

PICTURES IN DIGESTIVE PATHOLOGY

Clindamycin-induced esophageal ulcer

P. A. Rivera Vaquerizo, Y. Santisteban López¹, M. Blasco Colmenarejo, M. Vicente Gutiérrez, V. García García and R. Pérez-Flores

Departments of Digestive Diseases and ¹Internal Medicine. Hospital General Universitario. Albacete, Spain

A 27-year-old man with an uneventful record was examined because of ongoing odynophagia and dysphagia at mid esophageal level for a few hours. Five days before he had been operated on for a pilonidal cyst, having henceforth been treated with clindamycin in capsules, which were ingested with very small amounts of liquid. He had been feeling some pain ever since. An upper endoscopy revealed the presence of two superficial ulcers at 30 cm (Fig. 1A) and another two deep, friable-upon-friction ulcers at 28 cm (Fig. 1B). Following a diagnosis of possible esophageal ulcers induced by clindamycin, this drug was discontinued and pantoprazole and sucralfate was administered instead; the patient remains asymptomatic and an upper endoscopy performed 45 days later did not revealed any lesion.

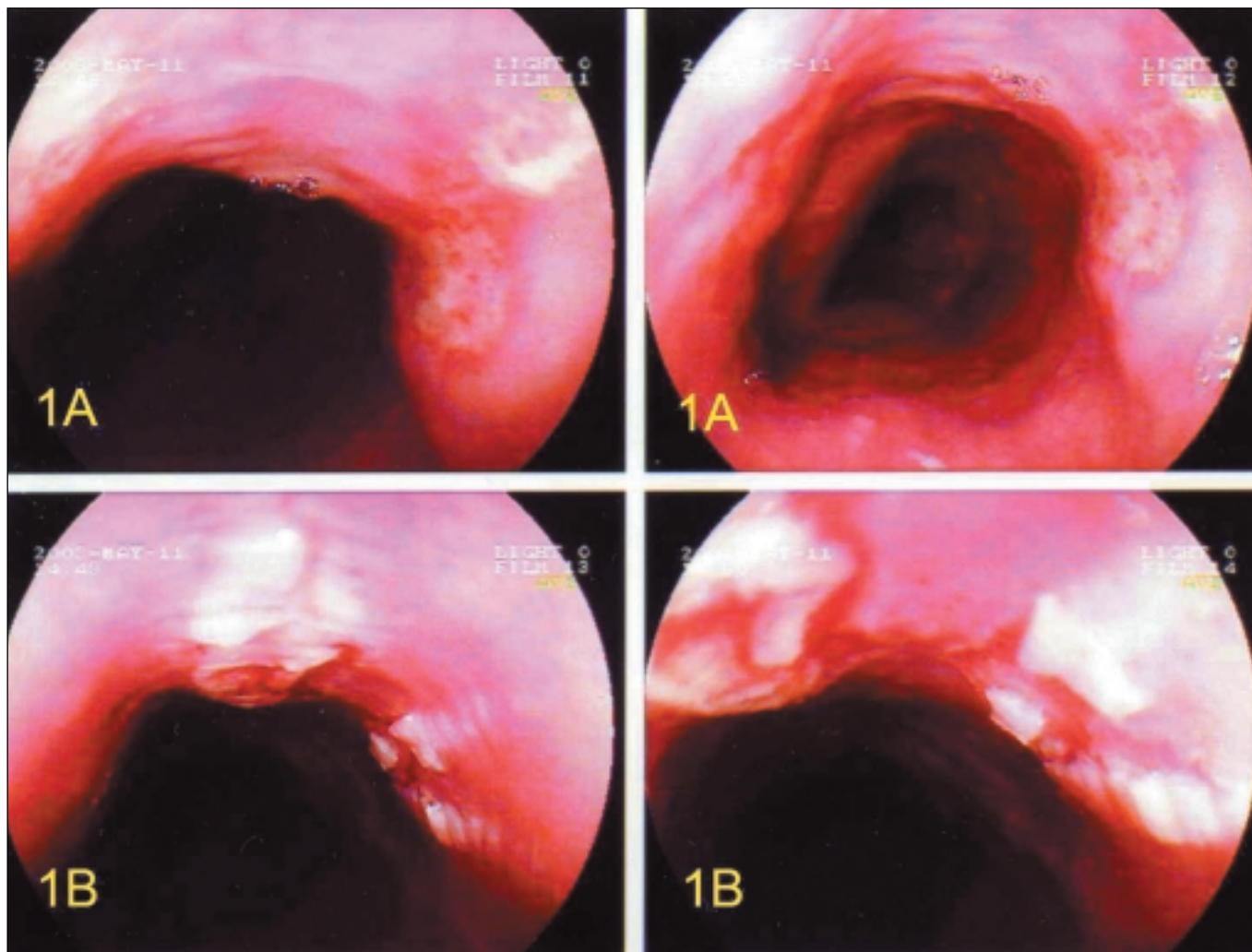


Fig. 1.-Superficial ulcers at 30 cm (A), and two deep ulcers at 28 cm (B)
Úlceras superficiales enfrentadas a 30 cm (A) y dos úlceras profundas a 28 cm (B).

The first known drug-induced esophageal injury was reported by Pemberton in 1970 in a patient taking oral potassium. To date, over 70 drugs have been reported to cause esophageal injury, though the incidence of drug-induced esophageal ulcers is underestimated (2).

The harmful effect of the drug seems to be produced by a direct action on the wall of the esophagus after extended contact. Two mechanisms (3) are involved as far as injuries of this kind are concerned, namely drug-related factors and patient-related factors. Supine position after drug ingestion is present in more than 75% of cases, and drug ingestion with too small amounts of liquid is another triggering factor. Risk increases when both these factors are combined.

Patients with drug-induced esophageal damage very often experience mid-chest pain (61-72%) (4). Pain may increase when further doses of the offending drug, food or fluid are taken. Odynophagia is the next most common symptom (50-74%). These symptoms may develop within hours and up to 10 days after medication onset. Dysphagia, which is less common than chest pain or odynophagia, is reported in 20 to 40% of cases and usually indicates severe inflammatory stenosis or stricture formation.

Upper endoscopy is the technique of choice for the detection of esophageal mucosal injuries, and also allows for direct inspection, biopsy-taking, cytology-sampling and microbiological tests. Findings may vary, and injuries are most frequently located at the junction between the upper and middle parts of the esophagus. This was the location of ulcers seen in our patient, the same as in a similar clindamycin-induced case reported in 1977 (5).

The best treatment is discontinuation of the offending drug and supportive care. There is no evidence that any therapy, other than suppressing the offending drug, may play an active role in the healing process, though antacid, sucralfate and proton pump inhibitors have been used.

REFERENCES

1. Kikendall JW. Pill-induced esophageal injury. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20: 835-46.
2. Georges MD, Uri MD, Delpre G, Kadish U, Stahl B. Induction of esophageal injuries by doxycycline and others pills. A frequent but preventable occurrence. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 797-800.
3. Del Valle García M, Gómez F, Poyato A, Vignote ML, Miño G. Úlcera esofágica por doxiciclina. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 390-1.
4. Worth H. Drug-induced esophageal damage: diseases of medical progress. *Gastrointest Endoscopy* 1998; 47 (6): 547-50.
5. Sutton DR, Gosnold JK. Oesophageal ulceration due to clindamycin. *Br Med J* 1977; 1 (6076): 1598.

Úlceras esofágicas por clindamicina

P.A. Rivera Vaquerizo, Y. Santisteban López¹, M. Blasco Colmenarejo, M. Vicente Gutiérrez, V. García García y R. Pérez-Flores

Servicio de Aparato Digestivo y ¹Medicina Interna. Hospital General Universitario. Albacete

Varón de 27 años sin antecedentes de interés, que consulta por odinofagia y disfagia a nivel de esófago medio de horas de evolución. Cinco días antes, había sido intervenido de un quiste pilonidal y estaba en tratamiento desde entonces con clindamicina en cápsulas, habiendo ingerido las últimas tomas con muy poco líquido y notando molestias desde entonces. Se realiza endoscopia, objetivando la presencia de dos úlceras superficiales enfrentadas a 30 cm (Fig. 1A) y otras dos úlceras profundas, friables al roce a 28 cm (Fig. 1B). Con el diagnóstico de sospecha de úlceras esofágicas por clindamicina, se suspende la misma y se administra pantoprazol y sucralfato, quedando el paciente asintomático y sin lesiones en endoscopia realizada a los 45 días.

El primer caso de lesión esofágica por fármacos fue descrito por Pemberton en 1970 debido a la toma oral de potasio. Hasta el momento alrededor de 70 fármacos han sido relacionados con lesiones esofágicas (1), aunque la incidencia de úlceras esofágicas por fármacos está subestimada (2).

El efecto lesivo del fármaco parece producirse por acción directa en la pared del esófago tras un contacto prolongado. Los mecanismos implicados en la producción de lesión son dos (3): factores relacionados con el fármaco y factores relacionados con la persona. El decúbito después de la ingesta del medicamento se presenta en más del 75% de los casos y la ingestión del fármaco con escaso líquido es otro factor desencadenante. La combinación de ambos aumenta el riesgo.

El síntoma más frecuente es el dolor retroesternal (61-72%) (4), que puede exacerbarse con la nueva toma del fármaco responsable, comida o bebida. El segundo síntoma más frecuente es la odinofagia (50-74%). Ambos síntomas se desarrollan entre las primeras horas hasta 10 días desde el comienzo de la medicación. La disfagia es poco frecuente (20-40%) y habitualmente indica la presencia de estenosis inflamatoria severa o estenosis fibrótica.

El método diagnóstico de elección es la endoscopia, que además permite la toma de biopsias, citología y estudio microbiológico. Los hallazgos son variables y la localización más frecuente de la lesión es la unión del tercio superior y medio del esófago. En nuestro caso, esta fue la localización de las úlceras, al igual que en otro similar por clindamicina publicado en 1977 (5).

El tratamiento es la retirada del fármaco responsable y medidas de soporte. No hay evidencia de la eficacia de ningún fármaco, aunque se han utilizado antiácidos, sucralfato e inhibidores de la bomba de protones.