



Cartas al Director

Neumonitis por taxanos: nuestra experiencia clínica***Taxane-Induced Pneumonitis: Our Clinical Experience***

Sr. Director:

El paclitaxel es un fármaco citotóxico con actividad antimicrotúbulo ampliamente utilizado para el tratamiento de diversas neoplasias. Presenta un buen perfil de seguridad, con toxicidad aceptable a nivel hematológico y sistémico. La neumonitis en relación a paclitaxel fue descrita por primera vez en 1995 por Golberg y Vannice¹, y se atribuye a una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV. Es un cuadro infrecuente, y su incidencia oscila entre el 1-4%, aumentando esta cifra cuando se asocia a otros fármacos citotóxicos o a radioterapia².

A pesar de tratarse de una entidad poco frecuente, queríamos resaltar su importancia al haberse presentado en nuestro hospital 4 casos en los últimos 6 meses compatibles clínicamente con esta entidad. Se trata de 4 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama que recibieron tratamiento con taxanos. El cuadro clínico se inició entre una semana y 15 días después del último ciclo de paclitaxel, caracterizándose por deterioro del estado general, disnea progresiva hasta hacerse de reposo y tos, sumando solamente en un caso fiebre de hasta 39 °C. Ni la analítica ni la placa de tórax realizadas al ingreso mostraron alteraciones relevantes. Sin embargo, 24 h después la evolución clínica fue tórpida, con un rápido empeoramiento, que se correlacionó analítica y radiológicamente. En todos los casos se recogieron muestras para microbiología, siendo todas negativas, y se instauró tratamiento con antibioterapia de amplio espectro sin clara mejoría. Por este motivo se realizó tomografía computarizada (TC) de tórax, donde se describió afectación difusa pulmonar en forma de vidrio deslustrado, con engrosamiento de septos interlobulillares en regiones anteriores de lóbulos superiores y lóbulo medio, todo ello compatible con probable neumonitis por fármacos. Ante la mala situación clínica de las pacientes se desestimó la realización de fibrobroncoscopia para obtener diagnóstico de certeza y se optó por instaurar tratamiento con corticoides, con rápida mejoría clínica de las pacientes, y posteriormente radiológica, con resolución de las lesiones.

Estos casos, en nuestra opinión, son una forma de ilustrar la evolución de una neumonitis por fármacos, limitados por la ausencia de fibrobroncoscopia que hubiera permitido la obtención de muestras y con ello un diagnóstico de certeza. Sin embargo, hay que destacar que el diagnóstico de neumonitis es de exclusión.

Típicamente cursa con un cuadro clínico como el descrito anteriormente, y la prueba diagnóstica de elección es la TC, en la que se observan opacidades bilaterales con áreas parcheadas en vidrio deslustrado y un patrón reticulonodular de predominio en campos superiores³. Ante la sospecha de esta entidad se deben excluir causas infecciosas, sabiendo que ni el cuadro clínico ni las pruebas radiológicas son concluyentes. Si la situación clínica del paciente lo permite, se debe realizar fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar, aspirado bronquial y realización de biopsia transbronquial, donde se observa infiltrado por células mononucleares y formación de granulomas, lo cual es característico de reacciones de hipersensibilidad grado IV⁴. Respecto al tratamiento, en algunos casos se requieren medidas de soporte respiratorio, incluyendo intubación orotraqueal. Ante la sospecha del cuadro debe iniciarse, de forma empírica, la administración de corticoides, si bien la dosis adecuada no está establecida. Con los casos expuestos pretendemos ilustrar esta patología que, si bien es infrecuente, es importante tenerla en cuenta porque puede representar un peligro vital para nuestros pacientes. Esta complicación cobra especial trascendencia en tratamientos de índole adyuvante, puesto que estos se aplican a pacientes potencialmente curados del tumor de base. El diagnóstico de sospecha y el inicio temprano del tratamiento con corticoides son fundamentales para garantizar una adecuada evolución clínica.

Bibliografía

1. Goldberg HL, Vannice SB. Pneumonitis related to treatment with paclitaxel. *J Clin Oncol*. 1995;13:534.
2. Hanna YM, Baglan KL, Stromberg JS. Acute and subacute toxicity associated with concurrent adjuvant radiation therapy and paclitaxel in primary breast cancer therapy. *Breast J*. 2002;8:149-53.
3. Cleverley JR, Screamon NJ, Hiorns MP, Flint JD, Müller NL. Drug-induced lung disease: High-resolution CT and histological findings. *Clin Radiol*. 2002;57:292.
4. Khan A, McNally D, Tutschka PJ, Bilgrami S. Paclitaxel-induced acute bilateral pneumonitis. *Ann Pharmacother*. 1997;31:1471.

Patricia Cruz *, Marisa Torres, Oliver Higuera y Enrique Espinosa

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cruz.patricia@hotmail.com (P. Cruz).<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.07.012>