



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1913 - ¿DERRAME PARANEUMÓNICO O NO?

A. Martínez Más<sup>a</sup>, I.M. Martínez Ardil<sup>b</sup>, R. Gómez García<sup>a</sup>, M. Sánchez Alaminos<sup>c</sup>, D. Martínez Antequera<sup>d</sup>, M.J. Conesa Espejo<sup>e</sup>, C. Sánchez Pérez<sup>e</sup>, J. Mroz<sup>f</sup>, J.R. Lorca Serralta<sup>g</sup> y F. Alcázar Manzanera<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia Residente de 1º año. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. <sup>h</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 23 años sin alergias medicamentosas ni enfermedades previas. En tratamiento con ACHO. Consulta en Atención Primaria por picos febriles de 38 °C matutinos y vespertinos asociados a sudoración nocturna y dolor costal de tres semanas de evolución. Se sospecha neumonía adquirida en la comunidad, se inicia tratamiento antibiótico, se solicita analítica y radiología de tórax. Tras valoración de pruebas complementarias se deriva a Urgencias donde se realiza ingreso para estudio de derrame pleural.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destaca a la auscultación marcada hipoventilación en campo inferior derecho. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos. En la radiografía de tórax se aprecia aumento de densidad en campo pulmonar inferior derecho sin broncograma aéreo, asociando derrame y líquido en cisura. Analítica con bioquímica, hemograma y coagulación normales a excepción de PCR 7,6 mg/dl, hemoglobina 9,3 mg/dl, hematocrito 31,7%, VCM 63,5 fL, HCM 18,6 pg/cel, monocitos 12,1%. Plaquetas  $488 \times 10^9$ . Ecografía torácica: derrame pleural derecho que ocupa dos tercios de hemitórax, con trabeculaciones y atelectasia basal asociada. En el estudio del líquido pleural destaca bioquímica con exudado de predominio mononuclear con Glu 66 mg/dl, proteínas 5 g/dl, lactatodeshidrogenasa 788 UI/L, leucocitos  $3.380/\text{mm}^3$  con 97% de mononucleares. ADA 36,6 UI/L. PCR 3,6 mg/dl. Hemocultivos y serologías negativos.

**Juicio clínico:** Tuberculosis pleural.

**Diagnóstico diferencial:** Derrame pleural asociado a neumonía atípica. Carcinomatosis pleural. TEP.

**Comentario final:** El derrame pleural tuberculoso es la causa más frecuente de tuberculosis extrapulmonar en nuestro país y uno de los motivos más habituales de derrame pleural. Afecta fundamentalmente a jóvenes entre 15 y 44 años, y casi dos tercios son hombres. La presentación

clínica varía dependiendo de la población afectada, siendo más aguda en jóvenes y más larvada en ancianos. Suele ser más frecuente en inmunodeprimidos. La pleuritis tuberculosa suele manifestarse de forma aguda, con dolor, fiebre y tos, mientras que la tuberculosis de manera más crónica. Los diagnósticos de certeza presentan limitaciones. Actualmente se utiliza la determinación de ADA, porcentaje de linfocitos y los criterios de Light en líquido pleural. La prueba de la tuberculina suele ser negativa en un tercio de los casos. La radiología de tórax es esencial, suele mostrar un exudado unilateral más frecuentemente en el lado derecho, además nos ayuda en el seguimiento evolutivo y el control de complicaciones. La actuación del médico de familia ha sido esencial en este caso, debido a que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario, siendo de vital importancia sus conocimientos a la hora de saber derivar al paciente a otros servicios ante hallazgos patológicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ferrer S. Pleural tuberculosis: incidence, pathogenesis, diagnosis and treatment. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 1996;2:327-34.
2. Diacon AH, Van de Wal BW, Wyser C, Smedema JP, Bezuidenhout J, Bolliger CT, et al. Diagnostic tools in tuberculous pleurisy: a direct comparative study. *Eur Respir J*. 2003;22(4):589-9.
3. Light RW. Tuberculous pleural effusions. In: Light RW, ed. *Pleural diseases*. Chapter 10. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Baltimore Williams and Wilkins; 1995. pp. 154-66.
4. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res*. 2004;120(4): 316-53.