



## 242/2328 - TOXICIDAD IDIOSINCRÁSICA A METROTEXATE

M. Ocaña Rodríguez<sup>a</sup>, A. Blanco Mora<sup>b</sup> y J. Luque Domínguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabra. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Carmen es una mujer de 72 años, con antecedentes de HTA, DM, psoriasis y penfigoide ampoloso secundario a vildagliptina en seguimiento por dermatología. En los últimos 15 días, consulta en 2 ocasiones por lesiones en mucosa oral con disfagia, odinofagia y pérdida de peso (15 kg en 4 meses), que relaciona con inicio de metrotexate (10 mg/sem), lleva 3 dosis. Sospechamos de esofagitis candidiásica. Se trata con mycostatin e itraconazol. A la semana, consulta de nuevo por aumento de disfagia, incluso a líquidos, gingivorragia y disnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general, consciente y orientada. Palidez y signos de deshidratación. Taquipneica. T<sup>a</sup>: 36,6 °C. SatO<sub>2</sub>: 89%. TA: 110/65. ACR: rítmica sin soplos, hipofonesis generalizada. ORL: múltiples lesiones en mucosa oral. Abdomen: sin hallazgos. Lesiones penfigoides en tronco y extremidades. Analítica sanguínea: Hb: 8,4 g/dL, leucocitos:  $0,85 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; neutrófilos:  $0,08 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; linfocitos:  $0,6 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; plaquetas:  $20.103/\mu\text{L}$ ; creatinina: 1,8 mg/dL. Proteínas: 4,7 g/dL. PCR: 226,2 mg/l. Radiografía tórax: opacidades bilaterales en vidrio esmerilado. PCR esputo: Pneumocystis. Aspirado medular: agranulocitosis pura.

**Juicio clínico:** Agranulocitosis y pancitopenia grave por metrotexate. Neumonía por Pneumocystis carinii. Mucositis.

**Diagnóstico diferencial:** Candidiasis esofágica. Esofagitis CMV. Neumonía adquirida en la comunidad. Neoplasia pulmonar.

**Comentario final:** El metrotexate es un antagonista del ácido fólico que posee efecto antimetabólico, antiinflamatorio e inmunosupresor. Puede producir toxicidad hepática, hematológica y pulmonar. Este caso debe hacernos pensar en la posibilidad de reacciones adversas a fármacos potencialmente tóxicos, para evitar complicaciones graves. De ahí que el médico de familia debe conocer los efectos secundarios, plantear un completo diagnóstico diferencial y derivar para pruebas complementarias ante una evolución desfavorable.

### Bibliografía

1. Igualada Quintanilla J, Romero Candel G, Tejada Cifuentes F. Metotrexato: toxicidad pulmonar, hepática y hematológica. Rev Clín Med Fam. 2016;9(3):159-66.
2. García Villaba J, Ruiz-Genao D, Álvarez Ruiz S. Toxicodermia por Metrotexate. 3. The

remarkable spectrum of methotrexate toxicities. *Rheum Dis Clin North Am* 1977;23:939-54.

**Palabras clave:** Pénfigo. Metrotexasate. Toxicidad.