

Caso Clínico del Mes

Junio 2016

Christopher Dickens Guerrero,MD

Nicolas Fernando Parra,MD

Paola Orausclio,MD

Victor H. Llanquipacha,MD

Centro de diagnóstico Dr. Enrique Rossi

Argentina



DEPARTAMENTO DE

Imágenes • ALAT

imagenes@alatorax.org



**CENTRO DE DIAGNOSTICO
DR. ENRIQUE ROSSI**

CASO CLÍNICO:

- Femenino de 51 años.
- Tabaquista 30p/y
- Antecedentes: AR en tratamiento por 7 meses con MTX IM 25Mg/semana y Prednisona 40Mg/Día.
- Fiebre 40°C , Disnea CF II-III e Hipoxemia
- Leucocitos 15000

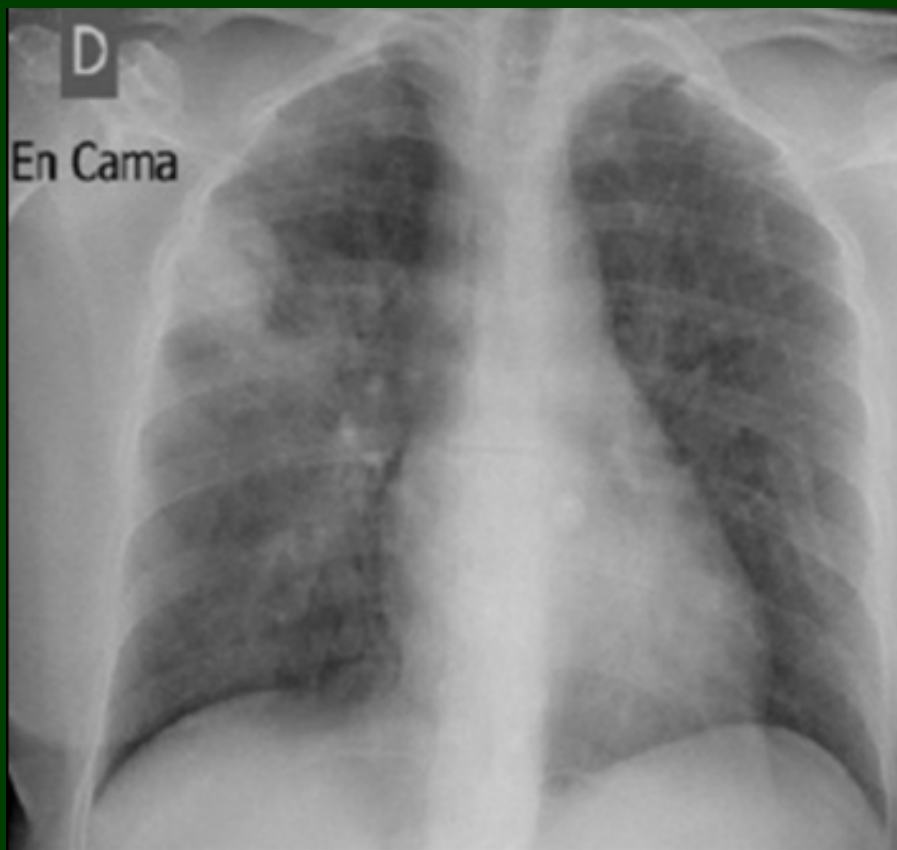


Fig. 1a

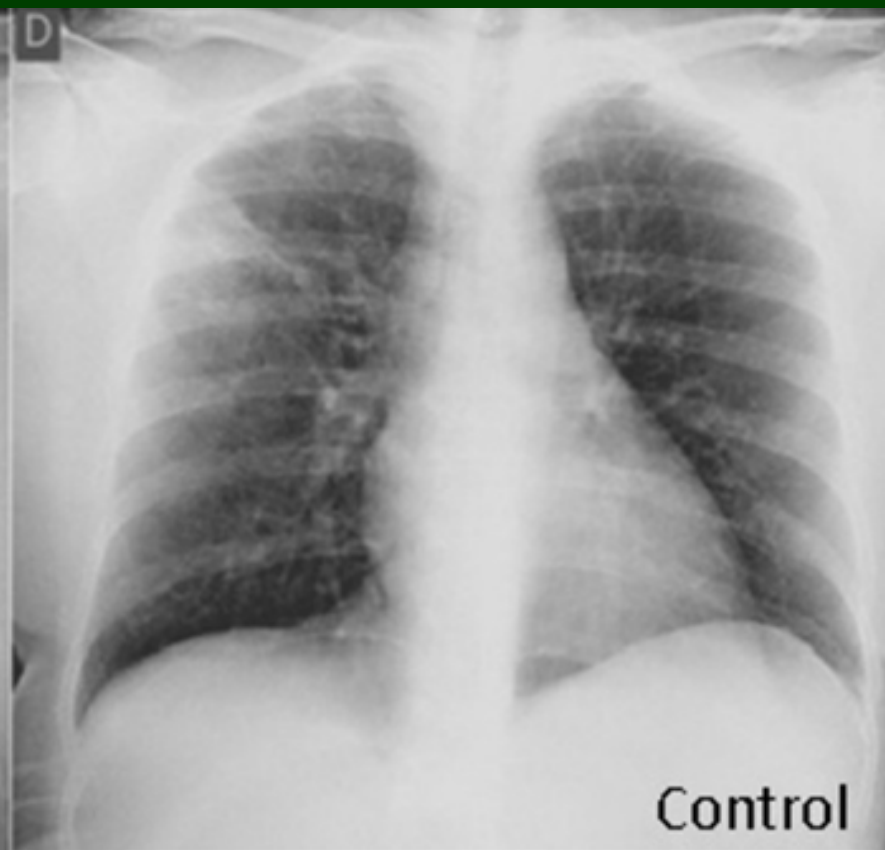


Fig. 1b

Rx de tx al ingreso (Fig. 1a) de la paciente, consolidación parcial en LSD y 48 hs posteriores con franca mejoría (Fig. 1b).

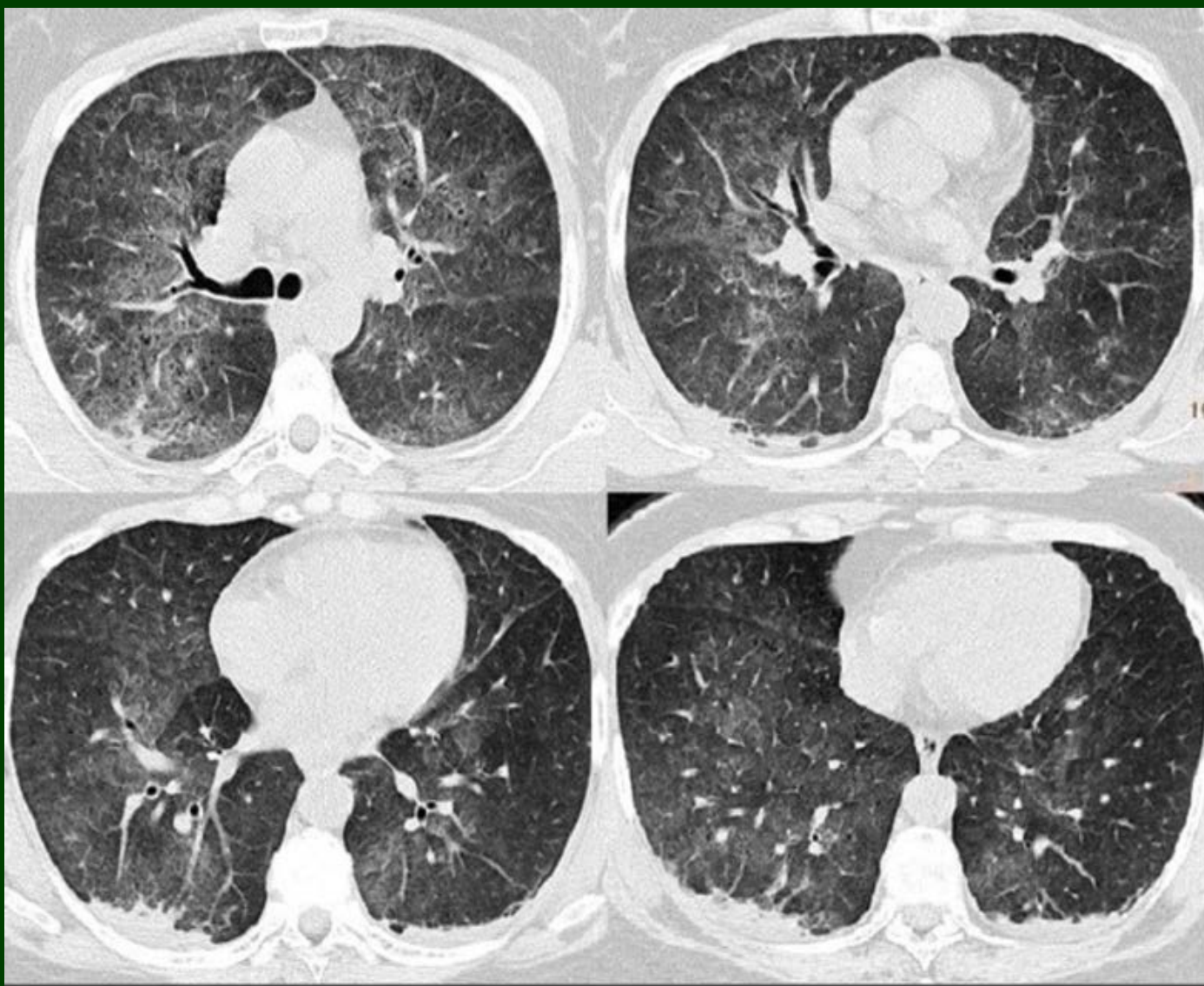


Figura 1: Tc de ingreso muestra infiltrados pulmonares en vidrio esmerilado bilaterales, con engrosamiento de septos interlobulillares, adoptando patrón en "Crazy paving".

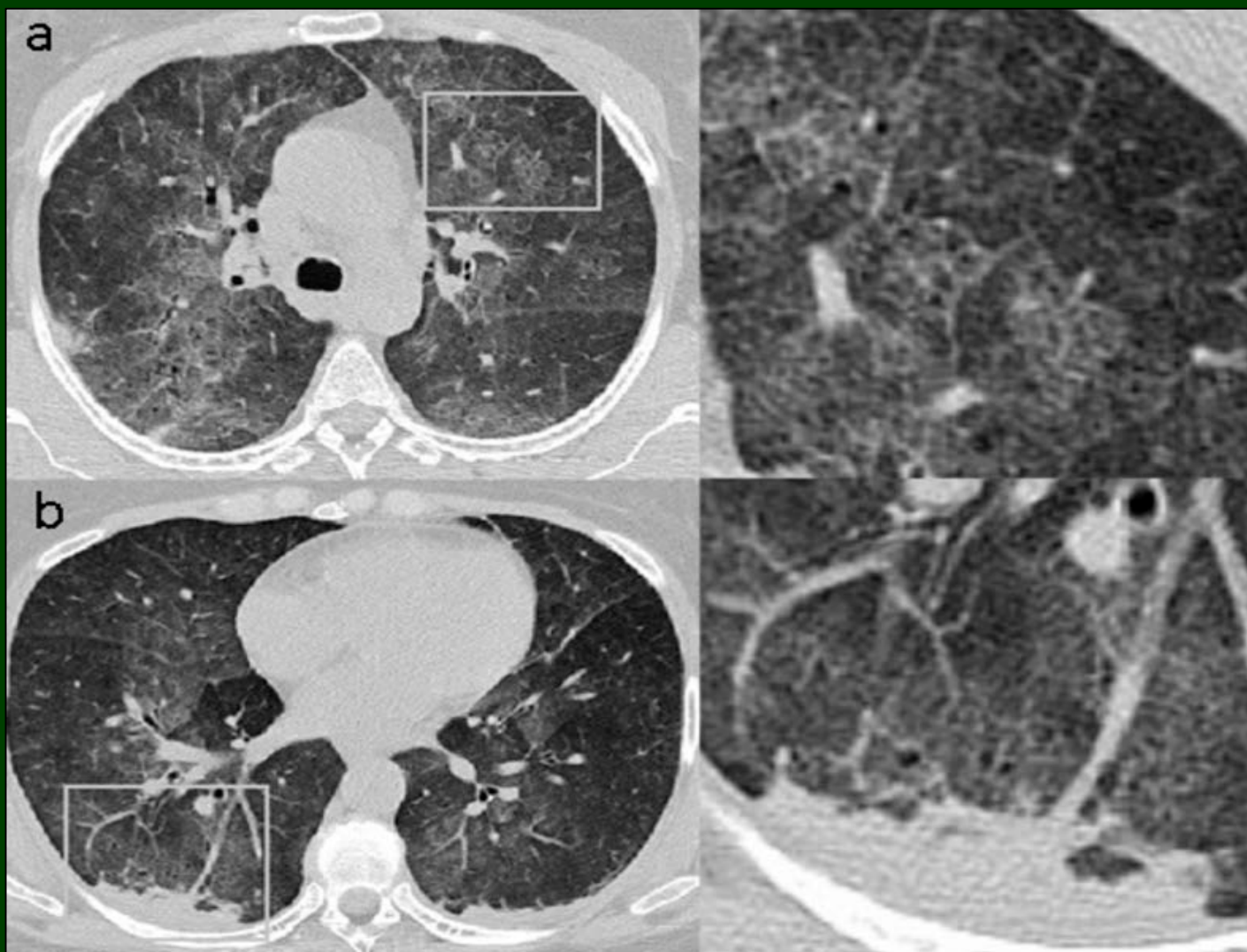
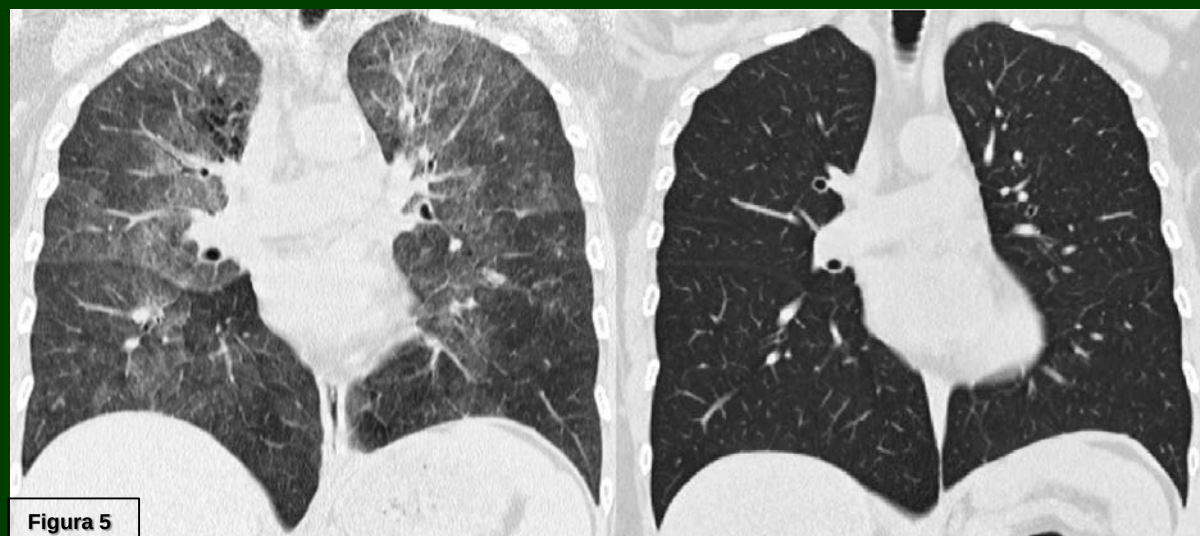
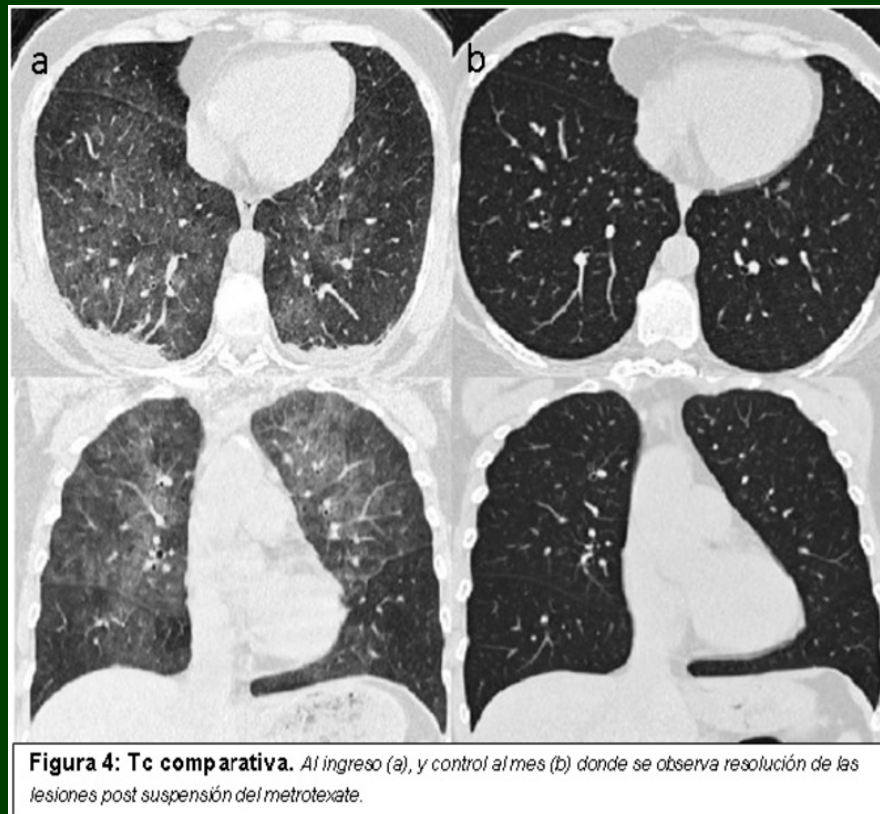


Figura 2: Tc de ingreso muestra infiltrados pulmonares en vidrio esmerilado bilaterales, con engrosamiento de septos interlobulillares, adoptando patrón en "Crazy paving". **(a)**. Además se observa la presencia de consolidaciones en banda subpleurales bibasales **(b)**.



Infecológicos

- **BAL: Negativo con predominio de linfocitos.**
- **HIV: Negativo**
- **H1N1: Negativo**
- **Hemocultivo: sin crecimiento.**

Patología:

- **Broncoscopía: Patrón de neumonía en organización.**

Diagnóstico

- **Toxicidad pulmonar inducida por metrotexate**

Discusión:

- El metrotexate es un análogo del ácido fólico que actúa inhibiendo la proliferación celular induciendo una deficiencia aguda intracelular de ciertas coenzimas.
- El cual es usado para tratar una amplia variedad de enfermedades oncológicas y autoinmunes, como psoriasis y artritis reumatoide. ⁽¹⁾
- Los síntomas se manifiestan típicamente a meses de iniciar la terapia y consisten en disnea progresiva y tos, asociada en ocasiones a fiebre, hipoxemia, taquipnea y estertores. ⁽³⁾
- El diagnóstico se hace por exclusión, por lo que primero se debe descartar otras patologías como (infecciones oportunistas, enfermedades sistémicas, exposiciones ambientales y/o laborales, neumopatías) y además apoyarse en la clínica, radiología y resultados obtenidos tras la suspensión del fármaco ^(1,4). Una herramienta muy utilizada son los criterios diagnósticos de Searles y Mckendry modificado (**Tabla 1**).

Criterios diagnósticos de Searles y Mckendry modificado ⁽⁵⁾

1_ Disnea < 8 semanas de evolución.

2_ Taquipnea > 28 respiraciones por min. Y tos no productiva

3_ Fiebre > 38°C.

4_ Saturación de O₂ < 90% al ambiente.

5_ Leucocitosis > 15000/mm³

6_ Reporte histopatológico de neumonitis por hipersensibilidad sin evidencia de proceso infeccioso agregado

7_ Hemocultivos y esputos negativos.

8_ Patrón restrictivo en las pruebas de función respiratoria.

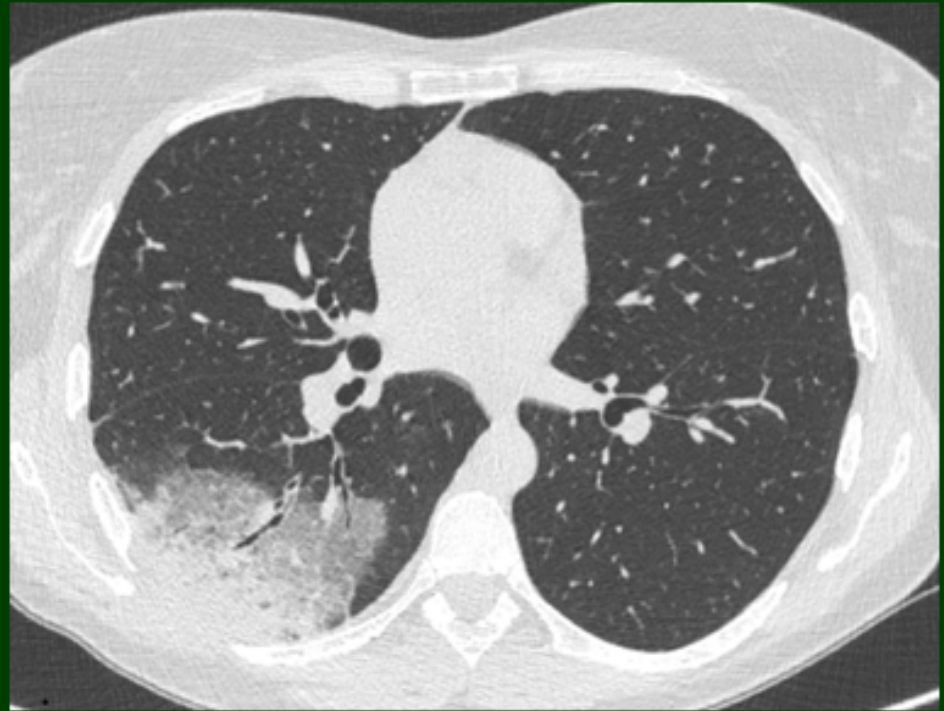
9_ Infiltrados alveolares o intersticiales en Rx o TC de tórax.

Tabla 1: Searles y Mckenndry propusieron unos criterios para el diagnóstico de la toxicidad pulmonar por metrotexate, cuya utilidad clínica debe individualizarse. Se considera definitivo si 6 o más criterios están presentes, probable si reúne 5 y posible si son 4 los criterios sumados.

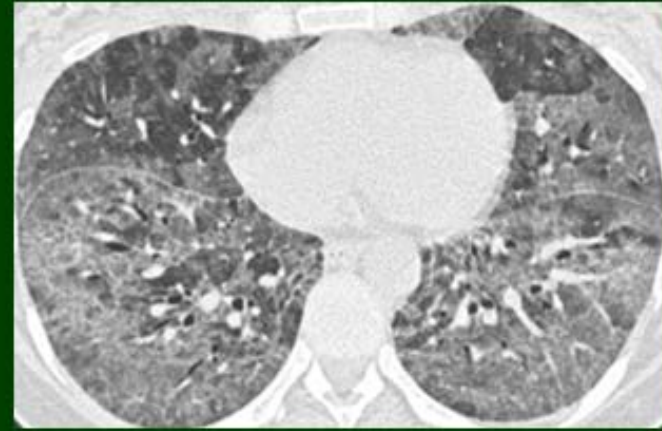
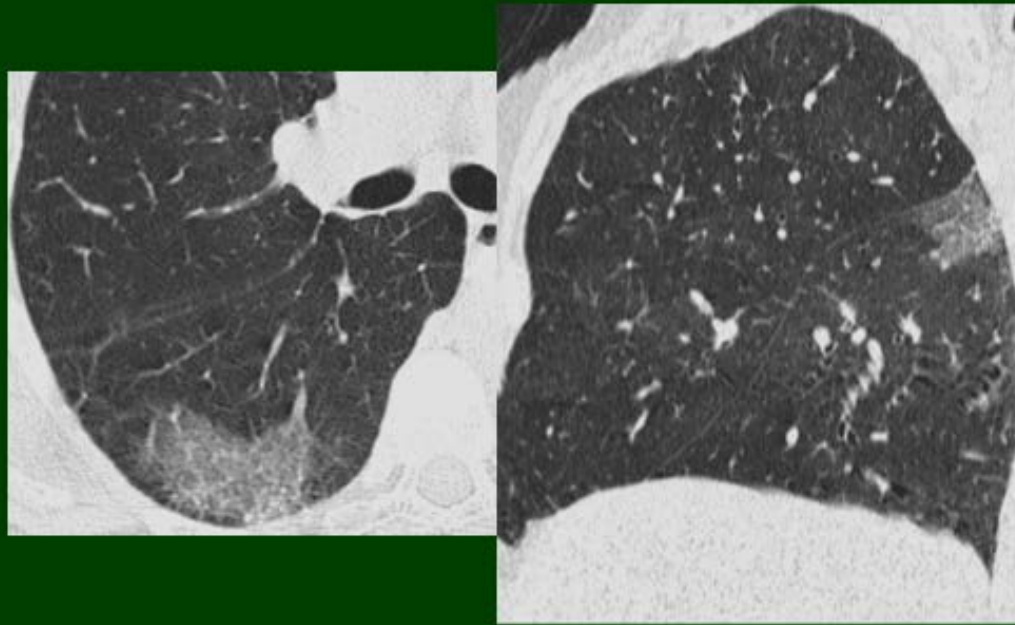
Diagnósticos diferenciales de Crazy Paving



Hemorragia alveolar



Neumonía bacteriana



Infarto Pulmonar

Conclusión:

- Ante un paciente en tratamiento con metotrexate que consulta por cuadro compatible con infección respiratoria y/o insuficiencia cardíaca, se debe sospechar de intoxicación medicamentosa y descartarla.
- Ante la sospecha de intoxicación aguda o crónica, se indica la suspensión del metotrexate.
Una vez excluidas las patologías infecciosas, solo es necesario realizar terapia de soporte para la intoxicación aguda.
En casos más severos con riesgo de muerte, se puede utilizar pulsos de glucocorticoide a 1mg / Kg / día para acelerar la resolución ⁽²⁾.

Bibliografía:

- 1- Rossi SE, Erasmus JJ, McAdams HP, Sporn TA and Goodman PC.
Pulmonary Drug Toxicity: Radiologic and Pathologic Manifestations. Radiographics 2000; 20 (5):1245-1259
<http://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/radiographics.20.5.g00se081245>
- 2- Zisman DA, McCune WJ, Tino G, Lynch JP. "Drug-induced pneumonitis: the role of methotrexate. Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis. 2001; 18: 243-52.
<http://medind.nic.in/jac/t06/i4/jact06i4p365.pdf>
- 3-Imokawa S, Colby TV, Leslie KO et-al. Methotrexate pneumonitis: review of the literature and histopathological findings in nine patients. Eur. Respir. J. 2000; 15 (2): 373-81.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10706507>
- 4-Arakawa H, Yamasaki M, Kurihara Y et al. Methotrexate-induced pulmonary injury: serial CT findings. J Thorac Imaging. 2003; 18 (4): 231-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14561908>
- 5-Searles G, McKendry RJR. Methotrexate penumonitis in rheumatoid arthritis: potential risk factors. Four cases and review of the literature. J Rheumatol 1987; 14: 1164-1171
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3325643>



DEPARTAMENTO DE
Imágenes • ALAT
imagenes@alatorax.org