



CASO CLÍNICO

Caso clínico: neumonitis intersticial por mesalazina

Case report: mesalazine-induced interstitial pneumonitis

Autores: Perea Rozas R¹, Navarro de la Chica M², Ortega González A¹, Carrasco Oliva S¹, Reyes Mena N⁵

¹Servicio de Neumología. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

²Servicio de Medicina Interna. Hospital General Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo

Resumen:

Presentamos a paciente mujer de 67 años, que comienza a desarrollar disnea, expectoración e hiperreactividad bronquial y aparición de infiltrados alveolointersticiales a raíz de comenzar con mesalazina prescrita por síndrome de intestino irritable. La clínica y los infiltrados desaparecen tras la retirada de medicación y el tratamiento con glucocorticoides sistémicos, por lo que se establece el diagnóstico de neumonitis intersticial por mesalazina.

Palabras clave: neumonitis; mesalazina; infiltrados alveolointersticiales; disnea.

Resume:

We describe a 67 year old patient woman, who starts to develop dyspnea, sputum production and bronchial hyperresponsiveness, as well as alveolo interstitial opacities after starting mesalazine to treat Irritable bowel syndrome. The symptoms and the infiltrates disappear after the withdrawal of medication and treatment with systemic glucocorticoids, for which the diagnosis of interstitial pneumonitis due to mesalazine is established.

Keywords: pneumonitis; mesalazine; alveolo-interstitial opacities; dyspnea.

Introducción:

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo amplio y variado de enfermedades que tienen en común la afectación de estructuras alveolo-intersticiales, es decir, pared alveolar, endotelio capilar y tejido conjuntivo. Dentro de la clasificación de las EPID nos encontramos con aquellas afectaciones pulmonares inducidas por fármacos. La identificación de un fármaco responsable del cuadro para una precoz retirada del mismo es fundamental para una favorable evolución clínico-radiológica¹. Presentamos el caso de una mujer de 67 años que comienza con clínica respiratoria y alteraciones radiológicas sugerentes de neumonitis intersticial tras una pauta de tratamiento con mesalazina.

Observación clínica:

Paciente mujer de 67 años, intolerante al tramadol, sin antecedentes neumológicos de interés, sin asma o atopia. Padece síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con fluoxetina y lorazepam y está en seguimiento por digestivo por síndrome de intestino irritable, comenzando con mesalazina hace tres meses.

Refiere tos con expectoración verdosa de más de dos semanas de evolución, asociando disnea y autoescucha de ruidos respiratorios. Acude por este motivo al servicio de urgencias hospitalarias. En dicha Unidad se realiza como estudio complementario analítica donde se incluye hemograma, sin eosinofilia periférica, función renal y NTproBNP normales y radiografía simple de tórax dentro de la normalidad. A la exploración física destaca la

presencia de crepitantes secos bibasales y una saturación de oxígeno basal de 94%, sin acropaquias, adenopatías palpables ni signos cutáneos. Se diagnostica de forma inicial como bronquitis aguda, iniciando tratamiento ambulatorio sintomático.

Una semana más tarde continúa con la misma clínica, consultando en el servicio de neumología. Como parte de la anamnesis se descarta exposición ambiental o laboral del cuadro. Se constata la persistencia de crepitantes secos bibasales y saturación de oxígeno del 92%, por lo que se decide continuar estudio con TC torácica (Figura 1). En la espirometría destacan los siguientes valores: FEV₁/FVC 79%, FEV₁ 1420 ml (72%) y FVC 1810 ml (69%), estableciendo un patrón ventilatorio no obstructivo, posiblemente restrictivo, y en el test de difusión de CO presenta una DLCO de 6.1 ml/min/mmHg (99%) y KCO de 1.40 (92%).

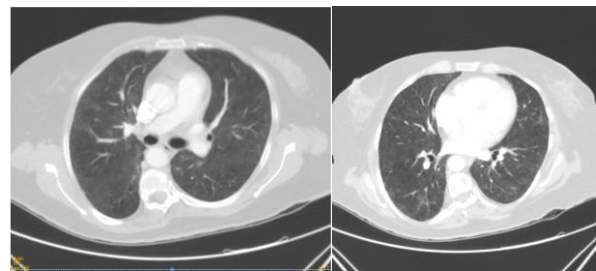


Figura 1. TC torácica en la que se aprecia infiltrado alveolo intersticial difuso bilateral sin observarse condensaciones neumónicas ni lesiones nodulares

Se decide suspender mesalazina e iniciar ciclo de deflazacort vía oral (0.5 mg/kg/día durante 10 días, después pauta descendente) durante 3 semanas, así como comple-

tar 5 días de moxifloxacino y broncodilatadores ante la sospecha clínica y radiológica de neumonitis farmacológica por mesalazina, hiperrespuesta bronquial e infección respiratoria atípica.

La paciente acude a revisión 5 meses después de la retirada de mesalazina, refiriendo una mejoría clínica significativa, que se refleja en una auscultación pulmonar sin ruidos sobreañadidos, una saturación basal de 98% y una TC torácica de control realizada dos meses después de la retirada del fármaco donde el infiltrado intersticial está prácticamente resuelto (Figura 2), presentando estudio de autoinmunidad negativo. Se establece el diagnóstico definitivo de neumonitis intersticial por mesalazina.

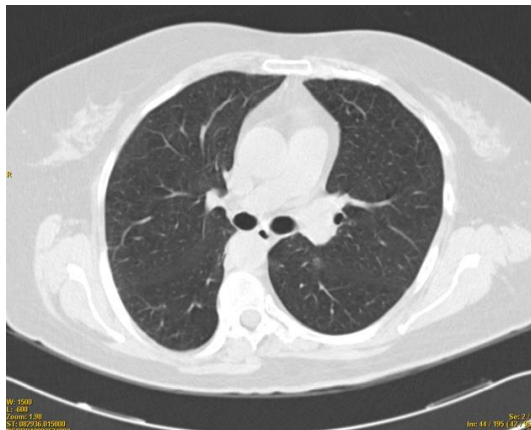


Figura 2. Imagen de TC tras la retirada de mesalazina en la que se aprecia resolución de los infiltrados alveolointersticiales presentes previamente

Discusión:

Existe un heterogéneo grupo de fármacos asociados con mayor frecuencia a toxicidad pulmonar, entre los cuales nos encontramos antiinflamatorios como el metotrexato, antiarrítmicos como la amiodarona y antibióticos como la nitrofurantoína, así como un gran número de fármacos empleados en quimioterapia². Con el fin de facilitar al clínico un acceso rápido a posibles medicamentos responsables de daño en el aparato respiratorio, se han desarrollado páginas web que sirven como herramienta clínica³. La toxicidad pulmonar por mesalazina está descrita en su ficha técnica, con posibles manifestaciones como neumonitis intersticial o broncoespasmo, recomendando sumo cuidado a la hora de emplear el medicamento en pacientes con enfermedad pulmonar de base⁴. Pese a ser una reacción adversa al medicamento infrecuente, hay descritos varios casos en la literatura, en los que aparece una clínica aguda de 2-10 días de evolu-

ción, con tos y disnea como síntomas cardinales, aunque también existen pacientes con un patrón subagudo y crónico^{5,6}. Respecto a las pruebas complementarias, en las pruebas de función respiratoria se manifiesta un patrón ventilatorio restrictivo y disminución de la capacidad de difusión del monóxido de carbono. Por otro lado, desde el punto de vista radiológico, las manifestaciones más frecuentes en la TC torácica son las opacidades en vidrio deslustrado, consolidaciones parcheadas subpleurales y signos de fibrosis pulmonar⁷. Con respecto al tratamiento, además de la retirada del medicamento causante, se recomienda una pauta descendente de glucocorticoides de 1 a 4 meses en los pacientes más sintomáticos con una reevaluación estrecha, si bien, los pacientes con afectación más leve y adecuada evolución podrían encontrar beneficio en pautas más cortas⁸.

Todo lo anterior, junto con un punto de apoyo fundamental como es la mejoría clínica y radiológica tras la retirada del fármaco responsable, nos permite el diagnóstico y manejo definitivo para el caso planteado. Otra conclusión a la que se llega con este caso clínico es que conviene realizar siempre una búsqueda exhaustiva en el historial farmacológico del paciente ante cualquier enfermedad intersticial.

Bibliografía:

1. J.A. Rodríguez Portal. Enfermedades intersticiales difusas del pulmón. Fibrosis pulmonar idiopática. In: Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología 3ª Edición. p. 419–30.
2. Talmadge E King, Jr M. Approach to the adult with interstitial lung disease: Clinical evaluation. www.uptodate.com. 2020. p. 1–31.
3. www.pneumotox.com.
4. Ficha Técnica Salofalk (Mesalazina). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; p. 1–10.
5. Mart V, Pati V. Enfermedad Intersticial Farmacológica. *Med Gen y Fam*. 2018;7(3):110–3.
6. Al C. Neumonitis intersticial por mesalazina en paciente con colitis ulcerosa. *Farm Hosp*. 2016;40(1):55–7.
7. Cristina A, Balaguero P, Navarro FC. Afectación pulmonar por toxicidad farmacológica. www.seram.es.
8. Estarriol MH, Goday MR. Lesiones pulmonares inducidas por fármacos. *Med Integr*. 2002;40(2):64–75.