



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3275 - NO TODO ES LUPUS

I.K. Campuzano Juárez^a, M.P. Serrano Manero^b, M. Hernández Carrasco^c, N. Rodríguez Panedas^d, D.A. Gil Loayza^e, M.J. Rubio González^f, B. Antón González^f, E. Hernández Bay^g e Y. González Silva^h

^aMédico Residente. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^bMédico de Reumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Área Oeste. Valladolid. ^eMédico Residente de Familia. Centro de Salud Delicias. Valladolid. ^fMédico Residente de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años que acude a consulta por disnea de moderados esfuerzos tras cuadro de infección respiratoria aguda de vías altas en los días previos con buena respuesta a antibioterapia oral, sin ninguna otra sintomatología relevante. Antecedente de Lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido secundario desde 1994. En 2001 derrame pleural paraneumónico. Glomerulonefritis membranoproliferativa, síndrome de Sjögren, hipotiroidismo subclínico, infarto esplénico, trombosis venosa profunda. En enero de 2016 ingresó por derrame pleural y actividad lúpica. Ante los diversos factores de riesgo para la disnea como síntoma guía, se decide derivar al Servicio de Urgencias Hospitalarias para descartar patología.

Exploración y pruebas complementarias: A: 106/85 mmHg, FC: 78 lpm, Afebril. SatO₂: 94%. Consciente, orientada, eupneica en reposo. Buena coloración de piel y mucosas normales. No adenopatías en cadenas palpables. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: sibilancias bilaterales generalizadas, crepitantes bibasales e hipoventilación basal derecha. Abdomen sin organomegalias ni dolor. No edemas en extremidades inferiores. No signos inflamatorios articulares, dolor o limitación de la movilidad. Leve deformidad en cuello de cisne en manos y discretos edemas maleolares. Analítica sin hallazgos significativos así como espirometría normal. RX tórax: derrame pleural derecho con atelectasia e imagen de aumento de densidad parahiliar derecho, descartar masa hilar/pulmón. TC toracoabdominal: masa pulmonar paramedial derecha que condiciona atelectasia de lóbulos pulmonares medio e inferior derechos.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande estadio IV-B.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural de origen paraneumónico, asociado a enfermedades del tejido conectivo, maligno o paramalignos.

Comentario final: Los derrames pleurales en las enfermedades del tejido conectivo sobre todo secundarios a LES están presentes en un 50% de los pacientes y en la mitad de ellos de forma bilateral. Suelen cursar con fiebre, tos y dolor pleurítico. Sin embargo, es preciso descartar otras

etiologías como la infecciosa, TEP, nefropatía subyacente incluso neoplásicas apoyándose de la clínica y las pruebas complementarias. Se decide iniciar quimioterapia y prednisona regularmente presentado mejoría clínica.

Bibliografía

1. Mejia E, Salgado R Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, 7^a ed, 2012.
2. Antoni JP. Manual de Consulta rápida Urgencias, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 4^a ed, 2013.

Palabras clave: *Derrame pleural. LES. Linfoma.*