



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/221 - DOLOR ABDOMINAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE LES

R. Baró Álvarez<sup>a</sup>, O. Pérez Gandía<sup>b</sup>, S. Calvo Trujillo<sup>c</sup>, A. Vergaz Ballesteros<sup>d</sup>, A. Almagro Arenillas<sup>e</sup> y F. Hernández Carbajo<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Dr. Trueta. Madrid. <sup>b</sup>Medico de Familia. Centro de Salud Dr. Trueta. Alcorcón. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Trueta. Alcorcón. Madrid. <sup>d</sup>Centro de Salud Luengo Rodríguez. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Trueta. Alcorcón. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Trueta. Alcorcón. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 56 años con antecedentes de extabaquismo, infarto omental reciente y trastorno ansioso-depresivo que acude a nuestra consulta para recoger resultados de ecografía de control por estudio de dolor abdominal inespecífico de meses de evolución. En ecografía se objetiva derrame pleural bilateral. El paciente refiere actualmente sensación disneica que relaciona con ansiedad. Se remite al paciente a urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destaca en la auscultación disminución de murmullo vesicular en ambas bases pulmonares. Resto anodino. En urgencias, se realiza Rx tórax que confirma derrame pleural bilateral de predominio derecho, ECG normal y analítica de sangre donde se obtiene PCR de 30. Solicitan interconsulta con cardiología que realiza ecocardiograma donde se concluye ausencia de derrame pericárdico. Descartada patología cardiológica e infecciosa, se realiza toracocentesis diagnóstica y se ingresa en medicina interna para estudio. El líquido pleural revela un exudado mononuclear con ANA y antiDNA positivos y por tanto sugerente de serositis lúpica.

**Juicio clínico:** LES sin manifestaciones cutáneas con derrame pleural bilateral asociado.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca. Síndrome nefrótico. Hipoalbuminemia. Hidrotórax hepático. Neoplasias. Infecciones incluyendo TBC. Enfermedades mesenquimales. Asbestosis. Patología abdominal (pancreática, intraabdominal). Endocrinopatías. IAM.

**Comentario final:** Durante el ingreso se instaura tratamiento con corticoides y hidroxicloroquina con mejoría clínica y radiológica. Se completa estudio con TC body descartando TEP y origen tumoral. Los marcadores tumorales, el cultivo de bacterias y la tinción de micobacterias son negativos. Para diagnosticar les se deben reunir más de 4 criterios diagnósticos. Las manifestaciones sistémicas inespecíficas como astenia, fiebre o mialgias suelen ser las iniciales y las más frecuentes, si bien son las más desaparecidas. Las cutáneas y musculoesqueléticas les siguen en frecuencia. Las nefrológicas y neurológicas suelen ser las más graves. Las pulmonares no son las más frecuentes pero tampoco las más inusuales; y suelen manifestarse como pleuritis asociada o no a derrame pleural.

## **Bibliografía**

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.
2. Maite Oyonarte W. Enfoque diagnóstico en el paciente con derrame pleural. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015;26:313-24.