

los de hemorragia o edema pulmonar agudo), donde el patrón radiológico más frecuente es el de patrón intersticial bilateral de predominio periférico. En el caso que nos ocupa, no se realizó una tomografía axial computarizada torácica que pudiera poner de manifiesto afección pulmonar no demostrada en la radiografía simple y que, además, podría resultar de utilidad para diferenciar la toxicidad farmacológica de otras afecciones respiratorias³.

Si bien los estudios microbiológicos efectuados fueron negativos, aunque no se incluyó entre ellos la serología de neumonías atípicas, esto no permite excluir la presencia de infección pulmonar activa.

El tratamiento instaurado, consistente en eliminación del supuesto fármaco agresor más la administración de antibioterapia y corticoterapia, no permite diferenciar si la mejoría se produjo por la retirada de la talidomida y el tratamiento esteroideo, cuya eficacia es discutida, o si se debió a que el paciente era portador de una neumonía con buena respuesta al tratamiento antibiótico.

Teniendo en cuenta que el diagnóstico definitivo de daño pulmonar citotóxico se basa en una historia de exposición a fármacos, evidencia histológica de lesión pulmonar y la exclusión de otras causas de daño pulmonar⁴, nos parece arriesgada la conclusión que hacen los autores de atribuir las manifestaciones clinoradiológicas de este caso a toxicidad pulmonar por talidomida, no sólo porque no se realizó broncoscopia que confirmara el daño pulmonar, sino porque dichas manifestaciones pueden corresponderse a la evolución de una neumonía con buena respuesta a la antibioterapia, más teniendo en cuenta que los enfermos portadores de mieloma múltiple constituyen un grupo de riesgo para el desarrollo de neumonía, especialmente por neumococo⁵.

**B. Díaz García, A. de Pablo Gafas
y M.J. Ferreiro Alvarez**

Servicio de Neumología.
Clínica Puerta de Hierro. Madrid. España.



Toxicidad pulmonar por talidomida

Sr. Director: Hemos leído con especial interés el artículo "Toxicidad pulmonar por talidomida", publicado en su revista¹, por lo que supondría de novedoso descubrir un nuevo fármaco causante de toxicidad pulmonar. El caso clínico expuesto por los autores presenta a un paciente diagnosticado de mieloma múltiple tratado con talidomida que comenzó con una clínica de 12 h de evolución acompañada de insuficiencia respiratoria aguda. Estas manifestaciones, si bien están descritas en casos de broncospasma y hemorragia o edema alveolar agudo secundarios a la administración de fármacos, son excepcionales cuando el fármaco viene siendo administrado durante un período más o menos largo, como en el presente caso (37 días de tratamiento con talidomida), y en ellos la clínica predominante suele ser tos, disnea de esfuerzo y dolor torácico².

En la radiografía de tórax que se acompaña se observa una condensación de predominio alveolar que se localiza en la base pulmonar derecha respetando el resto del parénquima pulmonar, hallazgo éste infrecuente en casos de toxicidad pulmonar por fármacos (exceptuando

1. Carrión F, Bertomeu V. Toxicidad pulmonar por talidomida. Arch Bronconeumol 2002;38:492-4.
2. Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré PD. Fármacos. En: Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré PD, editores. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. 4.^a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2002; 4:2525-65.
3. Taylor CR. Diagnostic imaging techniques in the evaluation of drug-induced pulmonary disease. Clin Chest Med 1990;11:87-94.
4. Rosenow III EC. Drug-induced pulmonary disease. Dis Mon 1994;40:253-310.
5. Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré ND. Bacterias distintas a las micobacterias. En: Fraser RS, Müller NL, Colman N, Paré PD, editores. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. 4.^a ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 2002;2:726-89.