



160/2195 - DERRAME PLEURAL: ¿DÓNDE ESTÁ EL ORIGEN?

M. Sánchez Alaminos^a, D. Martínez Antequera^a, I.M. Martínez Ardil^b, R. Gómez García^c, A. Martínez Más^d, J. Mroz^d, A. Zapata Pérez^e, S. García Meseguer^e, C. Ariza Copado^e y V.J. Gavara Palomar^e

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Área 2. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Isaac Peral. Área 2. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años que acude a su médico de atención primaria por fatiga. Refiere disnea y tos seca desde los últimos días en relación con esfuerzos moderados y algún cambio en su hábito intestinal. No ha perdido el apetito aunque sí reconoce una pérdida de peso de 5 kg en el último año, por lo que se decide realizar análisis de sangre y radiografía de tórax, y ante los resultados obtenidos se derivó a urgencias para continuar estudios. Como antecedentes médicos destacan asma alérgico en tratamiento con broncodilatadores a demanda. No es fumador, ni presenta hábito enólico ni otros factores de riesgo cardiovascular. Carece de antecedentes familiares de interés. Actualmente retirado, lleva una vida basal activa.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente se encuentra bien nutrido y normocoloreado, eupneico en reposo y afebril. La auscultación cardíaca es rítmica sin soplos y en la pulmonar presenta una abolición del murmullo vesicular y percusión mate en 2/3 inferiores del hemitórax derecho. Abdomen sin masas ni megalias ni dolor a la palpación, blando y depresible. 1. Analítica: Hemograma: hemoglobina: 15, hematocrito: 43%, plaquetas 270.000, Leucocitos: 8,8 (N: 67%). Bioquímica: PCR 1,9. Marcadores: CEA: 6.814, CA 19.9: 1.789. 2. Radiografía de tórax: derrame pleural que ocupa 2/3 de hemitórax derecho y aumento de densidad en LSD con aspecto intrapleural. 3. Biopsia de pleura: abundante celularidad formada por células neoplásicas en el contexto de un adenocarcinoma. 4. Estudio inmunohistoquímico: CK7: negativo. CDx2: positivo: concordantes con un adenocarcinoma de origen intestinal. 5. Colonoscopia: Hemorroides internas, neoplasia estenosante a 20 cm del margen anal + biopsia correspondiente con adenocarcinoma infiltrante. 6. TAC: derrame pleural masivo con colapso del LID. Conglomerado adenopático subcarinal, paratraqueal bilaterales bajas e implantes pleurales hiperdensos de morfología ovalada. En hemitórax contralateral no se aprecian alteraciones. Se identifican dos lesiones focales hipodensas, mal definidas en segmentos 2 y 4 hepáticos. Resto normal. 7. PET: aumento del metabolismo de carácter focal en el sigma y numerosos implantes pleurales derechos, adenopatías mediastínicas y LOEs hepáticas que sugieren etiología maligna.

Juicio clínico: Neoplasia de sigma. Metástasis pleurales y hepáticas.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural de tipo trasudado: insuficiencia cardíaca congestiva, síndrome nefrótico. Derrame pleural tipo exudado: metástasis de origen no digestivo, enfermedades del colágeno. Nódulo pulmonar solitario: carcinoma bronquioloalveolar, tuberculoma, hamartomas, quistes bronquiales.

Comentario final: La disnea es una de los motivos de consulta más frecuentes y puede ser causa de multitud de patologías. La radiografía de tórax es la primera prueba al alcance de todo profesional a realizar ante una disnea de comienzo rápido, y la presencia de derrame pleural masivo acompañante una indicación para toracocentesis urgente y biopsia por la sospecha de origen neoplásico del mismo, siendo el tumor primario de origen colorrectal un hallazgo poco casual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Böcking A, et al. Immunocytochemical identification of carcinomas of unknown primaries on fine-needle-aspiration-biopsies. *Pathologie*. 2009;30 Suppl 2:158-60.
2. Fullerton DA, López F, Avendaño R, Aparicio R, Wistuba I. [Atypical presentation of a colorectal carcinoma]. *Rev Med Chil*. 2004;132(8):985-8.