



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

387/128 - ANTE SOSPECHA DE REACCIONES ADVERSAS: TARJETA AMARILLA

J. Villar Ramos¹, A. Altadill Bermejo², I. Rivera Panizo³, V. Pérez Villacorta⁴, M. Montes Pérez⁵, L. Rodríguez Vélez⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapotón. Torrelavega. Cantabria.⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años que acude al SUAP por malestar general, astenia, mialgias, mareo sin giro de objetos desde hace aproximadamente una semana. No dolor torácico, alteraciones gastrointestinales, genitourinarias. Afebril. Según refiere la clínica comenzó cuando inicio tratamiento con tadalafilo. AP: HTA (enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5), DM2 (metformina), disfunción eréctil.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/85. FC 85 lpm. Sat O2 100%. Bradipsíquico, tendencia al sueño. CyOx3. Palidez cutánea. Exploración neurológica: sin focalidad. Pupilas ICNR. No flapping. No rigidez de nuca. AC: rítmico, sin soplos. AP: buena ventilación. ABD: blando, depresible, no dolor a la palpación EEII: no edemas, no signos de TVP. PP +. Exploración neurológica: Bajo nivel de conciencia, desorientado, muy tendente al sueño e impresionando de encefalopático. Ojos cerrados que abre con facilidad a la llamada. Temblor intencional en EESS en maniobra dedo-nariz. No focalidad de pares craneales ni de vías largas. Gasometría venosa: pH 7,32, pCO2 35,3 mmHg, pO2 66,4 mmHg, HCO3 17,7 mmol/L. Analítica: creatinina 1,23 mg/dL, AST 61 U/L, ALT 75 U/L, GGT 128, LDH 467, CK 400, Plaquetas 135 × 10³?/l. EEG: encefalopatía difusa inespecífica leve-moderada. No se observa actividad epileptiforme. A pesar de esto se objetivan fasciculaciones en musculatura pectoral en probable relación con crisis. Rx tórax: sin condensaciones. TAC cerebral: ligera asimetría ventricular, con mayor tamaño del VL derecho, sugestivo de variante anatómica. Serologías: negativas. Tóxicos en orina: negativo.

Juicio clínico: Meningoencefalitis de predominio mononuclear. Acidosis metabólica. Insuficiencia renal.

Diagnóstico diferencial: Reacción adversa de tadalafilo.

Comentario final: En este caso dado que el paciente contaba una clara relación con el inicio de tadalafilo se procedió a su notificación mediante la tarjeta amarilla. Se revisó el prospecto de dicha medicación evidenciándose como posibles efectos secundarios muy frecuentes: malestar general, dolores musculares, de espalda y en las extremidades (incluyendo malestar en las extremidades). Posteriormente se notificó que se trataba de otro diagnóstico. Dados los valores analíticos se procedió a iniciar sueroterapia con recuperación progresiva de la acidosis y de la función renal. A las 24 horas de ingreso solo se constata a la exploración clínica cierta tendencia al sueño y una desorientación temporal clara, sin fiebre y sin datos de focalidad neurológica a otro nivel. Ante la sospecha diagnóstica de posible encefalitis se decide inicio de tratamiento profiláctico con cefotaxima y aciclovir. Se procede a punción lumbar obteniendo LCR de aspecto turbio,

consumo de glucosa (61 en LCR vs 117 en glucometer simultáneo), aumento de proteinorraquia y predominio de mononucleares, añadiéndose tratamiento con ampicilina y vancomicina.

Bibliografía

Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Farmacovigilancia de uso humano.

Bartt R. Acute bacterial and viral meningitis. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2012;18(6):1255-70.

Gupta RK, Soni N, Kumar S, Khandelwal N. Imaging of central nervous system viral diseases. *J Magn Reson Imaging*. 2012;35(3):477-91.