



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 210/123 - DOCTORA, NO ME ENCUENTRO BIEN

I. Asunción Sola<sup>a</sup>, C. Pérez Llanes<sup>b</sup>, E. Sánchez Pablo<sup>c</sup>, C. Celada Roldán<sup>d</sup>, S.I. Roncero Martín<sup>e</sup> y D. Piñar Cabezos<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Torre Pacheco Este. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>f</sup>HULAMM. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 23 años diagnosticada de tuberculosis osteoarticular resistente a isoniacida. En tratamiento con rifampicina 300 mg 2-0-0, myambutol 400 mg 0-2-0, pirazinamida 250 mg 0-5-0 y moxifloxacino 400 mg 0-0-1 desde hace 5 meses. Consulta por el estado general, náuseas y vómitos desde hace 5 días que se acompañan de epigastralgia e ictericia conjuntival y cutánea. Ante la sospecha de fallo hepático causado por tuberculostáticos, se solicita analítica en la que se objetiva alteración de enzimas hepáticas y coagulopatía, por lo que se inicia tratamiento con vitamina K y suspensión de su terapia con tuberculostáticos. Se solicita, además, serología de virus hepatitis, descartándose ésta como posible etiología, así como ecografía abdominal, que es normal. La paciente quedó ingresada y se le realizó control analítico diario objetivando mejoría progresiva. Tras 10 días se reinicia moxifloxacino y etambutol y el día 14 la rifampicina, con buena tolerancia clínica y analítica. Se le dio el alta citándola periódicamente para seguimiento en consulta.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, CyO, ictericia en piel y conjuntiva. TA: 114/68; FC: 68 lpm.; SatO<sub>2</sub>: 100%; NRL: sin focalidad. No flapping. AC: rítmica y sin soplos. AP: MVC. Sin ruidos añadidos. Abdomen: blando y depresible sin masas ni megalias. Doloroso a la palpación en epigastrio y mesogastrio. Sin signos de irritación peritoneal. Analítica: bioquímica: bilirrubina total: 10,98; bilirrubina directa: 9,4; GOT 493; GPT 906; GGT: 172; FA: 139; LDH: 326; amilasa: 124; PCR: 0,4. Coagulación: AP: 35%; PTTA: 41; INR: 2,2. Fibrinógeno: 162. Orina elemental: bilirrubina y urobilinógeno. Rx abdomen: luminograma normal. Gas distal presente. Ecografía abdominal: sin hallazgos de interés.

**Juicio clínico:** Fallo hepático agudo por pirazinamida.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis viral. Drogas. Toxinas. Hepatitis autoinmune. Trombosis portal. Isquemia. Leucemia, linfoma, metástasis. Tuberculosis. Enfermedad de Wilson.

**Comentario final:** Ante tratamientos potencialmente hepatotóxicos es fundamental el control de la función hepática, así como informar al paciente de estos posibles efectos y sus signos de alerta, con el fin de identificar el FHA e instaurar tratamiento de la forma más precoz posible.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2012/v110n3a12.pdf>
2. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0121-07932008000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0121-07932008000100005)