Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):311

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/318 - DISNEA Y METOTREXATE: ¿Y AHORA QUÉ?

P. Bedia Cueto[a], C. Corugedo Ovies[b], C. Aguilera Montaño[c] y R. Sánchez Rodríguez[b]

[a]Medico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias.[c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vega de Acá. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 38 años que acude a nuestra consulta de Atención primaria por cuadro de disnea de reposo desde hace unos días con cuadro de malestar general asociado. Febrícula y algo de tos con escasa expectoración. Como antecedentes destacar que fue diagnosticado de lupus eritematoso sistémico en el año 2010 con artralgias de grandes articulaciones, Raynaud con capilaroscopia normal y anticuerpos antinucleares 1/1280. Actualmente a tratamiento con metrotexate 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con mal estado general. Taquipnea en reposo. Saturación de oxígeno: 90%, frecuencia cardíaca 100 latidos por minutos. Temperatura: 38 ºC. Tensión arterial 120/60. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Taquicárdico. Auscultación pulmonar con crepitantes secos en bases. No se objetiva sinovitis periférica. Se realiza un electrocardiograma donde se objetiva una taquicardia sinusal a 100 latidos por minuto. Radiografía de tórax con patrón intersticial bilateral difuso e infiltración alveolar en bases y campos medios. Cultivos de sangre, orina y esputo: negativos. Determinación de antígenos de Legionella y neumococo en orina: negativos. Serología de neumonías atípicas y virus: negativo Mycobacterium tuberculosis: negativo.

Juicio clínico: Neumonitis por metrotexate.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis. Neumonía. Neumonitis.

Comentario final: Ante la alta sospecha de neumonitis por metotrexato, se procedió a la retirada del medicamento, así mismo se descartó una posible etiología infecciosa. Se administró metilprednisolona donde se objetivó una mejoría progresiva con desaparición paulatina de las alteraciones clínicas y radiológicas. El metotrexato es un antagonista del ácido fólico que inhibe la reproducción celular. La neumonitis intersticial aguda es el principal efecto secundario pulmonar que ocurre en pacientes tratados con éste fármaco. Searles y McKendry propusieron unos criterios para el diagnóstico de la toxicidad pulmonar por metotrexato cuya utilidad clínica debe individualizarse. Siempre debe descartarse etiología infecciosa.

Bibliografía

1. Gauhar UA, Gaffo AL, Alarcon GS. Pulmonary manifestations of rheumatoid arthritis. Semin Respir Crit Care Med. 2007;96:1641-5.
2. Barrera P, Laan RF, von-Riel Pl, Dekhuijzen PN, Boerbooms AM, van de Putte LB. Metotrexate-related pulmonary complication in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 1994;53:434-9.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.