

Dispnea i dolor toràcic: un diagnòstic infreqüent per a un motiu de consulta habitual

Xavier García, Montserrat Costa, Josep M^a Mòdol
 Servei d'Urgències. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

CORRESPONDÈNCIA

Nom de l'autor: Xavier García
 mail: xavi_gc@msn.com

Lloc de treball: Hospital Germans Trias i Pujol

Data recepció: 12.10.2015

Data acceptació: 26.10.2015

Forma de citació: García X, Costa M, Mòdol JM. *Díspnea i dolor toràcic: un diagnòstic infreqüent per a un motiu de consulta habitual*. ReMUE.c@t 2016;3(1):29-31

Available at http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=5135

Motiu de consulta

Díspnea, dolor toràcic i sensació distèrmica de 4 dies d'evolució.

jugular ni reflux hepatojugular, no edemes ni signes de trombosis venosa profunda

Antecedents personals

Home de 74 anys sense al·lèrgies medicamentoses conegudes, fumador d'un paquet al dia, amb antecedents patològics d'hipertensió arterial en tractament amb enalapril i hidroclorotiacida, diabetis mellitus tipus 2 en tractament amb metformina i glicazida i psoriasi en tractament amb metotrexate 15mg a la setmana des de fa 4 mesos.

Exploracions complementàries a urgències

A l'analítica destaca 16000 leucòcits/l amb neutrofilia i 2% de neutròfils en banda, una hemoglobina de 11,7g/dl, amb plaquetes normals, creatinina de 2'8mg/dl, urea de 129mg/dl i un ionograma conservat, proteïna C reactiva de 133mg/l i una corba de troponines negatives. La gasometria arterial mostra una insuficiència respiratòria hipocàpnica amb un pH conservat i una PaFi de 60. Les antigenúries en orina de *Legionella* i *Pneumococ* són negatives i es cursen hemocultius

Malaltia actual

Acut a urgències per díspnea progressiva fins a fer-se de petits esforços de 4 dies d'evolució associat a tos seca, sensació distèrmica sense febre termometrada i dolor centretoràcic opressiu, sense irradiació ni vegetatisme, que coincideix amb els esforços i cedeix en repòs.

La radiografia de tòrax mostra patró alveolointerstitial bilateral (Figura 1) i el electrocardiograma presenta un ritme sinusal a 80 batecs per minut amb bloqueig de branca dreta i alteració de la repolarització a la cara inferior (totes aquestes troballes ja descrites en electrocardiogrames previs).

Exploració física

Regular estat general, normotens, freqüència cardíaca normal, taquipneic, febricular, amb saturació basal d'oxigen del 66%.

A l'exploració física destaca pal·lidesa mucocutànea amb auscultació cardiopulmonar normal sense sorolls afegits, no ingurgitació

Es realitza un ecocardiograma transtoràcic que mostra un ventricle esquerre lleugerament hipertròfic no dilatat amb funció ventricular conservada, un ventricle dret normofuncionant, sense valvulopaties significatives ni imatges suggestives d'endocarditis ni disfunció valvular.

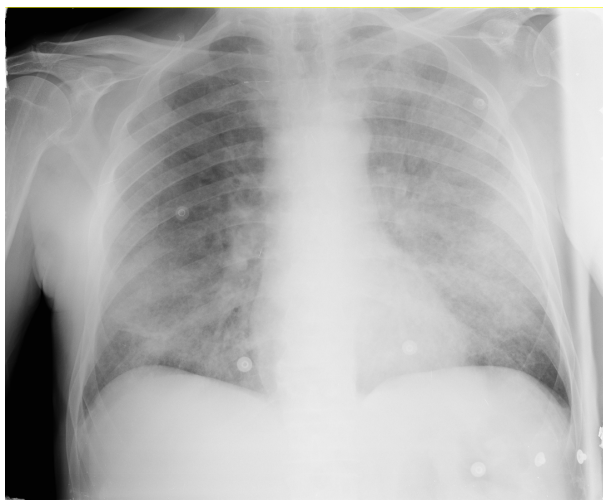


Figura 1

Diagnòstic diferencial

Davant un pacient amb insuficiència respiratòria i dolor toràcic que consulta a urgències s'hauria de plantejar la possibilitat que es tractés d'un edema agut de pulmó en context d'una angina d'esforç. La normalitat de l'electrocardiograma i de l'ecocardiograma associat a la negativitat de la corba de troponines fan poc probable aquesta opció. Un altre diagnòstic a plantejar seria el del tromboembolisme pulmonar tot i que el patró de la radiografia i la normalitat de l'ecocardiograma fan poc probable aquesta opció. També caldria considerar la possibilitat que es tractés d'una pneumònia i tenint en compte la immunosupressió del pacient tant podria ser d'etiologia bacteriana com vírica o inclús fúngica. Dins del diagnòstic diferencial caldria plantejar-se tot i que com una possibilitat més improbable una endocarditis bacteriana; la normalitat de l'ecocardiograma transtoràcic descarta en gran mesura aquesta opció. No es va sospitar que el metotrexate pogués estar implicat en el quadre clínic que presentava el pacient.

Evolució clínica

A urgències s'inicia ventilació mecànica no invasiva, antibioteràpia empírica amb ceftriaxona, levofloxacino i cotrimoxazol, nitroglicerina endovenosa y tractament diürètic amb furosemida. Al no corregir-se la insuficiència respiratòria es procedeix a la intubació orotraqueal i es va traslladar a la UCI. Durant la seva estada la UCI es realitza una TAC toràcica que mostra opacitats focals en vidre desllustrat de predomini a lòbul mig i vessament pleural bilateral, sense observar-se signes de fibrosis pulmonar (Figura 2). A més es realitza una fibrobroncoscòpia amb broncoaspirat i rentat broncoalveolar i es cursen cultius que són negatius. Un cop descartada l'etiologia infecciosa i cardiològica s'orienta com a Pneumonitis per

Metotrexate pel que es retiren els antibiòtics i s'inicien corticoids a dosi 60mg/kg, presentant una excel·lent resposta i podent-se extubar al quart dia de l'inici de la corticoteràpia. La radiografia de tòrax al sisè dia de tractament mostra la resolució de l'infiltrat bilateral (Figura 3)

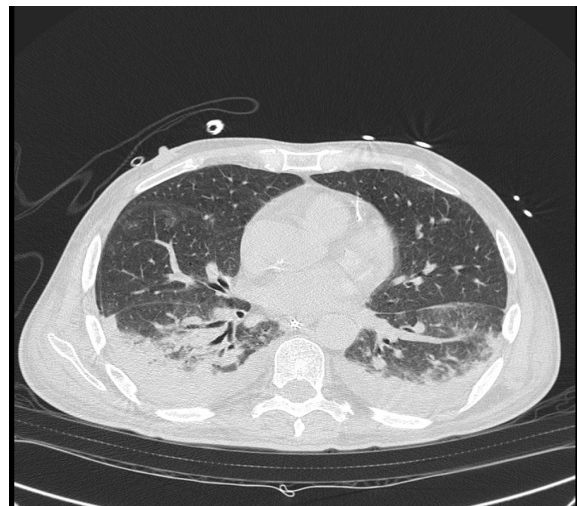


Figura 2



Figura 3

Diagnòstic final

Pneumonitis per metotrexate

Discussió

Díspnea i dolor toràcic són dos dels motius de consulta més freqüents a urgències. En la majoria de casos es corresponen amb afeccions cardiopulmonars o infeccioses, havent-se de descartar aquestes en primer lloc. El metotrexate és un fàrmac antagonista de l'àcid fòlic sent d'ús habitual en l'artritis reumatoide entre d'altres. Els seus efectes indesitjables més habituals són gastrointestinals, cutanis i hematològics. La

pneumonitis per metotrexat és un efecte secundari infreqüent, amb una incidència d'entre 3,6 i el 7,6%. Es presenta típicament durant el primer any de tractament. Cursa habitualment amb dispnea, tos seca i febre. No hi ha una prova diagnòstica específica ni tampoc un tractament d'elecció essent els corticosteroids els més utilitzats. L'associació de pneumonitis per metotrexate i psoriasi és excepcional. Més enllà del diagnòstic final volem recalcar la importància d'una bona història clínica completa a urgències que inclogui els antecedents patològics i els fàrmacs que els pacients estant prenent.

Bibliografia

1- Lateef O, Shakoor N, Balk RA. Methotrexate pulmonary toxicity. *Expert Opin Drug Saf* 2005; 4:723.

2-Carroll GJ, Thomas R, Phatouros CC. Incidence, prevalence and possible risk factors for pneumonitis in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate. *J Rheumatol* 1994; 21:51.

3- Hausteiner UF, Rytter M: Methotrexate in psoriasis: 26 years' experience with low-dose long-term treatment. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2000;14:382-388.

4- Kim YJ, Song M, Ryu JC. Inflammation in methotrexate-induced pulmonary toxicity occurs via the p38 MAPK pathway. *Toxicology* 2009; 256:183.

5- Conway R, Low C, Coughlan RJ, O'Donnell MJ, Carey JJ. Methotrexate and lung disease in rheumatoid arthritis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Rheumatol*. 2014 Apr;66(4):803-12. doi: 10.1002/art.38322.