



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



242/2328 - TOXICIDAD IDIOSINCRÁSICA A METROTEXATE

M. Ocaña Rodríguez^a, A. Blanco Mora^b y J. Luque Domínguez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Carmen es una mujer de 72 años, con antecedentes de HTA, DM, psoriasis y penfigoide ampollosa secundario a vildagliptina en seguimiento por dermatología. En los últimos 15 días, consulta en 2 ocasiones por lesiones en mucosa oral con disfagia, odinofagia y pérdida de peso (15 kg en 4 meses), que relaciona con inicio de metotrexate (10 mg/sem), lleva 3 dosis. Sospechamos de esofagitis candidiásica. Se trata con mycostatin e itraconazol. A la semana, consulta de nuevo por aumento de disfagia, incluso a líquidos, gingivorragia y disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, consciente y orientada. Palidez y signos de deshidratación. Taquipneica. T^a: 36,6 °C. SatO₂: 89%. TA: 110/65. ACR: rítmica sin soplos, hipofonía generalizada. ORL: múltiples lesiones en mucosa oral. Abdomen: sin hallazgos. Lesiones penfigoides en tronco y extremidades. Analítica sanguínea: Hb: 8,4 g/dL, leucocitos: $0,85 \times 10^3/\mu\text{L}$; neutrófilos: $0,08 \times 10^3/\mu\text{L}$; linfocitos: $0,6 \times 10^3/\mu\text{L}$; plaquetas: $20.103/\mu\text{L}$; creatinina: 1,8 mg/dL. Proteínas: 4,7 g/dL. PCR: 226,2 mg/l. Radiografía tórax: opacidades bilaterales en vidrio esmerilado. PCR esputo: Pneumocystis. Aspirado medular: agranulocitosis pura.

Juicio clínico: Agranulocitosis y pancitopenia grave por metotrexate. Neumonía por Pneumocystis carinii. Mucositis.

Diagnóstico diferencial: Candidiasis esofágica. Esofagitis CMV. Neumonía adquirida en la comunidad. Neoplasia pulmonar.

Comentario final: El metotrexate es un antagonista del ácido fólico que posee efecto antimitótico, antiinflamatorio e inmunosupresor. Puede producir toxicidad hepática, hematológica y pulmonar. Este caso debe hacernos pensar en la posibilidad de reacciones adversas a fármacos potencialmente tóxicos, para evitar complicaciones graves. De ahí que el médico de familia debe conocer los efectos secundarios, plantear un diagnóstico diferencial y derivar para pruebas complementarias ante una evolución desfavorable.

Bibliografía

1. Igualada Quintanilla J, Romero Candel G, Tejada Cifuentes F. Metotrexato: toxicidad pulmonar, hepática y hematológica. Rev Clín Med Fam. 2016;9(3):159-66.
2. García Villaba J, Ruiz-Genao D, Álvarez Ruiz S. Toxicodermia por Metotrexate. 3. The

remarkable spectrum of methotrexate toxicities. Rheum Dis Clin North Am 1977;23:939-54.

Palabras clave: Pénfigo. Metrotexasate. Toxicidad.