



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2270 - DERRAME PLEURAL. NO TODO ES LO QUE PARECE

E. Subires Arnedo^a, R. del Pino Gómez^b, E. Fernández Contreras^c y G. Luque Pérez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de La Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Sevilla Sur. Sevilla. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años que acude a consulta por dolor costal derecho de características pleuríticas de un mes de evolución, sin tos ni expectoración. Refiere disnea de esfuerzo y fiebre de tres días. En sus antecedentes, alergia a codeína y lupus eritematoso sistémico diagnosticado en 2013. En la exploración física se aprecia hipoventilación en base derecha por lo que se solicita una radiografía de tórax urgente donde se observa derrame pleural derecho y se deriva a urgencias hospitalarias. Tras ser valorada se realiza angio-TAC de tórax donde se observa tromboembolismo pulmonar bilateral y derrame pleural secundario a lo anterior por lo que ingresa en Neumología. Se solicitan anticuerpos antifosfolípido y anticardiolipina, y tras evolución clínica favorable y leve disminución del derrame pleural en radiografía de control se da el alta a la paciente con anticoagulación. A los 10 días la paciente acude de nuevo a la consulta de Atención Primaria por fiebre de 48 horas de evolución y dolor costal derecho. Dado su reciente ingreso se deriva de nuevo a urgencias hospitalarias donde se vuelve a realizar angio-TAC de tórax y se descarta un nuevo tromboembolismo pulmonar, persistiendo el derrame pleural derecho. Dado los antecedentes personales de la paciente se decide ingreso en Reumatología y se inicia corticoterapia presentando desaparición precoz de la clínica y de la fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica. Tonos cardíacos rítmicos sin soplos ni extratonos. Hipoventilación a nivel de la base derecha. No edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Hemograma y bioquímica normales salvo PCR 47,2. INR 3,5. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho y cisuritis derecha. Angio-TAC tórax: sin defectos de repleción en arterias pulmonares que sugieran un nuevo tromboembolismo pulmonar.

Juicio clínico: Pleuritis lúpica con derrame pleural derecho.

Diagnóstico diferencial: Las principales posibilidades diagnósticas a barajar como causa del derrame pleural fueron: derrame pleural paraneumónico (si bien la paciente no presentaba clínica de infección respiratoria), secundario a tromboembolismo pulmonar (si bien el derrame persistía sin haber defectos de repleción en el angioTAC que sugiriesen un nuevo tromboembolismo pulmonar) y secundario a pleuritis lúpica que finalmente fue el juicio clínico, dado que la paciente presenta lupus

eritematoso sistémico y la fiebre y la clínica desaparecieron con corticoides, lo cual iba a favor de este diagnóstico.

Comentario final: Nuestra labor como médicos de familia es abordar a los pacientes en todo su ámbito bio-psico-social teniendo en cuenta todos sus antecedentes personales para poder llegar al diagnóstico de forma precoz y detectar patologías potencialmente graves que aparentemente tienen menor importancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tavernera D, et al. Dyspnea in a patient with systemic lupus erythematosus. *Reumatol Clin.* 2009;5:88-91.
2. Ysamat Marfá R, Benito Ysamat A, et al. Lung disease associated with connective tissue disease. *Radiologia.* 2013;55:107-1.