y el citomegalovirus (CMV). El test de la tuberculina fue negativo, así como los hemocultivos y los cultivos de orina.

Se realizó un ECG que evidenció un ritmo sinusal con PR y QT normales y sin alteraciones de la repolarización. El ecocardiograma reveló una ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo, con función sistólica global y segmentaria normales, ausencia de derrame pericárdico y función valvular normal.

Se le administró tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, evolucionó de forma favorable y se le dio el alta tras 5 días desde el ingreso, con desaparición de la clínica y

normalización de las enzimas cardíacas. Desde el punto de vista digestivo, no presentó datos de actividad, por lo que se retiró la 5-ASA de forma permanente y se pautó *Plantago Ovata*. Actualmente el paciente permanece en remisión completa.

El tratamiento estándar del brote leve de colitis ulcerosa consiste en el empleo de aminosalicilatos como sulfasalazina y 5-ASA en presentación oral o tópica. Estos medicamentos presentan en general buena tolerancia y amplio perfil de seguridad; sin embargo, no están exentos, en algunos casos, de efectos secundarios como trombocitopenia, síndrome similar al lupus^{4,5}, pancreatitis, nefritis intersticial, artritis y pericarditis³.

En la pericarditis secundaria al tratamiento con 5-ASA, el cuadro clínico puede aparecer en las primeras 48 h o transcurridas unas pocas semanas desde el inicio del tratamiento, por hipersensibilidad inmediata, o tras años de tratamiento⁶. El diagnóstico etiológico diferencial incluye la pericarditis como manifestación extraintestinal de la EII, toxicidad por 5-ASA o causas frecuentes de pericarditis aguda (infecciones por virus, tuberculosis [TBC] y enfermedades autoinmunitarias).

En el caso que presentamos apoyaron la toxicidad por el fármaco la ausencia de clínica digestiva, la correlación en el tiempo entre el inicio del tratamiento, la aparición de los síntomas y la clara mejoría clínica tras la retirada del fármaco.

El tratamiento consiste en el empleo de antiinflamatorios no esteroideos^{7,8}, siempre con la especial precaución de que estos fármacos pueden desencadenar brotes de EII. Cuando este tratamiento falla o está contraindicado, se ha descrito buena respuesta a los corticoides⁹. En general, se desaconseja la reintroducción de la 5-ASA una vez pasado el episodio de pericarditis, ya que en algunos casos descritos se repitió la sintomatología cardíaca al reintroducir el fármaco¹⁰.

Bibliografía

- Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extraintestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients. *Medicine*. 1976;55:401–12.
- García Morán S, Saez-Royuela F, Perez-Álvarez JC, Gento E, Telez J. Myopericarditis and mitral insufficiency associated with ulcerative colitis treated with mesalazine. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12:334–5.
- Merino Rivas JL, Arambarri Segura M, Queda Rodríguez-Navarro C, Dronda Núñez F. Pleuropericarditis aguda en paciente con enfermedad de Crohn controlada con tratamiento crónico con mesalazina. *Rev Clin Esp*. 2002;202:121–6.

4. Clementz GL, Dolin BJ. Sulfasalazine-induced lupus erythematosus. *Am J Med.* 1988;84:535-8.
5. Deboever G, Devogelaere R, Holvoet G. Sulphasalazine induced lupus-like syndrome with cardiac tamponade in a patient with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol.* 1989;84:85-6.
6. Kupferschmidt H, Langenegger T, Krahenbuhl S. Pericarditis in chronic inflammatory bowel disease: Underlying disease or side effects of therapy? Clinical problem solving *Schweiz Med Wochenschr.* 1996;14:2184-90.
7. Patwardhan RV, Heilpern RJ, Brewster AC, Darrah JJ. Pleuropericarditis: An extraintestinal complication of inflammatory bowel disease. Report of three cases and review of literature. *Arch Intern Med.* 1983;143:94-6.
8. Cappell MS. Colonic toxicity of administered drugs and chemical. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:1175-90.
9. Granot E, Rottem M, Rein AJT. Carditis complicating inflammatory bowel disease in children: Case report and review of the literature. *Eur J Pediatr.* 1988;148:203-5.
10. Gujral N, Friedenberg F, Friedenberg J, Gabriel G, Kotler M, Levine G. Pleuropericarditis related to the use of mesalamine. *Dig Dis Sci.* 1996;41:624-6.

Mónica Sierra Ausín, Gabriela Rascarachi*, Rubén Díez Rodríguez, Laura Arias Rodríguez, Elvira del Pozo Maroto y Fernando Muñoz Núñez

Sección de Aparato Digestivo, Hospital de León, León, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabrielar@usal.es (G. Rascarachi).

doi:10.1016/j.gastrohep.2009.10.006

Hemorragia digestiva como forma de presentación de cáncer de mama metastásico

Gastrointestinal hemorrhage as a form of presentation of metastatic breast cancer

Las metástasis en el tubo digestivo del cáncer de mama son raras y, en muchas ocasiones, ni siquiera se mencionan en los libros de texto^{1,2}. Realmente parece que su incidencia verdadera podría estar infraestimada, en relación muchas veces con el bajo índice de sospecha y la ausencia de síntomas específicos. En 1976, Bunting et al hallaron una frecuencia de detección de metástasis gástricas a lo largo de la vida de sólo un 6%³. Según estudios de necropsias, se ha estimado que existe una incidencia de hasta un 10% de metástasis gástricas del cáncer de mama^{4,5}. En la endoscopia, frecuentemente se manifiesta como una lesión difusa o infiltración submucosa que disminuye la distensibilidad normal. Muchas veces es preciso el diagnóstico diferencial con otras entidades, como la linitis plástica, dado que los hallazgos patológicos de estas metástasis son con frecuencia poco específicos⁶.

Presentamos a continuación el caso de una mujer de 80 años que se diagnosticó de un cáncer de mama metastásico tras comenzar como hemorragia digestiva alta secundaria a una úlcera gástrica, metástasis de este cáncer mamario. Presentamos el caso de una mujer de 80 años con antecedentes médicos de hipertensión arterial y síndrome depresivo, e intervenida previamente de fractura en la cadera derecha, que ingresa en el Servicio de Gastroenterología de nuestro hospital por dolor abdominal en el epigastrio y hematemesis. La endoscopia digestiva alta identifica una úlcera de 1 cm de tamaño, de profundidad media y bordes irregulares, en la cara posterior de cuerpo medio-alto gástrico, con fondo fibrinoso (fig. 1). Las biopsias tomadas de esta úlcera confirman que se trata

de un carcinoma poco diferenciado. En la TAC realizada se informa de un engrosamiento de la pared gástrica que afecta fundamentalmente a la curvatura menor-cara posterior gástrica, con extensión al ligamento gastrohepático y al área del hilio hepático y cabeza pancreática, donde se delimitan mal las estructuras, y que puede estar en relación con pequeña cantidad de líquido o infiltración neoplásica (fig. 2). Se observan adenopatías perilesionales de menos de 1 cm y adenopatías mesentéricas de pequeño tamaño. Hay moderada cantidad de líquido libre. En la mama izquierda se identifica un nódulo de 14 × 27 mm de diámetro, en los cuadrantes externos de la glándula, con realce en el contraste intravenoso, indicativo de cáncer mamario como primera posibilidad. Existe mala delimitación del nódulo respecto al músculo pectoral mayor, además de presencia de nódulos satélites mal definidos en la axila homolateral. Hay borramiento de planos grasos en la región axilar izquierda, con mala delimitación de las diferentes estructuras, que se extiende a la zona supraclavicular izquierda. En el hígado y en la restante exploración no hay hallazgos relevantes. Se interviene a la paciente y se le extirpa una tumoración en la mama izquierda de aspecto tumoral. En la laparotomía realizada se encuentra ascitis tumoral en relación con carcinomatosis peritoneal, linitis plástica y afectación tumoral del intestino delgado con adenopatías mesentéricas y afectación uterina. La pieza de la cuadrantectomía mamaria muestra infiltración por un carcinoma ductal infiltrante grado 3 de diferenciación, con 1,7 cm de diámetro, que alcanza el borde quirúrgico de resección. Otro fragmento de parénquima mamario de 2,5 cm de diámetro aparece igualmente infiltrado por un carcinoma ductal infiltrante de mama. Se confirma que se trata del mismo tipo de carcinoma desde el punto de vista histológico e inmunohistoquímico. También se analiza un fragmento del epiplón con metástasis de carcinoma ductal infiltrante mamario. Revisada la histología inicial de carcinoma gástrico, y apoyado en el estudio inmunohistoquímico, se confirma que la lesión ulcerada