



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3201 - DOCTORA, ME DUELE MUCHO EL COSTADO

A. Sánchez Martínez<sup>a</sup>, A. Balsalobre Matencio<sup>b</sup>, C. Pérez Llanes<sup>c</sup>, I. Escudero Muñoz<sup>d</sup>, F. Aceituno Villalba<sup>e</sup> y C. Bolarín Angosto<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Pedro. Murcia. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 51 años con antecedentes de bebedor de cerveza de fin de semana, natural de Ecuador (no ha viajado ahí desde hace un año) que acude a consulta por referir dolor subcostal-hemiabdomen izquierdo de características pleuríticas y malestar general con sensación distérmica hace dos días. Un vómito ocasional y tos productiva con expectoración blanquecina-amarillenta. Dado el regular estado general del paciente y exploración se deriva a urgencias para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Regular estado general. TA 119/80. Pulso 96 latidos por minuto. Temperatura 38 °C. SatO<sub>2</sub> 90%. Auscultación cardíaca normal, pulmonar murmullo vesicular disminuido en base izquierda. Abdomen anodino. Miembros inferiores sin edemas. Analítica leucocitosis con neutrofilia y PCR elevada, resto normal. Gasometría arterial insuficiencia respiratoria. Hemocultivos negativos. Antígenos orina de Legionella y neumococo negativos. Electrocardiograma sin alteraciones. Radiografía de tórax ocupación del seno costofrénico izquierdo opacificado por posible infiltrado y derrame pleural. Broncoscopia sin hallazgos. TC tórax con contraste: condensación atelectásica con broncograma aéreo, posterobasal izquierda y en llingula basal. Hallazgos sugestivos de proceso infeccioso pleuropulmonar. Toracocentesis diagnóstica y evacuadora de 1.500 cc, pH 7,19, exudado predominio mononuclear, ADA muy elevado, interferón positivo, líquido pleural positivo a micobacterias (M. tuberculosis).

**Juicio clínico:** Tuberculosis pleural.

**Diagnóstico diferencial:** Empiema. Hemotórax.

**Comentario final:** En el estudio diagnóstico del paciente con derrame pleural se deben considerar la historia clínica y el análisis de las imágenes para acotar el diagnóstico diferencial. El uso adecuado de las técnicas de imágenes contribuye a realizar procedimientos en forma segura. Se debe realizar una toracocentesis diagnóstica y/o evacuadora y se debe analizar completamente el líquido pleural. A veces es necesario realizar biopsia pleural, existen diversas técnicas disponibles. Nuestro paciente se instauró tratamiento tuberculostático tras el estudio previo con buena

resolución.

## **Bibliografía**

1. Maite Oyonarte W. Enfoque diagnóstico en el paciente con derrame pleural. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015;26:313-24.
2. Porcel JM, Rubio Caballero M. Evaluación diagnóstica del derrame pleural. Med Clin. 2004;123:426-32.

**Palabras clave:** Derrame. Pleural. Tuberculosis.