



242/448 - ¿ORINA EN LA PLEURA?

M. Vargas-Machuca Cabañero^a, V. Pérez Martín^a, M. Vargas-Machuca Cabañero^a, S. Álvarez Mesuro^b, R. Herrera Pacheco^a y E. Sánchez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años. Antecedentes de HTA, DM, IRC leve, adenoCa prostático (prostatectomía radical + RT hace un año) y Ca urotelial papilar con RTU de repetición hace dos. Uretrotomía y cervicotomía por estenosis uretra bulbar de forma secundaria a RTU. Desde entonces molestias diarias perineales tenesmo y micción dolorosa. Acude por disnea mínimos esfuerzos, astenia, anorexia y pérdida de peso en el último mes (8-10 kg).

Exploración y pruebas complementarias: AP: disminución murmullo vesicular ambas bases hasta campos medios. Abdomen: dolor en hemiabdomen inferior y fosa lumbar. Comenzó con hematuria y fiebre. Rx tórax: Derrame bilateral con zonas encapsuladas. TAC urgente: rotura calicial derecha con extravasación de contraste al peritoneo. Se coloca catéter doble J. Hemocultivos Klebsiella multiR. Análisis líquido: exudado linfocitario serohemático bilateral por un criterio de Light, estando resto de parámetros en rango de transudado. Biopsia pleural y citología de líquido: negativas. Marcadores tumorales Plasma y líquido pleural normales. TAC toracoabdominal: no masas pulmonares ni mediastínicas. PET-TAC, ADA e interferón gamma, BAAR, PCR y cultivos de las muestras de líquido pleural y biopsia pleural: todo negativo.

Juicio clínico: Derrame pleural bilateral en relación a rotura renal.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural tuberculoso. Derrame pleural neoplásico.

Comentario final: La coincidencia de la rotura calicial con la aparición del derrame pleural, en un paciente sometido a numerosas intervenciones urológicas, hicieron sospechar que el derrame pleural podría tener relación con la rotura renal. Se procedió a evacuar el derrame pleural, observándose hidroneumotórax derecho sin colapso pulmonar, Se interpretó en su inicio como pulmón atrapado, pero dado que aumentó de tamaño se colocó drenaje endotorácico, evidenciándose fuga aérea. El paciente se fue de alta domiciliaria con buen estado general, sin disnea.

Bibliografía

1. Laskaridis L, Kampantais S, Toutziaris C, Chachopoulos B, Perdakis I, Tahmatzopoulos A, Dimitradis G. Urinothorax, An Underdiagnosed Cause of Acute Dyspnea: Report of a Bilateral and of an Ipsilateral Urinothorax Case. Case Reports in Emergency Medicine. 2012.

2. Sancho M, Pomares X. Urinotórax: ¿ siempre un trasudado pleural? Arch Bronconeumol. 2008;44(5):285-6.
- 3 Garcia-Oachon E, Romero S. Urinothorax: a new approach. Current Opinion in Pulmonary Medicine. 2006;12:259-63.

Palabras clave: Derrame pleural. Urinotórax. Disnea.