

DISNEA EN PACIENTE CON FIBROSIS PULMONAR SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON METOTREXATE

AUTORES: Martínez Pérez, Patricia (1); De Dios Rodríguez, Elena (2); Rosario Mena, Armando (3); Curto Alonso, Clara (4); Marques Barbosa, Vanessa (5); Vannay Allasia, Luciana (6)

CENTRO DE TRABAJO: Centro de Salud La Alamedilla (1,4); Centro de Salud Miguel Armijo (2,3,5,6)

INTRODUCCIÓN:

El metotrexate es un antagonista del ácido fólico que inhibe la reproducción celular. Se usa en enfermedades neoplásicas, autoinmunes e inflamatorias. Produce efectos secundarios que, en general, no precisan la suspensión del fármaco. La neumonitis es el efecto adverso que suele obligar su retirada.

Neumonitis aguda	
Fibrosis intersticial	
Nodulosis pulmonar	
Linfoma	
Edema pulmonar no cardiogénico	

DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Varón de 84 años con linfoma de Hodgkin B en remisión completa desde hace 3 años; artritis reumatoide tratada con metotrexate; fibrilación auricular. Desde hace una semana refiere fiebre, tos con expectoración y aumento de disnea; no ortopnea, ni oliguria, ni edemas. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, crepitantes inspiratorios bilaterales y sibilancias. Auscultación cardiaca: arrítmica, frecuencia de 80 y soplo mitral. Analítica: leucocitosis y PCR 21.8. Gasometría arterial: pH 7,42, pO₂ 45 mmHg, pCO₂ 30 mmHg. En la radiografía de tórax se observa patrón intersticial bilateral en las bases y los campos medios; cardiomegalia. En el diagnóstico diferencial se descartó como causa cardiaca la insuficiencia cardiaca congestiva; como sospecha de primera elección planteamos infección respiratoria con insuficiencia respiratoria debido a la fibrosis pulmonar secundaria a metotrexate.

Patrón intersticial	72%
Infiltrados intersticiales y alveolares	13%
Nodulosis pulmonar	4%
Condensación	4%
Engrosamiento pleural y derrame	6%
Infiltrados perihiliares	2%
Infiltrados alveolares	3%
Cicatrices lineales	3%



ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Las bases para el tratamiento desde atención primaria son: tratamiento sintomatológico de la tos y la disnea (codeína o dextrometorfano y beta-2-adrenérgicos; tratamiento de las comorbilidades y exacerbaciones (por ejemplo, una infección respiratoria; en nuestro caso administramos levofloxacino 500 mg durante 10 días por posible infección, y metilprednisolona 500 mg/día durante 3 días con descenso progresivo); tratamiento no farmacológico (oxigenoterapia y rehabilitación respiratoria); tratamiento antifibrótico (inmunosupresores) y valorar retirar el metotrexate, en consenso con el Servicio de Neumología; cuidados paliativos en la fase final de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE:

Fibrosis pulmonar, neumonitis por metotrexate

BIBLIOGRAFÍA:

1. Farreras, Rozman. Medicina Interna. 14 ed. España 2000; vol 1, pág 307-310. 2. Gauhar UA, Gaffo AL, Alarcon GS. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. Semin Respir Crit Care Med 2007;96:1641-5. 3. Rossi SE, Erasmus J.J, McAdams HP, Sporn TA, Goodman PC. Pulmonary drug toxicity: radiologic and pathologic manifestations. Radiographics 2000;20:1245-59.