



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2647 - Dolores de un mes de evolución

P. Tamargo García^a, L. Íñigo Sánchez^b, N. Feuerbach Achte^c, C. Pérez Fonseca^d, M. Santana Oteiza^d y J. Mudrychová^e

^aMédico de Familia Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. ^bMédico de Familia Residente de 4^o año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. ^cMédico de Familia Adjunta y Tutora. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. ^dMédico de Familia Residente de 2^o año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. ^eMédico de Familia Residente de 3^{er} año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer búlgara de 34 años, residente en Mallorca desde hace 15 años. No ha viajado en el último año. Trabajo: recepcionista de hotel. Antecedentes: fumadora de 8 paquetes/año, hepatitis C diagnosticada hace 4 años bien controlada. No toma ningún tratamiento. Acude a su médico de Atención Primaria por dolor torácico derecho de características pleuríticas de un mes de evolución, acompañado de tos con expectoración mucopurulenta, malestar general y sensación distérmica. No traumatismo reciente. Su médico le realiza un ECG y solicita una radiografía urgente. Ante los hallazgos en la radiografía, se deriva al hospital para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: FC: 105 lpm. T^a: 37,3 °C. SatO₂: 97%. AC: taquicárdica. AP: hipofonesis en base derecha. Adenopatía laterocervical derecha no empastada ni dolorosa. Resto de exploración: normal. ECG: sin alteraciones. Radiografía de tórax: derrame pleural en base derecha. Analítica sangre y orina: Hb 10 d/dl, plaquetas 499 × 10³/ul, dímero D 544 ng/ml. Resto de hemograma, coagulación y bioquímica incluyendo perfil renal y hepático sin alteraciones. Gasometría arterial: normal. Líquido pleural (LP): Teoremático. pH 7,40. Hematíes 640/μl, leucocitos 4.150/μl (neutrónicos 14%, linfocitos 86%), proteínas 53,7 g/l, LDH 440 U/l, glucosa 63 mg/dl y ADA 39Ul. Tinción de GRAM, cultivo bacteriológico, citología e inmunidad: negativos. Angioma: Infiltrado en "tree-in-bud" en lóbulo superior derecho sin signos de tromboembolismo pulmonar (TEP). Fibrobroncoscopia con BAS, citología y cultivo con Ziehl-Neelsen, calcio-flúor, cultivo para hongos y bacterias y PCR de TBC: negativo. Mantoux: positivo.

Juicio clínico: Tuberculosis pleural.

Diagnóstico diferencial: Entre las causas más probables de derrame pleural destacan: agentes físicos (no había sufrido ningún tipo de exposición), fármacos (no había tomado recientemente), descenso presión oncótica (puede producirse ante hepatopatías crónicas o síndrome nefrótico, sin embargo no existía ninguna alteración en el perfil hepático ni renal), cardiovasculares (como por ejemplo el TEP, que a pesar de leve elevación de Dímero D se descartó tras la realización de angioTAC), infecciones (compatible con nuestro caso), neoplasias (la citología fue negativa), enfermedades inmunológicas (descartada tras realizar el estudio de autoinmunidad), enfermedades

infradiafragmáticas y digestivas (no anamnesis, clínica ni pruebas complementarias compatibles). Ante paciente de 34 años con clínica de infección respiratoria y LP de tipo exudado, cociente linfocitos/neutrófilos > 0,70, ADA 39 UI y Mantoux positivo, se diagnosticó de tuberculosis pleural, iniciando tratamiento con rifampizina, pirazinamida, etambutol e isoniazida durante 2 meses, posteriormente continuando durante 4 meses con rifampicina e isoniacina, mejorando clínicamente.

Comentario final: En la consulta del médico de Atención Primaria tanto el dolor torácico como la tos son motivos de consulta muy frecuentes. Es importante realizar una buena anamnesis y exploración para realizar un correcto enfoque diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, et al. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2006;42:349-72.
2. Villena Garrido V, Cases Viedma E, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2014;50:235-49.