

Ageusia inducida por terbinafina

Sr. Director: Recientemente, se ha introducido en el arsenal terapéutico antimicótico la terbinafina. Su indicación es la terapia oral de las dermatofitosis y onicomicosis, presentando una alta eficacia, lo que ha permitido su amplia extensión de uso en la clínica. Su mecanismo de acción¹ es la inhibición de la enzima escualenoepoxidasa, impidiendo la síntesis del ergosterol fúngico; presenta una absorción rápida por vía oral y se metaboliza en el hígado. Su gran lipofilia le permite una buena distribución y biodisponibilidad en el estrato córneo de la piel, el pelo y las uñas². Su afinidad por el citocromo P-450 es mínima, a diferencia de los imidazoles, de forma que su incidencia en interacciones con otros fármacos es escasa. Las reacciones adversas más descritas usualmente son leves, destacando las alteraciones gastrointestinales y, con menos frecuencia, las alteraciones cutáneas, la hepatitis colestásica y las alteraciones del gusto³⁻⁵. Estas últimas se manifiestan en menos del 1% de los pacientes tratados, y pueden presentarse como disgeusia o, más raramente, ageusia; sólo en un porcentaje bajo se acompañan de alteraciones del olfato⁵.

Presentamos el caso clínico de un varón de 58 años de edad con clínica compatible con onicomicosis en el primer y el segundo dedo de la mano derecha, confirmada mediante cultivo ungueal, en el cual se obtuvo un crecimiento abundante de *Candida albicans*. Como antecedentes personales de interés destacan: obesidad con índice de masa corporal de 35 kg/cm², episodio de depresión reactiva, en tratamiento con fluvoxamina 100 mg/día, sin historia de alergias medicamentosas conocidas. Exploraciones complementarias: hemograma y bioquímica sanguínea sin alteraciones. Se inicia tratamiento con terbinafina, 250 mg al día, por vía oral. A las 2 semanas de iniciado el tratamiento el paciente acude de nuevo a la consulta refiriendo alteraciones en el sentido del gusto, consistentes en sabor alterado de las comidas en un principio y, posteriormente, pérdida completa del mismo. Se le indicó suspender el tratamiento. El paciente fue recuperando progresivamente el gusto, alcanzando la recuperación completa a las 3 semanas de la supresión de la terbinafina.

En la revisión de la bibliografía se encuentran bien documentadas las alteraciones del gusto con terbinafina, desde el primer caso que publicara Juhlin⁶ en 1992. Si bien tal efecto es conocido con fármacos con grupos sulfidril, como la penicilamina, y otros no sulfidril, como metronidazol. En el caso de la terbinafina se desconoce el mecanismo fisiopatológico implicado, habiéndose descrito factores idiosincrásicos, sin dependencia de las dosis ni la du-

ración del tratamiento. Un estudio de casos y controles encontró como factores de riesgo implicados con la pérdida de gusto y relacionado con la terbinafina los siguientes: el tratamiento en mujeres, un índice de masa corporal bajo, una edad mayor de 55 años, una baja ingesta de cinc y la existencia de alteraciones previas del gusto⁷.

En nuestro paciente concurrían las circunstancias de obesidad discreta, un tiempo de latencia menor que el referido en la bibliografía, 2 semanas, frente a la media descrita de 2 a 4 meses de tratamiento.

La ageusia fue un efecto secundario, que ya se objetivó en un ensayo clínico que comparaba la eficacia de terbinafina frente a itraconazol^{8,9}, donde las alteraciones del gusto se objetivaron en 4 pacientes, frente a 3 del grupo del itraconazol; también otros efectos secundarios fueron mayores en el grupo de la terbinafina, como cefalea, dispepsia y síndrome pseudogripal, siendo menor la diarrea, el estreñimiento y el dolor abdominal.

A nuestro juicio, las ventajas que ofrece el fármaco, como su coste-efectividad o su escasez de interacciones farmacológicas¹⁰, podrían estar comprometidas por sus efectos secundarios¹¹. El fabricante recomienda la supresión del mismo y consideramos que, en función de su seguridad, podría no ser un fármaco de primera elección en el tratamiento de la onicomicosis, en comparación con los antimicóticos clásicos.

A. SERRANO, A. ESTEBAN, O. MONTORO Y C. GÓMEZ

Centro de salud Portazgo.
Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roberts D. Terbinafina (Lamisil®) in the treatment of onychomycosis. *J Dermatol Treat* 1998;S3-S8.
2. O'Sullivan DP. Terbinafina: tolerability in general medical practice. *Br J Dermatol* 1999;141:21-5.
3. Amichai B, Grunwald M. Adverse drug reactions of the new oral antifungal agents-terbinafina, fluconazole, and itraconazole. *Int J Dermatol* 1998;7:410-41.
4. Bong J, Lucke T, Evans C. Persistent impairment of taste resulting from terbinafina. *Br J Dermatol* 1998;139:747-8.
5. Villota R, González-Ruiz M. Ageusia e hiposmia por terbinafina. *Aten Primaria* 1999;23:102-3.
6. Juhlin L. Loss of taste and terbinafina. *Lancet* 1992;339:1483.
7. Stricker BH, Van Riemsdijk MM, Sturkenboom MC, Ottervanger JP. Taste loss to terbinafina: a case-control study of potential risk factors. *Br J Clin Pharmacol* 1996;42:313-8.
8. Bräutigam M. Terbinafina versus itraconazole: a controlled clinical comparison in onychomycosis of the toenails. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:S53-S56.
9. De Backer M, De Vroey C, Lesaffre E, Scheys I, De Keyser P. Twelve weeks of continuous oral therapy for toenail onychomycosis caused by dermatophytes: a double-comparative trial of terbinafina 250 mg/day versus itraconazole 200 mg/day. *J Am Acad Dermatol* 1998;38:S57-S63.
10. Suhonen R, Neuvonen P. The tolerability profile of terbinafina. *Rev Contemp Pharmacother* 1997;8:373-86.
11. Bräutigam M. Terbinafina in the treatment of onychomycosis - results of a post-marketing surveillance study. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1999;12:S297.