



CARTA AL EDITOR

Vasculitis p-ANCA positivo asociada al tratamiento con antileucotrienos



Positive p-ANCA vasculitis associated with antileukotriene treatment

Sr. Editor:

Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, en especial los anticuerpos antimieloperoxidasa (p-ANCA), afectan a vasos de pequeño tamaño. El diagnóstico consiste en una combinación de datos clínicos, radiológicos y analíticos, así como confirmación histológica con biopsia siempre que sea posible. Además, hay que tener presente que existen fármacos que pueden producir cuadros similares: antileucotrienos (montelukast y zafirlukast), corticoides inhalados y orales y omalizumab, entre otros¹.

Se trata de una mujer de 86 años con diagnóstico previo de asma bronquial en tratamiento con beclometasona-formoterol y control parcial, por lo que se decidió iniciar montelukast. Entre otros antecedentes destacaba fibrilación auricular en tratamiento con apixabán. Ingresó a los 5 meses por expectoración hemoptoica, sin otra clínica asociada, pero con crepitanes bilaterales a la auscultación pulmonar. De las pruebas complementarias destacaba radiografía de tórax (infiltrados pulmonares bilaterales), y analítica con anemia normocítica y 2.600 eosinófilos en sangre periférica (19%). Ingresó para ampliar estudios: IgE de 132 UI/mL, VSG de 98 mm/h y p-ANCA positivos a título de 1/160 con Ac antimieloperoxidasa positivos (3,8 U/mL). En TACAR se objetivaron infiltrados alveolares bilaterales de predominio en lóbulos superiores (fig. 1) y en broncoscopia con BAL aparecieron hemosiderófagos sin eosinofilia. Se retiró el tratamiento anticoagulante y se inició tratamiento con metilprednisolona 1 mg/kg/día, con buena evolución.

Dada la sintomatología y los resultados de pruebas complementarias, la sospecha fue de un síndrome Churg-Strauss y, dada la plausibilidad temporal con el inicio de montelukast, probablemente secundario a este fármaco. Se procedió a su retirada, comprobando 6 meses después la mejoría clínica de la paciente.

La etiopatogenia de la granulomatosis con poliangeítis (o antiguamente síndrome de Churg-Strauss) no está clara. Aunque está reflejada la asociación con montelukast, existe gran controversia en la bibliografía sobre la



Figura 1 TC tórax: infiltrados alveolares bilaterales con broncograma aéreo.

misma, debido a que muchos de los casos descritos ocurrieron en el contexto de reducción progresiva de corticoides orales (sesgo por enmascaramiento), si bien hay otros en los que no fue así²⁻⁶. El órgano más afectado es el pulmón, y para su diagnóstico deben cumplirse 4 o más de los criterios estipulados por la *American College of Rheumatology*¹: 1) historia de asma; 2) eosinofilia periférica superior al 10% o mayor de 1.500 células/mm³; 3) mono o polineuropatía, atribuible a vasculitis sistémica; 4) infiltrados pulmonares radiológicos, migratorios o transitorios, atribuibles a vasculitis sistémica; 5) afectación de senos paranasales o historia de dolor agudo o crónico paranasal o velamiento radiológico de senos paranasales; 6) eosinófilos extravasculares. Biopsia de arteria, arteriola o vénula que muestra acumulación de eosinófilos en áreas extravasculares.

En nuestro caso no se pudo realizar confirmación histológica dada la edad y el estado basal de la paciente, por lo que únicamente se cumplían 3 de los 6 criterios diagnósticos (asma, infiltrados pulmonares y eosinofilia). Sin embargo, la mejoría tras el comienzo con corticoides sistémicos y el cese de montelukast apoya el diagnóstico de probable síndrome de Churg-Strauss asociado a este fármaco, dado que la paciente no estaba con tratamiento corticoide oral previamente.

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102139>

0212-6567/© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés relacionado directa o indirectamente con los contenidos del manuscrito.

Bibliografía

1. Pagnoux C. Updates in ANCA-associated vasculitis. *Eur J Rheumatol.* 2016;3:122–33.
2. Hauser T, Mahr A, Metzler C, Coste J, Sommerstein R, Gross WL, et al. The leucotriene receptor antagonist montelukast and the risk of Churg-Strauss syndrome: a case-crossover study. *Thorax.* 2008;63:677–82.
3. Wechsler ME, Finn D, Gunawardena D, Westlake R, Barker A, Haranath SP, et al. Churg-Strauss syndrome in patients receiving montelukast as treatment for asthma. *Chest.* 2000;117:708–13.
4. Mateo ML, Cortés CM, Berisa F. Síndrome de Churg-Strauss asociado a la administración de montelukast en un paciente asmático sin tratamiento esteroide de base. *Arch Bronconeumol.* 2002;38:55–6.
5. Tuggey JM, Hosker HSR. Churg-Strauss syndrome associated with montelukast therapy. *Thorax.* 2000;55:805–6.
6. Man MA, Pop M, Alexandrescu D, Rajnoveanu R. Churg Strauss syndrome associated with montelukast treatment - Study case. *Eur Respir J.* 2011;38:4081.

Beatriz García Pulido^{a,*}, Lucía Molina Campos^b,
Lorena González Justo^c
y Fernando José Álvarez Navascúes^a

^a *Departamento de Neumología, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España*

^b *Medicina Familiar y Comunitaria, Área I - Jario, Asturias, España*

^c *Departamento de Neumología, Hospital Valle del Nalón, Langreo, Asturias, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatrizgarciapulido@gmail.com
(B. García Pulido).