



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3887 - PERO SI ERAN UNOS SIMPLES HONGOS EN LAS UÑAS

E. Pérez Valle<sup>a</sup>, M. García García-Alcañiz<sup>a</sup>, H. Campos Rodríguez<sup>b</sup>, M. Catalán Montero<sup>c</sup>, L. Carrillo Carrasco<sup>d</sup> y M. del Cerro Saelices<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Parla. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Parla. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sector III. Getafe. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciudades. Getafe. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 73 años, hipertenso, dislipémico, EPOC y con antecedente de AIT en 2012 en tratamiento con AAS, que acude a consulta de Atención Primaria por astenia, cefalea tensional, náuseas y sensación de plenitud posprandial de varias semanas de evolución. No asocia fiebre, vómitos ni cambios en el ritmo intestinal. Niega alteraciones visuales ni de la marcha u otra sintomatología de focalidad neurológica, así como tampoco otra clínica en la anamnesis dirigida por aparatos. Niega transgresiones dietéticas. Respecto a su medicación habitual, comenta que inició hace 2 meses tratamiento con terbinafina 250 mg pautado por Dermatología por onicomicosis en primer dedo de pie izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36,3 °C, TA 135/85 mmHg, FC 84 lpm, SatO<sub>2</sub> 94% basal, FR 14 rpm. Leve ictericia conjuntival. Auscultación cardíaca normal. AP MV globalmente disminuido de base, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen depresible, leve molestia difusa a la palpación, sin masas ni megalias palpables. MMII sin signos de TVP, pulsos positivos y simétricos. En pie izquierdo onicomicosis en fase de resolución en primer dedo. Exploración neurológica sin datos de focalidad. Analítica con perfil hepático. Nos avisan de laboratorio por Na 126, K 3, GOT 83, GPT 100, GGT 308, bilirrubina 2, bilirrubina directa 0,8, LDH 1,098.

**Juicio clínico:** Toxicidad por terbinafina.

**Diagnóstico diferencial:** Hiponatremia: hipotiroidismo, SIADH, i. renal, potomanía. Hipopotasemia: pérdidas gastrointestinales, diuréticos, algunas nefropatías. Hipertransaminasemia: alcohol, hepatitis, hígado graso, toxicidad por fármacos, etc.

**Comentario final:** En consulta de Atención Primaria es fundamental tener siempre presente que los motivos por los que consultan los pacientes pueden ser debidos a la medicación pautada. En este caso, tras revisar la ficha técnica de la terbinafina, se vio que podía producir los signos y síntomas descritos, por lo que se suspendió el tratamiento. Desde entonces, el paciente mejoró progresivamente y se normalizaron los parámetros analíticos. Esto denota la gran importancia de extremar la precaución con la toma de medicación, sobre todo en mayores de 65 años y realizar vigilancia estrecha.

## **Bibliografía**

1. Kwo PY, Cohen SM, Lim JK. ACG Clinical Guideline: Evaluation of Abnormal Liver Chemistries. *Am J Gastroenterol.* 2017;112:18.
2. Adrogué HJ, Madias NE. Hyponatremia. *N Engl J Med.* 2000;342:1581.

**Palabras clave:** Onicomycosis. Reacciones adversas relacionadas con medicamentos.