



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2704 - JOVEN CON DERRAME PLEURAL Y UN FINAL INESPERADO

P. Gálvez Villar<sup>a</sup>, D. Marín Dueñas<sup>b</sup> y G. Domínguez Alonso<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>b</sup>Médico internista. Hospital Universitario de Jerez de la Frontera. Cádiz. <sup>c</sup>Médico de Familia. SCCU. Hospital de Jerez de la Frontera. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 34 años, alérgico a penicilinas y fumador como antecedentes personales, acude a Urgencias del Centro de Salud días previos por cuadro de tos sin expectoración y dolor costal derecho de dos semanas de evolución que se acompaña de disnea de cinco días de evolución, para lo que pautan tratamiento con corticoides y  $\beta$ 2-adrenérgicos inhalados. Tras intensificación de la disnea en las últimas 24 horas junto con aparición de fiebre acude nuevamente al Centro de Salud.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo, con satO<sub>2</sub> al 96%. TA 126/67 mmHg, frecuencia cardiaca a 99 lpm, temperatura actual de 36,8 °C. Auscultación cardiopulmonar: Tonos rítmicos, sin soplos, disminución del murmullo en los dos tercios inferiores de hemotórax derecho, sin ruidos sobreañadidos. Radiografía de tórax urgente: derrame pleural derecho que ocupa hasta campo medio pulmonar. Se traslada al hospital de referencia. Hemograma, bioquímica, gasometría y coagulación: normales. Toracocentesis evacuadora y diagnóstica. Líquido pleural: Exudado linfocitario con ADA normal. Citología líquido pleural: Ausencia de células neoplásicas. Se cursa ingreso hospitalario. Biopsia pleural: Hallazgos histológicos compatibles con hiperplasia mesotelial reactiva. TC con contraste i.v. de tórax y abdomen superior: neoformación renal izquierda; metástasis pulmonares bilaterales y pleurales derechas, abundante derrame pleural derecho y atelectasia de LID, lóbulo medio y parcial de LSD.

**Orientación diagnóstica:** Derrame pleural de origen neoplásico.

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria, tuberculosis.

**Comentario final:** Cuando nos enfrentamos a un paciente joven con disnea, y que tras la anamnesis y exploración nos encontramos con una alta probabilidad de derrame pleural, una vez confirmado con una placa de tórax, realizamos una toracocentesis diagnóstica/evacuadora. Con los resultados del líquido, y basados en los antecedentes epidemiológicos, descartadas infección respiratoria y a priori TBC (ADA normal), tenemos una alta sospecha diagnóstica de origen paraneoplásico, lo que nos obliga a realizar un estudio de despistaje; en un varón joven, sin antecedentes de interés, inicialmente una neoplasia germinal. En este caso, es sorprendente el diagnóstico final del paciente.

## **Bibliografía**

1. Gregorio Soto J. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología, 3ª ed. Majadahonda: Ergon; 2016.

**Palabras clave:** Derrame pleural. Disnea. Joven.