

Cartas al Editor

Colestasis canalicular inducida por anabolizantes esteroideos

Palabras clave: Estanozolol. Metenolona. Drostanolona. Hepatotoxicidad. Colestasis canalicular.

DOI: 10.17235/reed.2017.4781/2016

Sr. Editor:

Existe un creciente uso inapropiado de esteroides anabolizantes, habitualmente en varones jóvenes, administrados de forma ilícita. Su detección exige que los profesionales sanitarios estén alerta con respecto a su potencial hepatotoxicidad (1).

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 19 años, previamente sano, que precisó hospitalización por ictericia, sin otras alteraciones en la exploración. Confesó haber usado estanozolol 50 mg/48 h (Winstrol®), enantato de metenolona (Primobolan®) 100 mg/96 h y propionato de drostanolona (Masteron®) 200 mg/96 h, por vía intramuscular, durante 56 días, interrumpiendo el consumo diez días antes del ingreso. Destacaba una bilirrubina de 41,9 mg/dl con GPT 114 UI/l y GGT normal; la creatinina máxima fue de 1,2 mg/dl (día +39). Se excluyeron otras causas de hepatopatía, patología biliar y trastornos vasculares. Una biopsia hepática mostró una marcada colestasis parenquimatosa y canalicular de predominio centrolobulillar (Fig. 1). La evolución fue lentamente favorable, con resolución espontánea *ad integrum* a los tres meses.

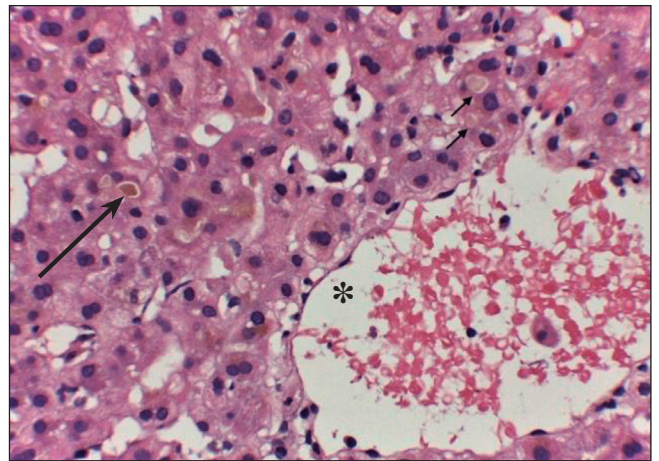


Fig. 1. Imagen anatomopatológica (hematoxilina eosina, x40) que muestra la colestasis canalicular perivenular (flechas) y la vena centrolobulillar (asterisco), siendo patente, además, la colestasis intrahepatocitaria y la ausencia de inflamación.

Discusión

Se trata de un caso bien documentado de hepatitis colestásica imputable a esteroides anabolizantes, empleados con fines estéticos y/o deportivos. Esta entidad posee características distintivas, presentes en nuestro caso, con respecto a la hepatotoxicidad secundaria a fármacos convencionales o a productos herbales: hiperbilirrubinemia intensa y aumento leve/nulo de transaminasas (2). El diagnóstico se basa en una relación temporal adecuada y en la exclusión de otras causas. La biopsia no es imprescindible pero sí útil en casos dudosos: la colestasis canalicular se asocia clásicamente al uso de estas sustancias (3). Existió una firme asociación cronológica entre los productos involucrados y los síntomas y, simultáneamente, mejoría tras la interrupción del consumo. La escala CIOMS/RUCAM (4) mostró una puntuación de 6 (hepatotoxicidad probable). Estos productos están autorizados actualmente para muy escasas indicaciones médicas. La detección de su consumo fraudulento lleva implícita la res-

ponsabilidad de comunicar el evento a las autoridades sanitarias competentes. Afortunadamente, la resolución espontánea suele ser la norma (5).

María del Pilar Silva Ruiz¹, Álvaro Giráldez Gallego¹
y María Serrano Jiménez²

¹Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo
y ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospitales Universitarios
Virgen del Rocío. Sevilla

Bibliografía

1. García-Cortés M, Robles-Díaz M, Ortega Alonso Aida, et al. Hepatotoxicity by dietary supplements: A tabular listing and clinical characteristics. *Int J Mol Sci* 2016;17:537. DOI: 10.3390/ijms17040537
2. Robles-Díaz M, González-Jiménez A, Medina-Cáliz I, et al. Distinct phenotype of hepatotoxicity associated with illicit use of anabolic androgenic steroids. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:116-25. DOI: 10.1111/apt.13023
3. Martínez B, Velasco MJ, Pozo A, et al. Cholestatic injury by stanozolol intake. *Rev Esp Enferm Dig* 2006;98:219-20.
4. Danan G, Bénichou C. Causality assessment of adverse reactions to drugs I. A novel method based on the conclusions of international consensus meetings: Application to drug-induced liver injuries. *J Clin Epidemiol* 1993;46:1323-30. DOI: 10.1016/0895-4356(93)90101-6
5. Cabb E, Baltar S, Powers DW, et al. The diagnosis and manifestations of liver injury secondary to off-label androgenic anabolic steroid use. *Case Rep Gastroenterol* 2016;10:499-505. DOI: 10.1159/000448883