

**seram**

Sociedad Española de Radiología Médica

**34**

**Congreso Nacional**

**PAMPLONA 24 MAYO  
27 2018**

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

# MANIFESTACIONES PULMONARES AGUDAS POR TOXICIDAD PULMONAR TRAS TRATAMIENTO CON BLEOMICINA

Cecilia Rubio Maicas, Álvaro Pesquera Muñoz, Rosa Dosdá  
Muñoz, Antoni Boscà Ramón, Eder Douze, Lautaro Meneses Vega

Hospital Clínico Universitario de Valencia

## Objetivo Docente

- Describir los hallazgos radiológicos agudos más frecuentes en la enfermedad pulmonar secundaria a la toxicidad por el fármaco bleomicina

## Revisión del tema

- La bleomicina es un glicopéptido aislado del hongo *Streptomyces verticillus* utilizado para el tratamiento del cáncer cuyo potencial terapéutico está limitado por su toxicidad pulmonar
- El efecto citotóxico es dosisdependiente e involucra el desarrollo de neumonitis que progresa a fibrosis afectando principalmente a las células epiteliales alveolares
- Se utiliza, solo, o en combinación con otros agentes quimioterapéuticos, en el tratamiento de carcinomas de células escamosas (de cabeza y cuello, cuello uterino y vagina), cáncer testicular y linfoma de Hodgkin
- La lesión pulmonar inducida ocurre en el 3-18% de los pacientes tratados provocando un cuadro de tos, disnea y fiebre con insuficiencia respiratoria de mal pronóstico

# Resultados

- La toxicidad pulmonar aguda por bleomicina puede manifestarse con distintos patrones en la TC: daño alveolar difuso, neumonía organizada, neumonía intersticial no específica o bronquiolitis
- En nuestros pacientes el hallazgo más frecuente fue el daño alveolar difuso con áreas de consolidación difusas de predominio periférico y subpleural con ocupación de grandes volúmenes de parénquima acompañado de broncograma aéreo en su interior con un patrón sugestivo de neumonía organizada que en alguno de los casos evolucionó a fibrosis
- Los pacientes con bronquiolitis pueden estar asintomáticos y manifestarse radiológicamente con nódulos pulmonares subpleurales

# Resultados

## Caso 1. Signo del halo invertido

Mujer de 35 años con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin esclerosis nodular en tratamiento con quimioterapia de primera línea con esquema ABVD (4º ciclo)

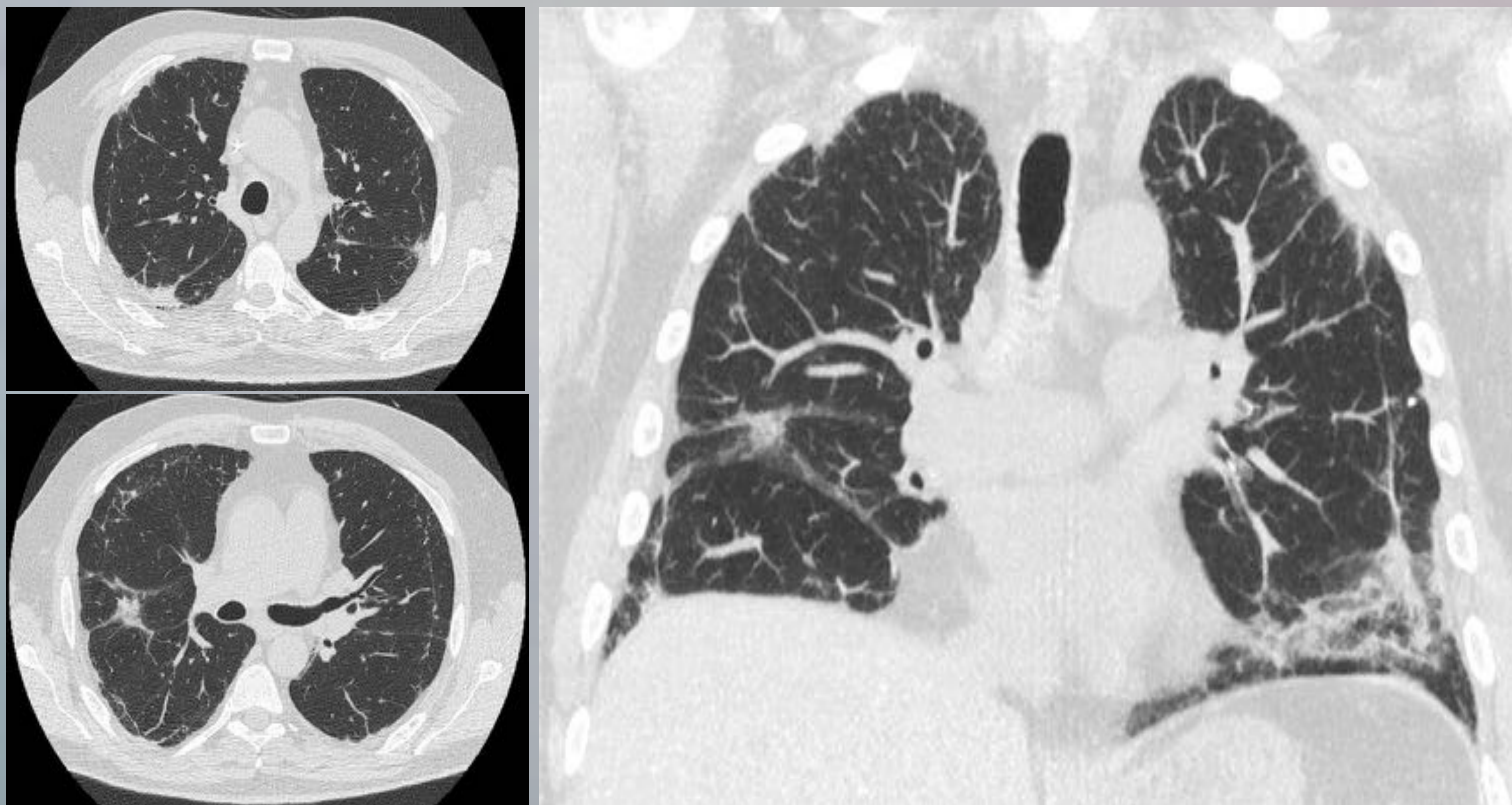


*Figura 1. TC axial y coronal en ventana de pulmón  
Opacidad central en vidrio deslustrado rodeada por un área de consolidación parenquimatosa con forma de semiluna de localización posterobasal en lóbulo inferior derecho*

# Resultados

## Caso 2. Daño Alveolar Difuso

Varón de 57 años con diagnóstico de Linfoma de Hodgkin tipo celularidad mixta estadio IIIB que ingresa por infección respiratoria sobre probable neumonía organizativa secundaria a quimioterapia previa (bleomicina)

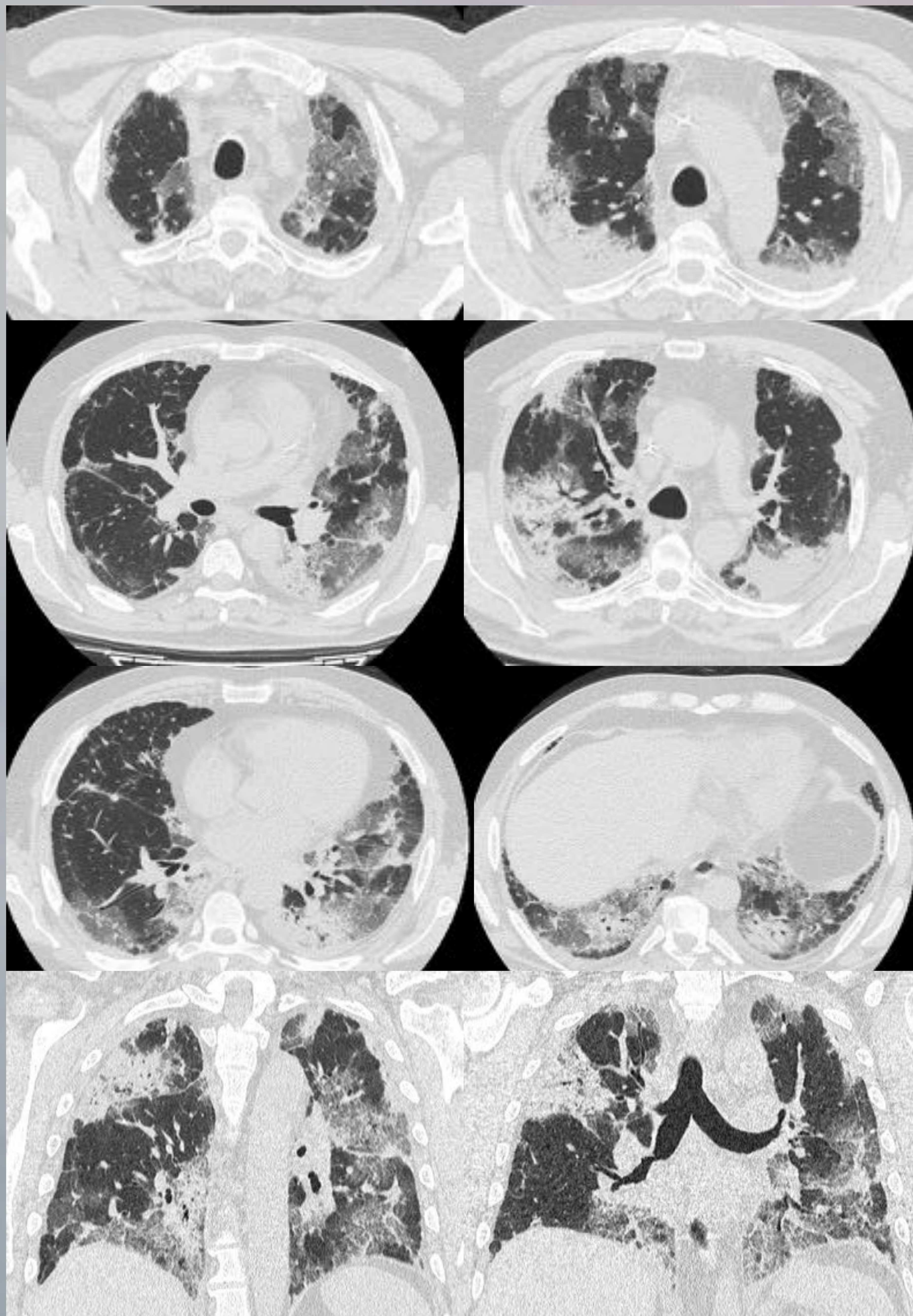


*Figura 2. TC axial y coronal en ventana de pulmón. Afectación intersticial bilateral con presencia de consolidaciones que afectan a la regiones subpleurales de ambos pulmones de predominio en campos pulmonares superiores, adyacente a cisuras y presencia de opacidades lineales irregulares y bandas curvilíneas subpleurales*

# Resultados

## Caso 2. Daño Alveolar Difuso

Mismo paciente que en figura anterior. Empeoramiento de la función respiratoria quince días después

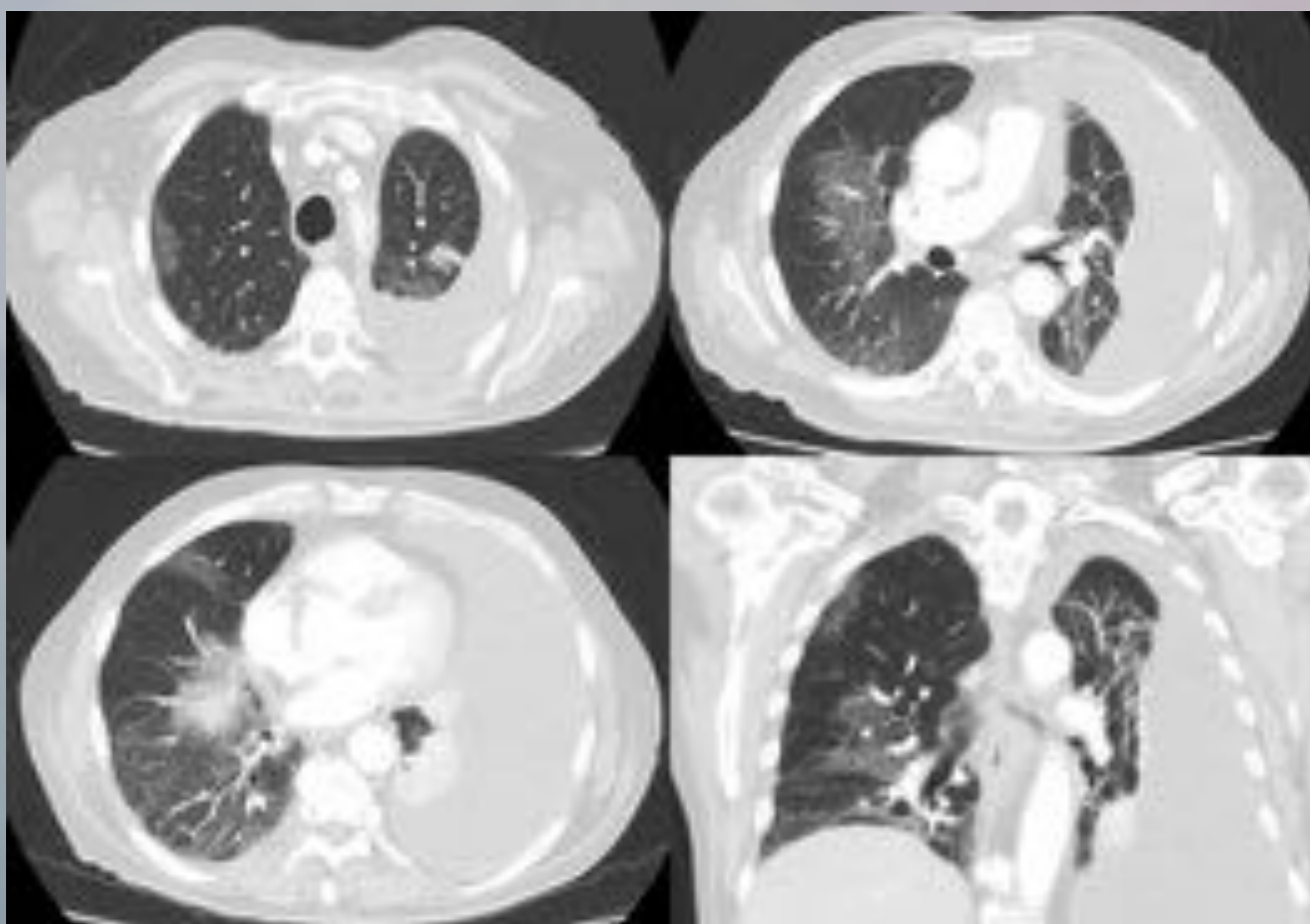


*Figura 3. TC axial y coronal en ventana de pulmón  
Empeoramiento radiológico con aparición de consolidaciones multifocales de predominio periférico subpleural con mayor afectación en lóbulos superiores y segmento apical de lóbulos inferiores, algunas de las cuales presentan halo en vidrio deslustrado. Consolidaciones paramediastínicas en lóbulos inferiores y áreas parcheadas en vidrio deslustrado con patrón en empedrado en lóbulo superior izquierdo*

# Resultados

## Caso 3. Neumonía Organizativa

Varón de 77 años con diagnóstico de Linfoma Hodgkin tipo celularidad mixta estadio IVB en tratamiento con quimioterapia ABVD (6 ciclos)



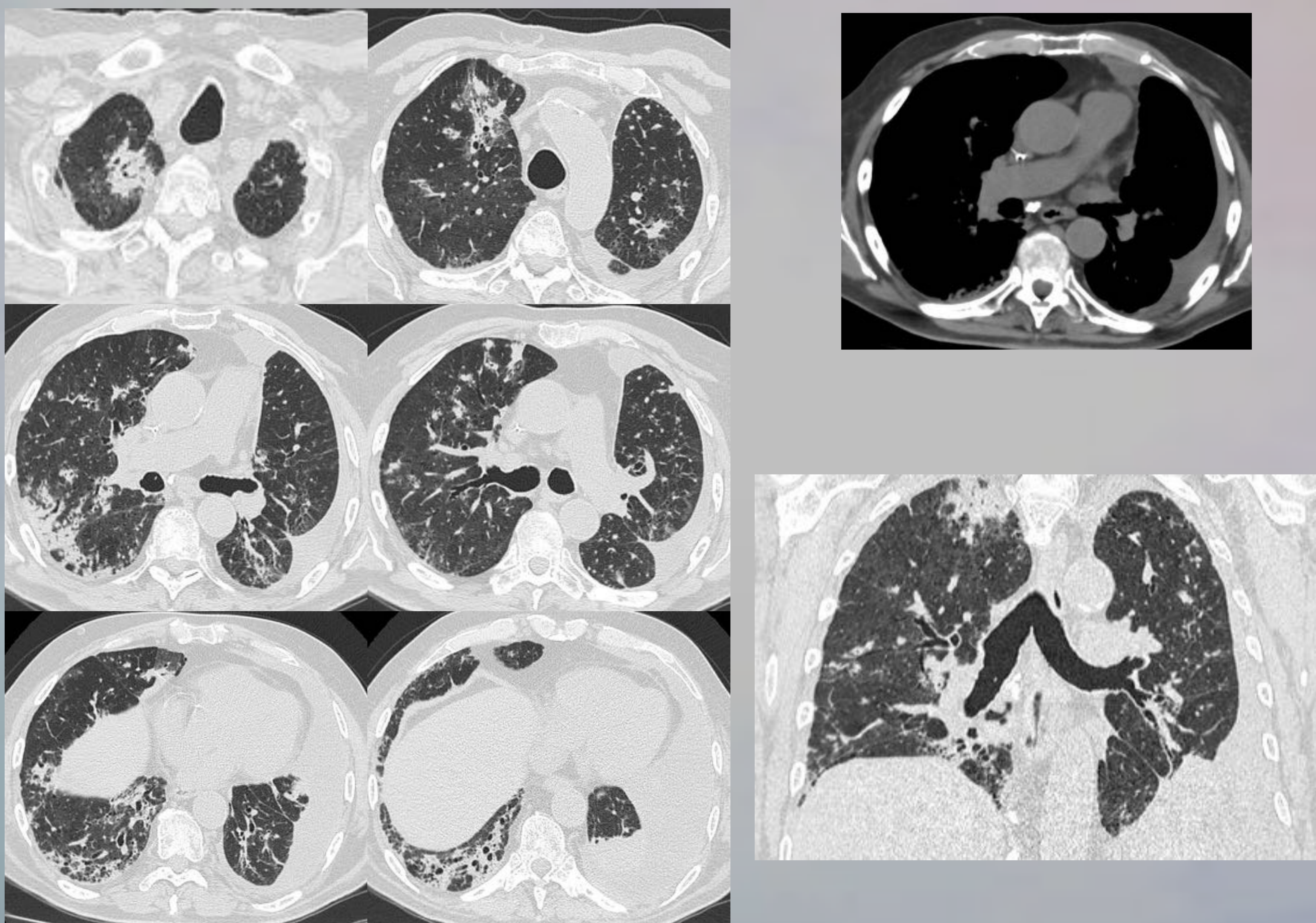
*Figura 4. TC axial y coronal en ventana de pulmón Infiltrado en vidrio deslustrado con engrosamiento de septos perihiliar derecho y apical bilateral. Engrosamiento de septos en lóbulo inferior. Extenso derrame pleural izquierdo.*



# Resultados

## Caso 3. Neumonía Organizativa

Mismo tras finalizar quimioterapia dos meses después



*Figura 5. TC axial y coronal en ventana de pulmón. TC axial en ventana de partes blandas.*

*Empeoramiento con aparición de numerosos focos de consolidación predominantemente periférica con distorsión arquitectural bronquial. Patrón micronodular difuso bilateral de nueva aparición. Atelectasia redonda la base pulmonar izquierda sin cambios. Reducción de volumen de derrame pleural izquierdo*

# Conclusiones

- La toxicidad pulmonar por bleomicina es una complicación infrecuente de mal pronóstico que, en la fase aguda, presenta patrones radiológicos cuyo reconocimiento por parte del radiólogo permiten un diagnóstico y tratamiento precoz.

# Referencias

- Rossi SE, Erasmus JJ, Mcadams HP et-al. Pulmonary drug toxicity: radiologic and pathologic manifestations. Radiographics. 20 (5): 1245-59
- Sleijfer S. Bleomycin-induced pneumonitis. Chest. 2001; 120:617-624
- Martin WG, Ristow KM, Habermann TM et-al. Bleomycin pulmonary toxicity has a negative impact on the outcome of patients with Hodgkin's lymphoma. J. Clin. Oncol. 2005;23 (30): 7614-20
- Usman M, Faruqui ZS, ud Din N et-al. Bleomycin induced pulmonary toxicity in patients with germ cell tumours. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2012;22 (3): 35-7