



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

329/101 - LAS ESTATINAS, UN ALIADO EN NUESTRA CONSULTA PERO... ¡OJO!

P. Fernández Pérez¹; B. Haro Martínez²; P. Castro Sandoval³; E. López Fernández⁴; L. Salag Rubio⁵; I. García Díaz⁶.

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

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial no tratada, DM tipo II, obesidad, exfumadora, no consume alcohol, cardiopatía isquémica (SCASEST) hace dos meses. Tratamiento habitual: atorvastatina 80 mg/24 horas, metformina 850 mg/24 horas, candesartan 32 mg/24 horas, bisoprolol 2,5 mg/12 horas y ácido acetil salicílico 100 mg cada 24 horas. Acude a su médico de Atención Primaria para control analítico donde se objetiva GPT 46U/l, GGT 697 U/l, FA 225 U/l con bilirrubina normal. La paciente se encuentra asintomática, fue un hallazgo casual. Se realiza interconsulta con Servicio de Digestivo para estudio por alteración de las pruebas de función hepáticas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, hemodinámicamente estable, consciente y orientada, eupneica en reposo, bien hidratada, normocoloración cutánea. Obesidad. Auscultación cardiopulmonar anodina. Abdomen blando, no doloroso, no peritonismo, no hepatomegalia, globuloso. Como pruebas complementarias se realiza comparación analítica de las pruebas de función hepática durante 3 meses consecutivos, se objetiva un aumento progresivo de la FA (88-151-225), de la GGT (55-96-697). GPT (40-55-66), GOT (60-n-n). BiT (n-n-n). Se tramita ecografía abdominal: esteatosis hepática difusa. Se objetiva una alteración de las pruebas de función hepática coincidiendo con la introducción de la atorvastatina. Tras ser valorada se suspende atorvastatina y se realiza control analítico al mes siguiente viendo una mejoría: FA 191 U/l, GGT 451 U/l, GPT normal, GOT normal y Bi T normal. Analíticamente evidente mejoría.

Juicio clínico: Hepatotoxicidad por atorvastatina.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis viral, A, B, C o D; colestasis obstructiva; hepatopatía alcohólica; hepatitis autoinmune; CBP; neoformación hepática.

Comentario final: Como médicos de Atención Primaria, estamos muy familiarizados con las estatinas por su uso tan habitual en la consulta al ser hoy por hoy el fármaco hipolipemiente más prescrito. La atorvastatina en concreto presenta una eficacia superior al resto de estatinas de su clase y con un grado de seguridad equivalente. No obstante, y el motivo por el que expongo este caso, es que no debemos olvidar los efectos secundarios que puede conllevar su uso, que, aunque en nuestro paciente cursó de manera asintomática, hepatotoxicidad analítica por elevación de transaminasas (y que revirtió tras la suspensión del mismo), en otras ocasiones puede producir clínica como ictericia o hepatitis colestásica aguda. Además la hepatotoxicidad se ve aumentada por el uso concomitante con otros fármacos con los que puede interactuar. Normalmente son paciente que comparte un mismo perfil patológico y comorbilidades. Como médico de Atención Primaria

quería recordar que aunque sea infrecuente la hepatotoxicidad por atorvastatina se siguen viendo casos y es importante detectarlos a tiempo, pues con una simple analítica de control y posterior suspensión del fármaco se suele solucionar el problema.

Bibliografía

Perdices E, Medina-Cañiz I, Hernando S y cols. Hepatotoxicidad asociada al consumo de estatinas: análisis de los casos incluidos en el Registro Español de Hepatotoxicidad. Rev Esp Enfer Dig. 2014;106(4):246-54.