Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2914

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/39 - DOCTORA, NO SE ME QUITA EL AHOGO

P. Hermoso Oballe, L. Zambrano Serrano y R. Muñoz Martos

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 59 años, hipertensa, diabética tipo 2, en tratamiento con insulina lenta 30 UI/24h, telmisartan 80 mg/24h, vildagliptina/metformina 50/1.000 mg/12h. Sin intervenciones quirúrgicas. Hábitos tóxicos: exfumadora de 30 paquetes/año desde hace meses. Que acude al servicio de urgencias porque refiere disnea de un mes de evolución, diagnosticada erróneamente de infección respiratoria por lo que se había tratado con aerosolterapia, antibioterapia y corticoterapia oral sin mejoría, refiere que desde hace unas horas ha comenzado con mayor dificultad respiratoria, siendo valorada en varias ocasiones por el servicio de emergencias, que deciden trasladar al hospital para valoración. Niega fiebre, síntomas de insuficiencia cardiaca o dolor torácico.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente orientada y colaboradora, regular estado general, taquipneica a 24 respiraciones por minuto con uso de musculatura accesoria, afebril, normocoloreada. ACR: tonos cardiacos puros y rítmicos sin soplos, murmullo vesicular abolido en hemitórax izquierdo. Exploración mamaria: aspecto pétreo de mama derecha con retracción de pezón y dolorosa al tacto, con extensión de la placa indurada eritematosa hacia mama contralateral. Abdomen: anodino. Presentaba ligeros edemas pretibiales. Analítica: hemograma y bioquímica normales (salvo Na 115), PCR 10, GV: acidosis respiratoria. Rx tórax: derrame pleural izquierdo masivo con desviación del mediastino hacia el lado contralateral. Líquido pleural: glucosa 146 mg/dl, PT 5 g/dL, LDH 334 UI/l, hematíes 75.000, Leucocitos 786 (M 68%).

Orientación diagnóstica: Derrame pleural maligno, asociado a cáncer de mama evolucionado.

Diagnóstico diferencial: Derrame paraneumónico. Tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Está paciente se diagnosticó de un derrame pleural maligno asociado a un cáncer de mama evolucionado gracias a haber acudido a urgencias, había sido valorada en varias ocasiones sin que nadie constatara el tórax en coraza y había sido tratada de manera errónea como una infección respiratoria dado que la disminución de los ruidos respiratorios provocada por el derrame pleural masivo (cuyas causas más frecuentes a descartar son la insuficiencia cardiaca, neoplasias, infecciones y el TEP) debió de considerarse un foco neumónico o similar. La importancia para la atención primaria radica en la necesidad de realizar una buena valoración de los pacientes en cada visita, incluidas las visitas de urgencias con la ambulancia, explorándolos adecuadamente, ya que el tórax en coraza era algo que probablemente llevaba tiempo con la paciente y sin embargo

nadie se había dado cuenta de su existencia. En el momento de su diagnóstico ya estaba muy avanzado y sólo se pudo ofrecer tratamiento paliativo tanto del cáncer como del derrame pleural mediante toracocentesis evacuadora.

Bibliografía

1. Grupo científico DMT. Green book, 6th ed. Madrid: Marbán libros; 2015.

Palabras clave: Derrame pleural. Cáncer. Disnea.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.