



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1563 - Lo que se esconde en un derrame pleural

A.C. Frazao dos Santos^a, M. Martínez Pujalte^b, A. Carrasco Angulo^c, L. Úbeda Cuenca^d, D. Patricia Piñar^e, A.B. Martorell Pro^f, C. Aguayo Jiménez^g, Y. Romero Castro^f, M.Á. Gomariz Martínez^f y M.G. Cortez Ledo^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia. ^bMédico Residente de 2º año. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. ^fMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor. ^gMédico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario. ^hMaxilofacial. Urgencias Hospital Universitario Virgen Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años natural de Rumania en tratamiento con inmunosupresores (Humina y metrotexate) por espondiloartropatía seronegativa HLAB27 positivo, remitida desde su Médico de Familia por fiebre de 38 °C, astenia, cefalea y que además que desde hace 3 meses tuvo un “resfriado” que tardó 1 mes en mejorar, con algunos esputos amarillentos y hemoptoicos (hebras hemáticas), desde entonces tos seca, astenia, pérdida de peso que no ha medido y, en los últimos días, dolor de características pleuríticas en el costado izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 105/65. Pulso: 74 lpm. Tª: 36,1°. AC: R y SS. AP: hiperventilación en 1/3 inferior izquierdo, disminución de transmisión de VV.VV. y matidez a la percusión. Analítica: Hb: 12,3. Hcto: 37. Plaquetas: 259.000. Leucocitos: 5.880 (N 3.190, L 1.960), glucosa: 84. Cr: 0,60. Urea: 22. Na: 143. K: 4,30. PCR: 8,30. Rx tórax: derrame pleural típico en el 1/3 inferior del HMT izquierdo, infiltrado en ápice pulmonar izquierdo, nódulo/masa hilar superior izquierdo. Microbiología: serología VIH: negativa. Líquido pleural: cultivo habitual negativo. Biopsia pleural: cultivo habitual, hongos, nocardia negativo, Ziehl negativo, PCR para mycobacterias negativa, cultivo Löwenstein positivo para M. tuberculosis complex. TC tórax con contraste: Nódulo impreciso hilar izquierdo, lobar superior, de unos 26 × 23 mm, que engloba arteria pulmonar izquierda. Opacidades nodulares parcheadas en segmentos apical y posterior de LSI, con aspecto y distribución de diseminación endobronquial, asociadas a tractos, granulomas calcificados, peribroncovasculares, de hasta 5 mm de diámetro. Derrame pleural izquierdo, superior a dos tercios del hemitórax, de localización típica pero loculado en su porción superior y en cisura mayor.

Juicio clínico: Malacoplaquia secundaria a tuberculosis pleuro-pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pulmonar. Neumonía complicada.

Comentario final: Se inicia estudio diagnóstico de derrame de tipo exudativo. Antibioterapia empírica con ceftriaxona y posterior con cefixima. Se amplía el estudio con biopsia pleural dada la alta sospecha clínica inicial de tuberculosis pleural dado el contexto clínico de la paciente, con el

hallazgo de granulomas pulmonar y datos histológicos compatibles con malacoplaquia. Se realizó TC de tórax con los hallazgos descrito, se suspende medicación inmunosupresora, 3 semanas posterior a su ingreso informan que el cultivo de biopsia pleural es positivo para M. tuberculosis complex, iniciar tratamiento con Rifater y Myambutol.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sughayer M, Ali SZ, Erozan YS, Dunsmore N, Hall GS. Pulmonary malakoplakia associated with Rhodococcus equi infection in AIDS patient. Report of case with diagnosis by fine needle aspiration. Acta Cytol. 2007;41:507-12.
2. Porcel JM, et al. Evaluación diagnóstica del derrame pleural. Medicina Clínica. 2004;123:426.