



## 242/2568 - DERRAME PLEURAL: UN DIAGNÓSTICO DIFERENTE

P. Llor Zaragoza<sup>a</sup>, A. del Vas Jódar<sup>b</sup>, J. Zieleniewski Centenero<sup>c</sup>, S. Lazaar Soler<sup>a</sup>, S. Egea López<sup>a</sup> y S. Ruiz Ruiz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro San Juan. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Centro. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 41 años sin alergias, fumadora de 7 paquetes/año, asma bronquial extrínseco, que consulta por cuadro de malestar general, dolor abdominal mesogástrico y ambas fosas ilíacas tipo punzante, continuo e intenso de una semana de evolución. Tras exploración física y pruebas complementarias se objetiva: hepatomegalia, ascitis y derrame pleural derecho leve. Se decide ingreso para completar estudio y tratamiento. El cuadro se resuelve finalmente tras cirugía, quedando la paciente asintomática.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, temperatura 36,4 °C, PA 117/62 mmHg, FC 68 lpm, SO<sub>2</sub> 99% basal. No adenopatías. ACP: rítmico sin soplos y crepitantes finos derechos subescapulares, abdomen blando, depresible, dolor a palpación profunda de epigastrio e hipocondrio derecho con hepatomegalia de 1 cm, miembros normales. Hemograma: Hb 8,8 g/dL; Hto 26,8%; VCM: 58,9fL; hematíes:  $4,6 \times 10^3/uL$ ; leucocitos  $8,1 \times 10^3/uL$ ; plaquetas:  $312,8 \times 10^3/uL$ . Bioquímica: glucosa: 90 mg/dL; creatinina: 1,1 mg/dL; sodio: 135 mEq/L; potasio: 4,9 mEq/L; enzimas hepáticas normales. Autoinmunidad: negativa. Coagulación: dímero D 3.464 ng/dL, resto normal. Orina normal. Serología: negativa. Bioquímica, citología y cultivo del líquido pleural: compatible con trasudado, negativa para células neoplásicas. ECG: normal. Radiografía de tórax PA y L: derrame pleural bilateral. Ecografía abdominal: hepatomegalia con leve ascitis. AngioTC arterias pulmonares: sin datos de TEP. TC abdominopélvico con contraste: derrame pleural bilateral, leve ascitis, masa anexial derecha. Ecocardiograma: normal. Ecografía intravaginal: útero normal, masa de aspecto sólido, dependiente de ovario derecho de 28 × 20 × 15 cm. Laparotomía exploratoria con extirpación de la masa y posterior anatomía patológica: fibroma de ovario derecho.

**Juicio clínico:** Síndrome de Meigs (derrame pleural, ascitis y fibroma ovárico).

**Diagnóstico diferencial:** IC, TEP, neumonía, infecciones, cirrosis, tumor ovárico maligno.

**Comentario final:** Ante la clínica descrita, es importante descartar un síndrome de Meigs, cuya fisiopatología es controvertida. Consiste en la asociación de tumor benigno de ovario, con ascitis e hidrotórax, con resolución tras la extirpación del tumor.

### Bibliografía

1. Lurie S. Meigs's syndrome: the history of the eponym. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000,92:199-204.
2. Lurie S. Síndrome de Meigs: historia del epónimo. Eur J Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology (ed esp). 2001.

**Palabras clave:** Meigs. Derrame. Ascitis.