



<https://www.revclinesp.es>

EA-7. - ENTEROPATÍA SPRUE-LIKE SECUNDARIA AL CONSUMO CRÓNICO DE OLMESARTÁN

A. López¹, R. Laveda², A. Martínez², J. Arriero¹, P. Grinó², P. Chazarra¹, G. García², P. Esteve¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Medicina Digestiva. Hospital Universitario Sant Joan de Alicante. Sant Joan d'Alacant. Alicante.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo es comunicar y documentar, a propósito de 2 casos clínicos, la enteropatía tipo "sprue-like" secundaria a olmesartan.

Métodos: Se describen dos casos clínicos, recogidos en el servicio de medicina digestiva de nuestro hospital, entre febrero y abril de 2014, relacionados con la toma de olmesartan (40 mg/24 horas) de manera crónica.

Resultados: Caso 1: mujer de 80 años de edad con AP de hipertensión arterial, dislipemia, síndrome de Menière en tratamiento antihipertensivo con olmesartan/amlodipino/HCT 40/5/12.5 Motivo de consulta; diarrea persistente, sin productos patológicos, de 20 deposiciones diarias, asociada a pérdida de hasta 10 kg de peso, sin náuseas ni fiebre. EC: el cuadro diarreico se asociaba a un importante deterioro del estado general, con hipotensión, deshidratación importante muco-cutánea, sin fiebre. Las pruebas complementarias incluyendo, colonoscopia, entero RMN, coprocultivo y toxina de *C. difficile*, fueron normales. Se descartó enfermedad celiaca con Ac-anti transglutaminasa y antigliadina negativos y sobrecrecimiento bacteriano (coprocultivo, y toxina para *Clostridium difficile* negativo). Tras la retirada de su medicación habitual, y al iniciar fluidoterapia el cuadro se resolvió, pero al reintroducir el tratamiento antihipertensivo, reapareció la sintomatología. Tras realizar gastroscopia (sin hallazgos significativos a nivel macroscópico) y tomarse biopsias duodenales, se objetivó duodenitis erosiva con atrofia vellositaria grave, compatible con enteropatía tipo sprue-like. Caso 2: mujer de 76 años con AP de HTA, consumidora habitual de olmesartan/amlodipino 40/10 Motivo de consulta: diarrea de 15 días de evolución, de 8 deposiciones diarias, pérdida de 7 kg de peso. EF: Deshidratación muco-cutánea con desorientación temporo-espacial, sin focalidad neurológica. Abdomen: RHA aumentados con dolor abdominal difuso. Coprocultivo: *Salmonella* spp. (el cuadro clínico mejoró tras la retirada del fármaco antihipertensivo, pero no tras la toma mantenida de ciprofloxacino) T. *clostridium difficile* negativa. Ac. antiTGA negativas. Ac. anti gliadina negativos. Colonoscopia sin hallazgos significativos. Gastroscopia: sin hallazgos significativos: biopsia duodenal: duodenitis grave con atrofia vellositaria. Tras la retirada del fármaco la paciente permanece asintomática.

Discusión: La clínica inicial de los dos casos clínicos se basaba en un cuadro diarreico subagudo-crónico grave, y gran afección del estado general, con pérdida de peso de entre 7 y 10 kg. En ninguno de los casos hubo fiebre. Tras descartar causas habituales del síndrome diarreico; Infecciosas (*T. Clostrid. difficile* negativa), coprocultivos (negativos en el primer caso, y positivo para *salmonella* spp, y posteriormente para *aeromonas* en el segundo). Si bien es este caso la clínica mejoró con la retirada del fármaco antihipertensivo no con la antibioterapia. La serología para enfermedad celiaca fue negativa (Ac.a nti TGA y Ac. antigliadina

negativos). La biopsia duodenal mostró, y este fue el hallazgo clave para realizar el diagnóstico diferencial, una duodenitis importante, con atrofia vellositaria grave.

Conclusiones: La enteropatía tipo "sprue like" con serología negativa para enfermedad celiaca es una entidad poco frecuente en la práctica clínica habitual. La toma crónica de olmesartan se ha relacionado en esta patología demostrándose mejoría clínica tras la retirada del fármaco, y manteniendo una dieta con gluten. Debido al uso habitual de olmesartan como antihipertensivo en la práctica habitual, se espera un aumento de la incidencia de este tipo de enteropatía en los próximos años. La gravedad de la sintomatología en población pluripatológica, debe de poner en alerta al médico clínico, ya que una rápida corrección del factor desencadenante puede disminuir la morbimortalidad de manera muy importante.