



Pancreatitis probablemente inducida por tigeciclina: reporte de un caso

Rodrigo Suárez Otero,* Dulce Espinoza López,* Alejandra Ponce Ponce,* Claudia Carrillo Ponce**

RESUMEN

La tigeciclina es una gliciliciclina relacionada estructuralmente con las tetraciclinas. La pancreatitis es una reacción adversa reconocida de las tetraciclinas. El incremento de su prescripción hace necesaria la vigilancia de reacciones adversas. Para el caso de la tigeciclina sólo se encontraron dos casos reportados en la bibliografía; aquí se comunica un caso con sospecha de pancreatitis inducida por tigeciclina. El médico debe estar alerta ante la posibilidad de esta reacción.

Palabras clave: tigeciclina, pancreatitis, reacción adversa.

ABSTRACT

Tigecycline is a novel glycylicline, its structure is related with tetracyclines, tetracycline induced pancreatitis is a well known adverse reaction, the increase in the use of tigecycline has heightened the need for monitoring for adverse reactions. For tigecycline, we only found two cases reported on literature, here we present a case with suspected tigecycline-induced pancreatitis. Physician should be aware of this reaction.

Key words: tigecycline, pancreatitis, adverse reaction.

La tigeciclina, un antibiótico intravenoso de amplio espectro, pertenece al grupo de las gliciliclinas. Gracias a su perfil de seguridad, excelente penetración tisular y baja resistencia, fue aprobado en el año 2005 para indicarlo a pacientes con infecciones de piel y tejidos blandos e infecciones intraabdominales.^{1,2} Recientemente se propuso, además, su indicación a pacientes con neumonía, adquirida en la comunidad donde requieren atención hospitalaria.³ Puesto que se trata de un derivado de la minociclina, puede compartir algunos efectos secundarios con las tetraciclinas como la pancreatitis. Al buscar en la bibliografía sólo se encontraron dos casos reportados de este problema;^{4,5} por eso, se comunica un caso con probable asociación con la tigeciclina.

Se trata de una paciente femenina de 27 años de edad, sin antecedentes personales de importancia, que ingresó debido a un cuadro respiratorio agudo de dos semanas de evolución. Las características sobresalientes fueron: tos, fiebre no cuantificada, odinofagia y malestar general; por tal motivo, recibió en forma ambulatoria 1 gramo al día de claritromicina durante cinco días, sin notar mejoría. Cuando se cambió a levofloxacina se notó disminución de los síntomas; sin embargo, se exacerbó dos días antes de su ingreso; se agregó rinorrea mucopurulenta y fiebre de 39.5°C. Se decidió hospitalizarla y se comenzó tratamiento con meropenem. A su ingreso tenía presión arterial de 110/60 mmHg, pulso de 109 por minuto, 18 respiraciones por minuto y 39.5°C de temperatura. No había cianosis. En los campos pulmonares sólo se encontraron escasas subcrepitancias basales bilaterales, sin que integraran un síndrome pleuropulmonar. El abdomen se encontró sin alteraciones, al igual que las extremidades. Los cultivos de expectoración tomados al inicio del cuadro no reportaron crecimiento bacteriano, aunque ya había recibido dos días de antibiótico. Durante su estancia tuvo mayor deterioro con insuficiencia respiratoria, por lo que se decidió hacer una intubación endotraqueal y practicar una broncoscopia. Se inició tratamiento con amikacina y tigeciclina, esta última con una dosis inicial de 100 mg, seguida de 50 mg cada 12 horas. La broncoscopia reportó

* Servicio de Medicina Interna.

** Servicio de Patología.
Centro Médico ISSEMyM.

Recibido: agosto, 2009. Aceptado: diciembre, 2009.

Correspondencia: Av. Baja Velocidad 284, San Jerónimo Chichahuaco, CP 52140, Metepec, Estado de México. Correo electrónico: cmissemym@yahoo.com

Este artículo debe citarse como: Suárez-Otero R, Espinoza-López D, Ponce-Ponce A y col. Pancreatitis probablemente inducida por tigeciclina: reporte de un caso. Med Int Mex 2010;26(3):273-275.

www.nietoeditores.com.mx

neumonía con patrón intersticial, mientras que en el lavado bronquioalveolar se observaron células con inclusiones virales. (Figura 1) Se decidió mantener el antibiótico dado el tiempo de evolución del cuadro y se agregó oseltamivir. La paciente evolucionó satisfactoriamente y se extubó 48 horas después. Al séptimo día y 24 horas antes de su probable egreso tuvo dolor transitorio epigástrico intenso, con irradiación en hemicinturón, acompañado de náusea, vómito y distensión abdominal. La amilasa sérica se reportó en 255 U/L (VR 20-100); la lipasa, en 424 U/L (VR 13-60); el colesterol total, en 87 mg/dL; triglicéridos, en 116 mg/dL, y el calcio, en 8.1 mg/dL. El ultrasonido de vías biliares practicado en ese momento sólo reportó "lodo biliar", sin litos ni dilatación de colédoco. La tomografía de abdomen mostró datos sugerentes de pancreatitis Balthazar D. (Figura 2) Se suspendió la tigeciclina; se le indicaron: ayuno, analgesia y nutrición parenteral, y evolucionó satisfactoriamente, con descenso progresivo de las enzimas pancreáticas (Figura 3), y fue egresada 12 días después, asintomática.

Las gliciliclinas son análogos sintéticos de las tetraciclinas, pero evitan los mecanismos de resistencia de éstas y son una buena opción terapéutica para pacientes con infecciones bacterianas graves, excepto por *Pseudomonas*.

Los efectos secundarios reportados en los estudios clínicos y en las revisiones del producto se limitan a náusea y vómito, alteración en los tiempos de coagulación y en las concentraciones de enzimas hepáticas;¹ sin embargo, su estructura química que los relaciona con

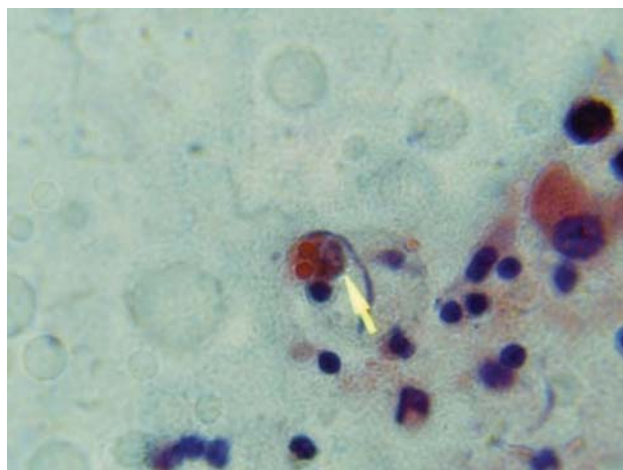


Figura 1. Tinción de Papanicolaou con el objetivo de 100X. Lavado bronquioalveolar que muestra inclusiones nucleares y citoplásmicas (flecha).

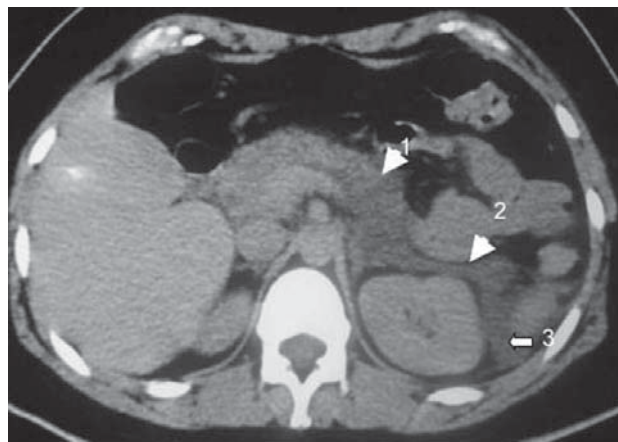


Figura 2. Tomografía simple que muestra: 1) aumento de tamaño de páncreas, 2) hipodensidad a nivel de cola, y 3) engrosamiento del espacio pararenal anterior y líquido en la fascia lateroconal.

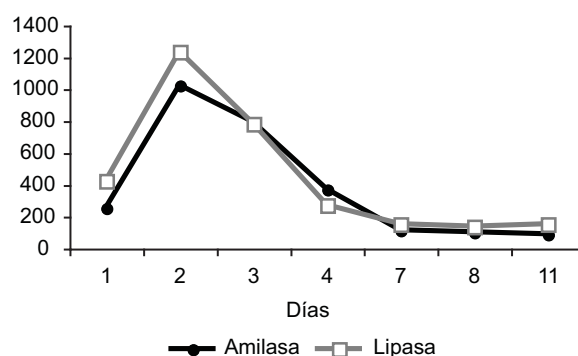


Figura 3. Concentraciones de amilasa y lipasa (U/L).

las tetraciclinas hace probable, también, que compartan los efectos adversos de éstas. En el caso que aquí se comunica la paciente no tenía datos para algunas de las causas descritas de pancreatitis. No hubo dislipidemia, hipercalcemia, ni se encontraron litos en la vía biliar, aunque el antecedente del problema viral pudiera sugerir esta causa. La existencia de inclusiones virales hizo sospechar virus de parainfluenza (las pruebas para influenza, específicamente H1N1 fueron negativas), pero no se ha relacionado con pancreatitis. Cumplió con seis puntos de la escala de Naranjo, lo que lo clasificó como un evento probablemente secundario a la tigeciclina, incluso utilizando el algoritmo propuesto por Trivedi y col., quienes apoyan esta posibilidad.^{6,7} No se ha dado, hasta ahora, una explicación para la ocurrencia de este fenómeno; sin embargo, se considera que el clínico debe tener en cuenta la probable relación de pancreatitis y tigeciclina, debien-

do estar alerta ante cualquier paciente que reciba este fármaco y que resulte con dolor abdominal, alteraciones enzimáticas, hematológicas o cambios hemodinámicos, especialmente en el paciente crítico en el que la sedación y los analgésicos pudieran oscurecer el diagnóstico, si no se toma en cuenta esta posibilidad.⁸

REFERENCIAS

1. Rubinstein E, Vaughan D. Tigecycline: A novel glycylcycline. *Drugs* 2005;65(10):1317-1336.
2. MacGowan AP. Tigecycline pharmacokinetic/pharmacodynamic update. *J Antimicrob Chemother* 2008;62(Suppl.):11-16.
3. McKeage K, Keating GM. Tigecycline in community-acquired pneumonia. *Drugs* 2008;68(18):2633-2644.
4. Lipshitz J, Kruh J, Cheung P, et al. Tigecycline-induced pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2009;43:93.
5. Marshall SR. Tigecycline-induced pancreatitis. *Hosp Pharm* 2009;44:239-241.
6. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981;30(2):239-245.
7. Trivedi CD, Pitchumoni CS. Drug-induced pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2005;39:709-716.
8. Mofidi R, Patil V, Suttie S, et al. Risk assessment in acute pancreatitis. *BJSurg* 2009;96:137-150.