



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 329/108 - LESIÓN HEPATOCELULAR POR FÁRMACO DE USO FRECUENTE

P. Castro Sandoval<sup>1</sup>; E. López Fernández<sup>2</sup>; P. Fernández Pérez<sup>3</sup>; B. Haro Martínez<sup>4</sup>; I. García Terán<sup>5</sup>; A. Méndez Fuertes<sup>6</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>2</sup>Especialista Aparato Digestivo. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>3</sup>Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. <sup>6</sup>Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 93 años. Parcialmente dependiente para las actividades de vida diaria. No hábitos tóxicos. Como antecedentes, dislipemia e hipertrofia de próstata. IQ: hernia inguinal. Acude a su médico de Atención Primaria por episodio de desorientación, motivo por el que se le solicita analítica general, mostrando ésta alteración en las PFH (pruebas de función hepática): GGT 685 U/l, Fosfatasa alcalina 748 U/l, bilirrubina total 6.5 mg/dl, Bb directa 4.8 mg/dl. Desde el centro de salud es derivado a Urgencias hospitalarias para ampliar el estudio. Volviendo a entrevistar al paciente, refiere haber finalizado 7 días antes, tratamiento con amoxicilina clavulánico 500/125 mg cada 8 h durante una semana por cuadro de infección respiratoria. Tras ello, comenzó con desorientación, astenia, hiporexia, ictericia y coluria. No había presentado dolor abdominal, náuseas o vómitos. Tampoco alteración del ritmo intestinal. Afebril. No señalaba toma de medicación nueva ni otras sustancias aparte del antibiótico, siguiendo su tratamiento habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes estables. Buen estado general. Consciente. Ictericia mucocutánea leve. Eupneico. Exploración cardiaca y pulmonar normal. A la exploración abdominal, presenta abdomen blando, depresible, no doloroso y sin signos de irritación peritoneal. No se palpan masas, ni ascitis. Ruidos hidroaéreos presentes. Resto normal. Ingresa en Digestivo por ictericia. Se solicita nueva analítica que muestra hiperbilirrubinemia (Bb total 8,0 mg/dl, Bb directa 6,0 mg/dl), con elevación moderada de transaminasas (GOT 346 U/l, GPT 459 U/l, GGT 685 U/l, FA 316U/l). Hemograma y coagulación dentro del rango de normalidad. Se realiza ecografía abdominal que muestra vía biliar, páncreas e hígado de aspecto normal, y ausencia de líquido libre. A su vez, se solicita serologías y estudio de autoinmunidad siendo negativos. Se diagnostica al paciente de probable hepatotoxicidad por amoxicilina-clavulánico. Dado que ya se había retirado el fármaco, se trató de forma conservadora evolucionando favorablemente tanto clínica como analíticamente, estando asintomático al alta.

**Juicio clínico:** Hepatitis aguda de probable origen tóxico (farmacológico).

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis (infecciosas, tóxicas, metabólicas). Tumores hepáticos/vías biliares. Esteatosis. Hemocromatosis. Colelitiasis. Colangitis aguda. Cirrosis biliar primaria.

**Comentario final:** La hepatotoxicidad farmacológica es relativamente frecuente en la práctica clínica y su diagnóstico requiere sospecha, pues no siempre es fácil. Es imprescindible realizar todas aquellas determinaciones clínicas, analíticas y radiológicas que descarten otras etiologías dado que no disponemos de criterios directos para su diagnóstico. Muchos son los fármacos implicados en relaciones de hepatotoxicidad, principalmente los antibióticos. Entre ellos, la toxicidad hepática por amoxicilina-clavulánico, como es nuestro caso. Desde Atención Primaria una buena historia clínica (además de considerar las circunstancias acompañantes) es clave, pues aumentará nuestra probabilidad de obtener un diagnóstico más preciso. Por ello, es muy importante reflejar cualquier fármaco, especificando el momento de inicio, ya que podemos llevarnos sorpresas y puede que simplemente suprimiéndolo, manejemos desde primaria la situación y se resuelva el caso sin necesidad de derivar a otros especialistas.

## **Bibliografía**

-Larson AM. Drug-induced liver injury. En: Lindor K, ed. UpToDate 2018. [Actualizado 10 julio 2017, citado 28 febrero 2018]. Disponible en:

<https://www.uptodate.com/contents/drug-induced-liver-injury?>

-Guías de práctica clínica de la EASL: Manejo de la Colestasis Hepática. Journal of Hepatology 2009;51:237-267.