



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

160/982 - Neumonitis por Metotrexato

P. Gutiérrez Pascual^a, M. Pons Claramonte^b, C. Arina Cordeu^c, R. Hernández García^d, A. Moreno Vilaseca^e, N. Martínez Navarro^f, E. Cañada Cámara^f, V. Pinillos Aransay^g, J.T. Gómez Sáenz^h y J.A. Ochoa Prietoⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. ^dMédico de Familia. Centro de Alba de Tormes. Salamanca. ^eMédico Adjunto de Familia. Residencia de ancianos Sta. María. Nájera. ^fMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^gMédico Adjunto Reumatólogo. Hospital San Pedro. Logroño. ^hMédico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, sin alergias conocidas, ni hábitos tóxicos, con antecedente de artritis reumatoide seronegativa diagnosticada hace 15 años. Inicialmente recibió tratamiento con sales de oro, metotrexate a dosis bajas, etanercept, posteriormente presentó refractariedad a hidroxicloroquina y anti-TNF-alfa (rituximab y adalimumab). Desde hace dos meses en tratamiento con etanercept 50 mg sc, metotrexato 10 mg sc semanales y ácido fólico. La paciente acude a nuestra consulta por fiebre de 38,5 °C y astenia que comienza 48h tras la administración de etanercept, por lo que se decide derivación a Urgencias para realización de pruebas complementarias que siendo normales, es dada de alta con recomendaciones habituales. Ante la persistencia del cuadro, sin objetivar foco, se remite de nuevo a Urgencias 24 horas después, siendo ingresada en Reumatología con síndrome febril de 39,5 °C, tos no productiva y disnea. Durante su ingreso, a pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro, se produce empeoramiento radiológico con aparición de patrón alveolo-intersticial y persistencia de la sintomatología con insuficiencia respiratoria que obliga a ampliar cobertura antibiótica, pendientes de resultados microbiológicos de lavado broncoalveolar. Al quinto día de ingreso, ante la mala evolución y sospecha de Neumonitis iatrogénica, se pautan corticosteroides a dosis altas y retiran etanercept y metotrexato, presentando mejoría franca clínica y radiológica, lo que permitió la retirada paulatina de la pauta antibiótica. Fue dada de alta once días después, asintomática, con resolución de los infiltrados radiológicos y tras la negatividad de los resultados microbiológicos.

Exploración y pruebas complementarias: ORL normal. Auscultación cardíaca rítmica con soplo en foco aórtico, auscultación pulmonar con hipoventilación basal derecha y crepitantes secos bibasales, abdomen normal. Sinovitis de carpos, tercera interfalángica proximal izquierda y cuarta derecha. No lesiones dermatológicas ni rigidez de nuca. Analítica: GPT 131, GGT 62, VSG 20, PCR 53. Estudio autoinmunidad: ANCA negativo. Antígeno neumococo y Legionella orina negativo. Serología para neumonías atípicas, virus negativas y PCR de citomegalovirus y galactomanano negativos. Cultivo sangre y orina normal. Saturación de oxígeno 85-92%. Mantoux: negativo. Radiología de tórax: infiltrado bilateral. TACAR torácico: patrón alveolar multifocal bilateral, asimétricos con focos en “vidrio deslustrado” con pequeñas condensaciones en broncograma aéreo. Ecocardiograma: normal. BAL: celularidad inespecífica, cultivos negativos, recuento: T4/T8 10.38, anatomía patológica: negativa para malignidad y para Pneumocystis y células Langerhans.

Juicio clínico: Neumonitis por metotrexato en paciente con artritis reumatoide seronegativa.

Diagnóstico diferencial: Infecciosa (oportunistas), inflamatoria (hipersensibilidad, iatrogénica), neoplásica (linfoma).

Comentario final: Dada la baja frecuencia de la neumonitis por metotrexato y su potencial gravedad (mortalidad 13-20%), debemos sospecharla siempre en todo paciente en tratamiento con metotrexato que acuda a nuestra consulta con cuadro compatible a infección respiratoria y/o insuficiencia cardiaca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sáenz D, Ruiz-Ruiz FJ, Monón S, Mozota J, Marquina A. Neumonitis asociada a Metotrexate. Neumonitis secundaria a metotrexate. *An Med Interna (Madrid)*. 2008;25:27-30.
2. Fernández M, Fernández-Llanio N, Castellano C, Castellano JA. Neumonitis inducida por metotrexato en una paciente con artritis reumatoide seronegativa. *Cartas al Editor/Reumatol Clin.* 2015;11(3):184-91.
3. Guerrero DT, Landin C, Hamdan N, Bermúdez P, García S, Constanza C et al. Enfermedad intersticial pulmonar asociada a metotrexato. *NCT*. 2009;68(1):35-40.