CICLOFOSFAMIDA PARA TOXICIDAD PULMONAR GRADO 4 POR OXALIPLATINO REFRACTARIO A CORTICOIDES

Fernando Tirapegui-Sanhueza[1], Paulina De Veer-Encina[1], Jaime Vasquez-Gonzalez[1], Carla Zurita-Araneda[2], Victor Fuentes-Figueroa[1]

1. Unidad de Paciente Critico, Complejo Asistencial Dr. Victor Rios Ruiz, Los Ángeles
2. Oncologa, Complejo Asistencial Dr. Victor Rios Ruiz, Los Ángeles

INTRODUCCIÓN:

El oxaliplatino es un derivado del platino de tercera generación que constituye la base del esquema FOLFOX, utilizado como tratamiento estándar en cáncer colorrectal avanzado. Su perfil de toxicidad incluye neuropatía periférica, toxicidad gastrointestinal y hepática, trombocitopenia y reacciones de hipersensibilidad. Sin embargo, la toxicidad pulmonar es infrecuente (?1,5 %) y potencialmente letal. Se han reportado casos de enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y neumonía organizada asociadas a oxaliplatino, con alta mortalidad pese a la suspensión del fármaco y el uso de corticosteroides. La literatura describe solo un caso exitoso de tratamiento con ciclofosfamida en toxicidad pulmonar grado 4 refractaria.

OBJETIVO:

Presentar un caso de toxicidad pulmonar grave asociada a oxaliplatino refractaria a esteroides, con evolución favorable tras tratamiento con ciclofosfamida.

CASO CLÍNICO:

Varón de 68 años con antecedentes de adenocarcinoma de colon estadio III en tratamiento con FOLFOX y cáncer de próstata en hormonoterapia. Durante periodo interquimioterapia desarrolló tos seca y disnea mMRC 2. Una TCAR mostró áreas en vidrio esmerilado bilaterales y el BAL fue negativo microbiológicamente. Tras nueva sesión de FOLFOX, presentó disnea mMRC 4 con rápido deterioro clínico, requiriendo ventilación mecánica invasiva y vasopresores. Una nueva TCAR reveló patrón de neumonía organizada. Los estudios infecciosos y reumatológicos fueron negativos. Se administró metilprednisolona 500 mg/día por 3 días y posteriormente hidrocortisona 1 mg/kg, sin respuesta clínica ni imagenológica al día 10. Se inició ciclofosfamida 500 mg/m² los días 0 y +10, observándose mejoría clínica y radiológica a partir del día +15, con resolución progresiva de las lesiones en controles seriados. Al día 45, el paciente evolucionó con patrón residual de neumonía intersticial no específica fibrosante, sin oxigenoterapia y en rehabilitación multidisciplinaria.

DISCUSIÓN:

La toxicidad pulmonar por oxaliplatino es un evento adverso raro, pero de elevada mortalidad. Su fisiopatología no está completamente dilucidada; se ha postulado la depleción de glutatión y el daño endotelial como posibles mecanismos. El tratamiento estándar consiste en suspensión del fármaco y uso de corticosteroides, aunque un número significativo de pacientes no responde y progresa a falla respiratoria. En estos casos, la ciclofosfamida, agente inmunosupresor utilizado en EPI asociada a conectivopatías, podría constituir una alternativa terapéutica.

CONCLUSIÓN:

La toxicidad pulmonar inducida por oxaliplatino debe sospecharse ante disnea e infiltrados en vidrio esmerilado en pacientes bajo FOLFOX. La suspensión precoz y el inicio de corticosteroides son fundamentales, pero en casos refractarios la ciclofosfamida podría representar una opción salvadora. Reportar estas experiencias es crucial para generar evidencia que guíe el manejo de esta complicación poco frecuente pero potencialmente fatal.