



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/750 - DERRAME PLEURAL TUMORAL

P. Montalvá García<sup>a</sup>, V.L. Aponte Guerra<sup>b</sup>, M.M. Ruiz Medina<sup>c</sup>, N. Arroyo Pardo<sup>d</sup>, E. Gómez Gómez-Mascaraque<sup>e</sup>, Á.M. López Llerena<sup>f</sup> y M.E. Rosa González<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valdezara Sur. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Carlos El Escorial. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Adjunto Urgencias. Hospital El Escorial. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Hoyo de Manzanares. Madrid. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de La Cañada. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 55 años, con antecedentes de artritis reumatoide seropositiva en tratamiento con metrotexate y leflunomida, que acude a Urgencias remitida de su Centro de Salud por cuadro de infección respiratoria vías bajas que no mejora con budesonida. Disnea con tos seca asociada de 1 semana de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 157/86, T<sup>a</sup> 36,8 °C, FC 115 lpm, SatO<sub>2</sub> 88% basal. Exploración física: eupneica en reposo. AC rítmico sin soplos y AP con hipofonesis en base izquierda. Analítica destacar pO<sub>2</sub> 57 mmHg con pCO<sub>2</sub> 32,3 mmHg y pH 7,50. Rx tórax: derrame pleural extenso izquierdo. Marcadores tumorales: Ag. carbohidratado 1.752,8 U/ml, HE-4 1.175 pmol/l. Líquido pleural exudado con citología positiva para malignidad: adenocarcinoma. Positividad para ck-7 y receptor de estrógenos (80%) sugestivos de tumor primitivo de origen mamario-ginecológico por lo que se realizan revisión ginecológicas con ecografía y mamografía siendo normales. En TAC tórax-abdominal-pélvico se evidencia probable carcinomatosis peritoneal incipiente, se realiza laparoscopia exploradora tomándose muestras de implantes peritoneales: IHQ: CK7+, CK20-, CK5/6 positiva focal, P53-, TTF1-, Receptores estrógenos positivos, Receptores progesterona-. La negatividad de TTF1 no apoya el origen primario pulmonar, por lo que se recomienda descartar origen gastrointestinal. Durante la laparoscopia se objetivó FA rápida por lo que se realiza Ecocardiograma donde se evidencia derrame pericárdico sin compromiso hemodinámico. En PET/TC se evidencia captación patológica en antro compatible con posible origen primario realizándose gastroscopia con toma de biopsias sin alteraciones ni signos de malignidad. Colonoscopia normal.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de origen desconocido estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Derrame pleural de origen exudado, ej: infecciones, TEP, procesos abdominal, conectivopatías, otras causas inflamatorias (ej: pancreatitis, sarcoidosis...), enfermedades endocrinas y linfáticas.

**Comentario final:** La enfermedad pleural es la manifestación respiratoria más frecuente de la AR:

un 20% de pacientes tiene dolor pleurítico, pero sólo un 5% de ellos presenta derrame pleural, por tanto ante un paciente con AR y disnea, debemos pensar en el diagnóstico diferencial en la afectación pulmonar como manifestación extraarticular propia de esta enfermedad y no sólo en cuadros de infección respiratoria.

### **Bibliografía**

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Hospital Universitario 12 de Octubre.
2. Harrison, 16ª ed.
3. Kelley. Tratado de Reumatología.

**Palabras clave:** *Disnea. Derrame pleural. Artritis reumatoide.*