



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/185 - Neumonitis rápidamente progresiva

E. Tidrenczel<sup>a</sup>, L.A. Díaz Caldevilla<sup>a</sup>, M.Á. Moreno Vaillo<sup>b</sup>, M.C. Wentacem<sup>c</sup>, C.J. Dávila Briones<sup>c</sup>, E. Herasme Felipe<sup>d</sup>, S. Jofresa Iserte<sup>d</sup>, E. Ospino Castro<sup>e</sup>, J. Urios Durá<sup>f</sup> y J.M. Pinilla Alemán<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torremendo. Torrevieja. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Montesinos. Torrevieja.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 80 años con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, anemia ferropénica, en tratamiento con simvastatina, aspirina, hierro, hidroclorotiazida, valsartan y propranolol. Antecedentes dermatológicos: queratosis actínica tratada con 5-fluorouracilo. Extirpación de carcinoma basocelular ulcerado de pierna derecha en 2009, bordes de resección sin tumor. Carcinoma escamoso bien diferenciado, infiltrante en región esternal, extirpado en febrero 2012. Metástasis ganglionar supraclavicular izquierda intervenida en 2013 sin metástasis a distancia por lo cual recibió radioterapia con finalidad curativa. Revisiones periódicas en centro de salud y en consultas externas de dermatología y oncología. Adenopatía mediastínica subcarinal con características metastásicas diagnosticada en junio de 2014, tratada con radioterapia desde diciembre. Consultó en marzo 2015 por tos productiva con expectoración blanquecina, disnea progresiva y dolor de costado izquierdo que no mejoró con tratamiento pautado (antibiótico y antihistamínicos). En abril presentó insuficiencia respiratoria con hipoxemia moderada por lo que ingresa al hospital.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente obesa, auscultación cardiopulmonar normal, edemas crónicos en miembros inferiores sin fóvea. Radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico secundario a opacidades pulmonares mal definidas con broncograma aéreo a nivel paramediastínico bilateral, de predominio derecho, sugestiva de neumonitis rídica-áreas de fibrosis. Analítica de sangre con hemoglobina 10,8 g/dl, leucocitos 6,11 mil/ $\mu$ L con neutrofilia 83,2%, filtrado glomerular 38 ml/min, protein C reactiva 6,8 mg/dl. Gasometría arterial sin hallazgos significativos. Electrocardiograma normal. Ecocardiografía con fracción de eyección de ventrículo izquierdo conservada. Espirometría compatible con trastorno ventilatorio tipo restrictivo en grado moderado. No evidencia de trombosis venosa profunda en miembros inferiores. AngioTC descarta tromboembolismo pulmonar. Múltiples opacidades parcheadas en ambos pulmones, adenopatías paratraqueal, hiliares izquierda y subcarinal. Broncoscopia con edema mucosa bronquial sin lesiones endobronquiales. Aspirado bronquial negativo para células malignas, 25% células polimorfonucleares. Biopsia transbronquial sin alteraciones histológicas.

**Juicio clínico:** Neumonitis postradioterapia rápidamente progresiva.

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria, insuficiencia cardiaca congestiva, tromboembolismo pulmonar, metástasis neumónicas.

**Comentario final:** Al ingreso es diagnosticada de insuficiencia respiratoria severa multifactorial. Evolución clínica con deterioro progresivo grave con insuficiencia respiratoria refractaria a tratamiento con oxígeno, antibióticos de amplio espectro, esteroides, diuréticos y medidas generales. La paciente finalmente precisó pauta de sedación por sufrimiento y falleció en el día 30 postingreso, 5 meses después de inicio de la radioterapia. La neumonitis rádica suele ocurrir entre las 8 y 16 semanas de inicio de tratamiento. Lo más habitual es una reacción local en la zona tratada, con tos, dolor de características pleuríticas y en casos graves distrés respiratorio. A largo plazo puede aparecer fibrosis pulmonar. Como tratamiento suelen utilizar corticoides y las síntomas en los casos comunes suelen desaparecer en 48 horas.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Verdú JM, Algara M, Foro P, Domínguez M, Blanch A. Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. MEDIFAM. 2002;12:426-35.
2. Jung H, Beck-Bornholdt HP, Svoboda VH, Alberti W, Herrmann T. Quantification of late complications after radiation therapy. Radiother Oncol. 2001;61:233-46.