



212/3186 - UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

J. Andrés Vera^a, T. Bretones del Pino^b y J. Naranjo Muñoz^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud el Olivillo. Cádiz. ^bMédico Residente de Cardiología; ^cMédico Residente de Nefrología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años que acude a urgencias por disnea y dolor torácico de forma súbita, acompañadas de palpitaciones y aumento de tos con expectoración amarillenta. Antecedentes personales: cáncer de laringe portador de traqueostomía. Exfumador y exbebedor moderado. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) enfisematoso no reagudizador. Penfigoide ampoloso en tratamiento con metotrexate. Tratamiento habitual: pantoprazol 20 mg/12h, atrovent 1 inhalación cada 8 horas, prednisona 5 mg/día, metotrexato 5 mg/12h.

Exploración y pruebas complementarias: Saturación de oxígeno: 87%. Frecuencia cardíaca: 100 lpm. Temperatura: 38,5 °C. Auscultación cardíaca: arrítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: Roncus en base derecha. AngioTAC de tórax descarta tromboembolismo pulmonar con infiltrados bibasales. ECG en ritmo sinusal a 98 lpm con hemibloqueo anterior izquierdo y extrasístoles auriculares frecuentes. Analítica: 250 leucocitos/mL (230 neutrófilos) y elevación de troponinas. Ecocardiograma de urgencia sin hallazgos patológicos, salvo insuficiencia aórtica leve. Frotis con hipocelularidad intensa sin otras alteraciones. Se inicia antibioterapia empírica con ceftriaxona tras antibiograma. Se retira el metotrexate y se inicia tratamiento con factor de crecimiento. El paciente presenta evolución favorable en los siguientes días, normalizando niveles de leucocitos a las 2 semanas.

Juicio clínico: Síndrome coronario agudo sin elevación del ST tipo angor inestable. Agranulocitosis por metotrexato. Neumonía bilateral, con datos de sepsis respiratoria.

Diagnóstico diferencial: Agranulocitosis secundarias.

Comentario final: La neutropenia se define como el recuento absoluto de neutrófilos < 1.500/μL. La mayor parte de la neutropenias en adultos son adquiridas, debidas al descenso de la producción de granulocitos o al aumento de su destrucción. El riesgo de infección depende de una adecuada reserva de médula ósea. Existen factores de riesgo para sufrir una reacción adversa a medicamentos de este tipo, como la edad (> 50 años), el sexo femenino, infección por mononucleosis, pacientes con enfermedad renal aguda o crónica, uso concomitante de otros medicamentos y factores genéticos. El manejo principal se basa en la supresión inmediata del fármaco, pudiendo acompañarse de tratamiento con factores de crecimiento, tales como el filgrastim.

Bibliografía

1. Kaufman DW, Kelly JP, Issaragrisil S, Laporte J-R, Anderson T, Levy M, et al. Relative incidence of agranulocytosis and aplastic anemia. Am J Hematol. 2006;81:65-7.

Palabras clave: *Neutropenia. Metotrexato.*