

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Imágenes intraluminales colónicas por carbonato de lantano

Amaya Jimeno Almazán, Rafael Vilaplana García y María Contreras Padilla

Servicio de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN

El carbonato de lantano es un quelante del fósforo libre de calcio y de aluminio utilizado en insuficiencia renal crónica que puede producir una imagen radio-opaca característica en el colon por depósitos intraluminales que es necesario conocer. Esto puede ayudar a establecer el diagnóstico diferencial en casos de dolor abdominal de origen no establecido en pacientes que reciben este tratamiento.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un paciente de 68 años de edad con múltiples factores de riesgo vascular (hipertenso, diabético, exfumador, dislipémico e hiperuricémico) con enfermedad renal crónica terminal de origen mixto hipertensivo-diabético en tratamiento con hemodiálisis desde el año 2002 y que presentaba como complicaciones asociadas a esta patología hiperfosfatemia, hipocalcemia e hiperparatiroidismo secundarios. Recibía por este motivo tratamiento con cinacalcet, resincalcio y acetato de calcio con carbonato de lantano. Otros antecedentes reseñables vasculares son la cardiopatía isquémica crónica y un accidente cerebrovascular isquémico.

El día de su ingreso presenta tras la comida dolor agudo e intenso localizado en mesogastrio, no irradiado y acompañado de dos vómitos alimentarios y varias deposiciones líquidas sin productos patológicos; no presentaba fiebre ni otros síntomas asociados. La exploración física era anodina. Se realiza en urgencias una analítica en la que destacan: glucemia 209 mg/dl, urea 73 mg/dl, crea. 6,0 mg/dl, con iones normales; Hb 15,8 g/dl, HTO 51, leucocitos 22,34 (86 % NT), PQ 171, procalcitonina (PCT) 1,55 ng/ml, proteína C reactiva (PCR) 2,4 mg/dl, amilasa, bilirrubina, GOT normales, junto con radiografía de abdomen (Fig. 1) y ecografía de abdomen, sin hallazgos reseñables. Ingresa con el diagnóstico de presunción de colitis isquémica. Se instaura dieta absoluta y tratamiento sintomático sin antibioterapia con desaparición completa de los síntomas en 48 horas. Se confirma la normalización analítica completa, incluyendo bioquímica, perfil hepático, PCT (0,74 ng/ml) y hemograma –leucocitos 9,70 (fórmula normal), por lo que no se considera la necesidad de realizar nuevas pruebas complementarias (TAC abdomen y/o colonoscopia–. Se realiza radiografía de control previa al alta una vez resuelto el proceso (Fig. 2). Se aprecian múltiples imágenes radio-

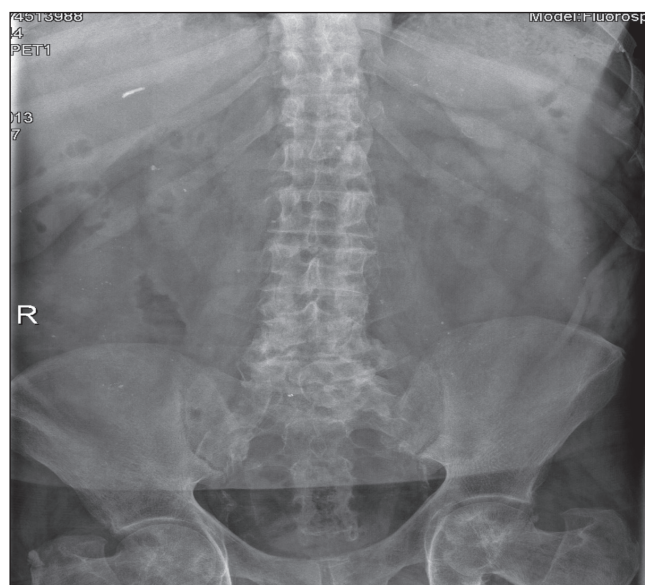


Fig. 1.

opacas en todo el trayecto del colon de apariencia similar al contraste y en relación con la toma de carbonato de lantano. Se mantuvo el tratamiento al no tener relación directa con la clínica actual. Se sospecha que el cuadro que motiva el ingreso es de enterocolitis aguda de origen infeccioso, posiblemente viral, siendo la evolución favorable.

DISCUSIÓN

Se trata de un paciente de alto riesgo, con afectación multisistémica micro y macrovascular en relación con los factores de riesgo vascular clásicos, por lo que parece congruente que el diagnóstico de sospecha inicial fuera el de colitis isquémica. Sin embargo, lo inespecífico de la clínica inicial, la ausencia de signos clínicos de gravedad, la recuperación espontánea sin intervención específica en las primeras 24 horas y la normalización analítica, hacen improbable este diagnóstico, habiendo sido esperable una evolución tórpida dada las características de este proceso y la condición de base del enfermo. Otra posibilidad era que se tratara de un proceso infeccioso activo bacteriano de origen intestinal. La PCR y PCT orientaban la posibilidad de infección, pero se encontraban por debajo de los umbrales de mayor sensibilidad y especificidad (PCT 2 ng/ml y PCR 5 mg/dl) para considerar el origen como séptico. En ausencia de antibioterapia se produjo la normalización de estos dos parámetros. Bajo estas circunstancias se identifican las imágenes compatibles con el depósito de carbonato de lantano intraluminal en una radiografía simple de abdomen. El principal evento adverso de este fármaco es la tolerabilidad desde el punto de vista gastrointestinal. Sin embargo, en los estudios de seguridad del fármaco se comprueba que es improbable que estos obliguen a su retirada (1,2). En nuestro caso, el enfermo se recuperó de los síntomas que motivaron su ingreso aún manteniendo el carbonato de lantano en su tratamiento, por lo que no se pueden atribuir directamente a su consumo y consideramos que los hallazgos radiológicos fueron casuales. Por todo ello consideramos que el cuadro fue inespecífico y probablemente relacionado con una enterocolitis aguda por un microorganismo no filiado y de resolución espontánea.

El carbonato de lantano es un quelante del fósforo libre de calcio y de aluminio, que se usa en el control de la hiperfosfatemia en pacientes con insuficiencia renal crónica que se someten a diálisis. No se metaboliza y se excreta en su práctica totalidad por las heces. Tiene la ventaja sobre otros quelantes de que no aumenta el calcio y puede estar implicado en la reversión de los depósitos vasculares del mismo (3). Las reacciones adversas más frecuentes con su toma son las manifestaciones gastrointestinales, tales como dolor abdominal, estreñimiento, diarrea, dispepsia, flatulencia, náuseas y vómitos. Se reducen al ingerirlo con la comida y remiten generalmente con el tiempo de toma. Se advierte en la versión americana de la ficha técnica de la posibilidad de la aparición de imágenes radio-opacas en la radiografía abdominal (4). Este fenómeno no es una constante, pudiendo encontrar radiografías normales en casi la mitad de los pacientes dependiendo del momento de la toma, de la dosis y la presencia de patología previa (por ejemplo, diverticulosis) (4-6). No se conoce con exactitud el comportamiento del lantano y su depósito intestinal (4).

Como conclusión, los facultativos deben conocer la peculiaridad de las imágenes para evitar una interpretación inadecuada. Además, se debe incluir en el diagnóstico diferencial de dolor abdominal de causa no filiado en pacientes que inician la toma del fármaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamada S, Yoshida H, Taniguchi M, Tanaka S, Eriguchi M, Tsuruya K, et al. Effectiveness of lanthanum carbonate treatment used in combination with other phosphate binders in peritoneal dialysis patients. *Inter Med* 2012;51:2097-104.
2. Shigematsu T. Lanthanum Carbonate Research Group. One year efficacy and safety of lanthanum carbonate for hiperphosphatemia in Japanese chronic kidney disease patients undergoing hemodialysis. *Ther Apher Dial* 2010;14:12-9.
3. Pérez Alonso L, Moreno Polanco MA. Carbonato de lantano: una explicación novedosa de una imagen radiológica habitual. *Rev Clin Esp* 2011;211:60-8.
4. Díez Ojeda B, Medrano Martínez S, Alonso Álvarez MA. Imagen radiológica del carbonato de lantano. *Nefrología* 2010;30:263-4.
5. Cerny S, Kunzendorf U. Radiographic appearance of lanthanum. *N Engl J Med* 2006;355:1160.
6. Vrineaud L, Lefèbvre D, Daem AO, Lemaître V. Radiographic characteristics of lanthanum carbonate absorption. *Nephrol Ther* 2008;4:111-13.

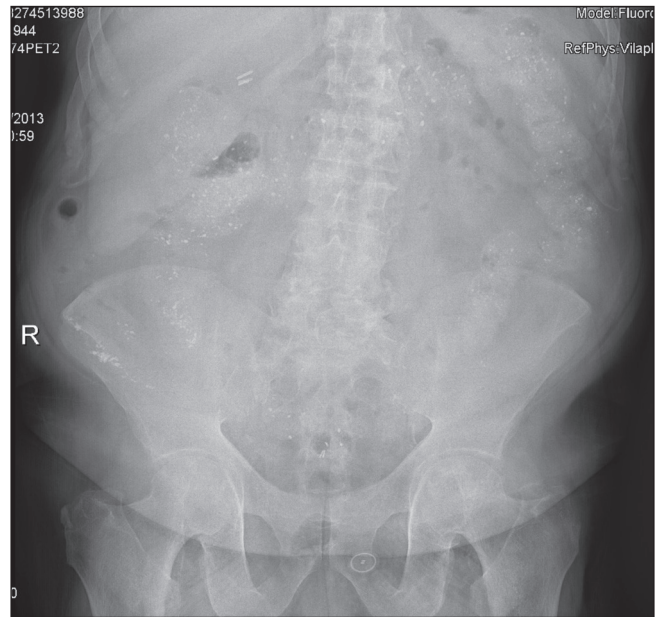


Fig. 2.