



Toxicidad pulmonar por talidomida

Sr. Director: Los comentarios de Díaz García et al a nuestro trabajo "Toxicidad pulmonar por talidomida" ya habían sido analizados en la discusión del artículo, publicado recientemente en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA¹. Como sucede muy frecuentemente en los pacientes con toxicidad pulmonar causada por fármacos, nuestro paciente fue ingresado con el diagnóstico de sospecha de neumonía adquirida en la comunidad². Efectivamente, en este caso el análisis aislado del tratamiento instaurado no permite diferenciar si la mejoría se produjo por la retirada de la talidomida y el tratamiento esteroide, o si se trataba de una neumonía con buena respuesta al tratamiento antibiótico.

Sin embargo, la sintomatología del paciente (ausencia de fiebre o expectoración), las pruebas de laboratorio (ausencia de modificaciones en el número de leucocitos en sangre con respecto a controles previos), las determinaciones microbiológicas negativas y la rapidez del curso evolutivo (curación en menos de 4 días) nos indujeron a plantearnos la posibilidad de otras opciones diagnósticas. Además, tal como ponemos de manifiesto en nuestro artículo, aunque el paciente recibía el tratamiento con talidomida desde el 18 de abril de 2001, el día de la hospitalización se había producido un aumento en la dosis de talidomida.

Los pacientes con toxicidad pulmonar por fármacos presentan una sintomatología, exploración física, radiología y exploración funcional respiratoria inespecíficas y, por ello, el diagnóstico puede resultar especialmente dificultoso³. Como consecuencia, se ha estimado que menos del 5% de todas las enfermedades pulmonares inducidas por fármacos son reconocidas⁴. El diagnóstico de presunción puede basarse en una adecuada secuencia temporal de inicio y retirada del fármaco en relación con los síntomas y la baja probabilidad de otras etiologías⁵.

En nuestro paciente existió una relación temporal entre la administración de talidomida y la aparición en el día 37 de tratamiento, coincidiendo con un aumento de la dosis de talidomida, de un infiltrado pulmonar e insuficiencia respiratoria aguda, lo que motivó la retirada del medicamento y el tratamiento con corticoides, con una rápida recuperación posterior. En el estudio del enfermo no se encontraron alteraciones analíticas, microbiológicas ni otras enfermedades que pudieran haber causado el cuadro clínico, lo que indica, en nuestra opinión, una relación causal con el fármaco.

Nosotros esperamos que el interés generado por nuestro artículo se traduzca en una mayor sensibilidad de los neumólogos españoles frente a un tema tan apasionante como la toxicidad pulmonar por fármacos, lo cual podría contribuir a facilitar su diagnóstico y reducir esa bolsa inaceptable de pacientes con toxicidad pulmonar no identificada. Por ello

expresamos nuestro agradecimiento a Díaz García et al por sus comentarios.

F. Carrión Valero

Servicio de Neumología. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina. Valencia. España.

1. Carrión Valero F, Bertomeu González V. Toxicidad pulmonar por talidomida. Arch Bronconeumol 2002;38:492-4.
2. Gullón JA, Fernández R, González JJ. Toxicidad pulmonar por maprotilina: a propósito de un caso. Arch Bronconeumol 2002;36:357.
3. Rosenow EC III. Drug-induced pulmonary disease. Dis Mon 1994;40:253-310.
4. Rogers AS, Israel E, Smith CR, Levine D, McBean AM, Valiente C, et al. Physician knowledge, attitudes, and behaviour related to reporting adverse drugs events. Arch Intern Med 1988;148:1596-600.
5. Carrión Valero F, Marín Pardo J. Toxicidad pulmonar por fármacos. Arch Bronconeumol 1999;35:550-9.