



242/2415 - DISNEA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

J. Novas Moreno^a, M. Paiva Guerrero^b, M. Rodríguez García^c, P. Delgado Danta^a y S. Sosa Romero^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montijo-Puebla de la Calzada. Badajoz. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 41 años con antecedentes personales de artritis reumatoide (AR) en tratamiento con metotrexato. Consulta por dolor pleurítico en hemitórax izquierdo de 5 días de evolución con fiebre de 39,5 °C. Solicitamos radiografía de tórax urgente en centro de salud y derivamos a urgencias. Ingresamos en neumología por sospecha de NAC izquierda en paciente inmunodeprimido. En planta evolución tórpida con tratamiento antibiótico que precisó traslado a UCI. Ante estos datos se sospecha origen no infeccioso y comienzan tratamiento esteroideo con mejoría clínica y radiológica. Alta a domicilio con tratamiento corticoideo. A los 5 días el paciente consulta por dolor en hemitórax izquierdo punzante, disnea y tos con expectoración blanquecina. En analítica dímero D elevado, por lo que se solicita TC de tórax confirmándose TEP, con reingreso en neumología. Tras iniciar HBPM mejoría clínica y normalización radiográfica.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general. Taquipenico. AC: Rítmico sin soplos, AP: MVC con hipofonesis en base izquierda. Rx de tórax: ICT aumentado. Aumento de densidad basal izquierda con derrame pleural izquierdo. Analítica general: Hemograma 3 series normales, dímero D 718, bioquímica: normal. GAB: pH 7,46, pCO₂ 37,1, pO₂ 66,4, HCO₃ 26,4, SatO₂ 94,4%. TC de tórax (1^o ingreso): No defectos de repleción. Derrame pleural izquierdo con líquido en cisura mayor, atelectasia LII. Áreas que sugieren posible proceso infeccioso. TC de tórax (2^o ingreso): Defecto de repleción en rama que se dirige a área posterior de llingula compatible con TEP.

Juicio clínico: Neumonitis aguda con derrame bilateral en paciente con A. reumatoide y tratamiento inmunosupresor. Reingreso por TEP subsegmentario izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Neumonía adquirida en la comunidad. Toxicidad por metotrexato. Afectación pulmonar por artritis reumatoide. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Tras ingresos hospitalarios, se suspendió el metotrexato con empeoramiento de AR. Valorado por reumatología, que inicia tocilizumab. El paciente persiste estable de su patología pulmonar sin secuelas importantes.

Bibliografía

1. de la Torre Carazo S, Fernández Gil C. Enfermedades pulmonares intersticiales. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid: MSD. p. 437-45.
2. Rojas-Serrano J, González-Velasquez E, Mejia M, et al. Interstitial lung disease related to rheumatoid arthritis: Evolution after treatment. Reumatol Clin. 2012;8(2):68-71.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Neumonitis. Tromboembolismo pulmonar. Metotrexato.