



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/2108 - LOS ANTECEDENTES IMPORTAN

C. Bolarín Angosto<sup>a</sup>, F.M. Aceituno Villalba<sup>b</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>c</sup>, A. Balsalobre Matencio<sup>a</sup>, I.M. Escudero Muñoz<sup>c</sup>, C. Castillo Ramos<sup>d</sup>, J. Jiménez Martínez<sup>e</sup>, E. Madrid Sánchez<sup>e</sup>, F. Rosique Gómez<sup>a</sup> y M. Ruiz Sánchez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Torre Pacheco Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santiago de la Ribera. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrassa Sud. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años que acude a consulta de atención primaria por disnea progresiva de 15 días de evolución y tos. Antecedentes: no alergias medicamentosas, HTA, dislipemia, estenosis aórtica moderada, hiperplasia benigna de próstata. Situación basal: NYHA I, jubilado. Trabajó en la construcción. Tratamiento crónico: Adiro, atorvastatina, Acovil, Sutril. Se objetiva derrame pleural en radiografía de tórax por lo que se remite a hospital para completar pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Glasgow 15, buen estado general, bien hidratado, normocoloreado. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, soplo pansistólico. Hipofonesis hemitórax derecho. No ingurgitación yugular ni reflujo hepatoyugular. No edemas. TA 148/90. FC 90 lpm. T<sup>a</sup> 36,4 °C. Saturación O<sub>2</sub> 95%. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm, sin alteraciones agudas de la repolarización. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho submasivo. AngioTAC de arterias pulmonares y TAC toracoabdominal: Sin evidencia de TEP. Derrame pleural derecho, atelectasia compresiva. Biopsia pleural: tejido fibroadiposo con nidos de células atípicas de morfología epitelioides y patrón infiltrativo. Inmunohistoquímica sugestiva de neoplasia mesotelial maligna. Marcadores positivos: Calretinina, CK5/6 y D2-40. Hemograma, bioquímica con perfil hepático y renal y coagulación normales. Gasometría arterial basal: pH 7,4; pO<sub>2</sub> 63; pCO<sub>2</sub> 37; bicarbonato 24,8; lactato 1,3. Orina normal. ProBNP 51. Marcadores tumorales PSA, CEA y LDH negativos. Líquido pleural (LP): amarillo, leucos 30 (PMN 20%, MN 80%), hematíes: 680. pH: 7,4, glu 106, prot 4, alb 2,8, LDH 212, ADA 25. Cultivo LP: negativo. Serologías: sífilis, VIH, micoplasma: negativas.

**Juicio clínico:** Mesotelioma epitelioides maligno.

**Diagnóstico diferencial:** Mesotelioma epitelioides benigno, carcinoma metastásico.

**Comentario final:** El paciente fue derivado desde medicina interna a oncología y sigue tratamiento con quimioterapia. Aproximadamente en el 80% de los mesoteliomas hay relación causa-efecto con exposición laboral a asbesto. Se ha demostrado una relación dosis-respuesta entre exposición acumulada a asbesto y mesotelioma maligno.

## Bibliografía

1. Wagner JC, Sleggs CA, Marchand P. Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North Western Cape Province. Br J Ind Med. 1960;17:260-71.
2. Roushdy-Hammady I, Siegel J, Emri S, Testa JR. Carbone Genetic-susceptibility factor and malignant mesothelioma in the Cappadocian region of Turkey. Lancet. 2001;357:444-5.

**Palabras clave:** *Mesotelioma pleural maligno. Derrame pleural maligno. Disnea.*