Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):56

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1495 - DERRAME PLEURAL SECUNDARIO A TUBERCULOSIS PLEURAL

M. Rueda Sánchez[a], S. Bello León[b], M. Nogueras Cabrera[c], C.B. Prieto Justicia[d], E. Astorga García[e], E. Perales Escortell[f], B. Chavero Méndez[a], M.I. Perea Casado[g], M. Alvargonzález Arrancudiaga[a] y C.T. Parramón Castillo[h]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. [c]Médico Residente de Atención Primaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Norte Príncipe de Asturias. Sevilla. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza. Madrid. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años, exfumadora, que acude a Urgencias derivada desde AP por derrame pleural derecho visto en Rx de tórax ambulatoria, asociando tos seca, disnea ante moderados esfuerzos y dolor pleurítico en costado derecho, de una semana de evolución. Niega fiebre, expectoración, dolor torácico, ortopnea, aumento de edemas en MMII, Sd. constitucional u otra sintomatología. No historia familiar de TBC.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientada, eupneica, afebril, satO2 de 96%. ACP rítmica, MV disminuido en hemitórax derecho hasta campo medio. Resto sin alteraciones Hemograma y bioquímica sin leucocitosis y PCR de 5,50 mg/dl. ECG con ritmo sinusal a 80 lpm, sin bloqueos ni alteraciones de la repolarización. Rx de tórax que manifiesta derrame pleural derecho de 2/3 inferiores. Se evidenció exudado linfocitario en líquido pleural tras toracocentesis diagnóstica. Durante el ingreso resultaron negativos Mantoux, serología, marcadores tumorales, estudio de autoinmunidad y Quantyferon. Tras toracocentesis evacuadora, resultó aumentado el ADA en 54 U/l, sin observarse BAAR, PCR para micobacterias negativa y citología del líquido negativa para malignidad. En biopsia pleural se observó granulomatosis epiteloide.

Juicio clínico: Tuberculosis pleural derecha.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural paraneumónico. Tuberculosis pleural. Derrame de origen tumoral. Derrame secundario a artritis reumatoide.

Comentario final: La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más prevalente del mundo, la de mayor morbilidad y la causa infecciosa de mayor mortalidad prevenible. La radiografía de tórax sigue siendo de las primeras pruebas a realizar ante la sospecha, donde puede haber datos orientativos, como el derrame pleural. Es diagnóstico la visualización de granulomas caseificantes en biopsia. Valores de ADA superiores a 45U/l en líquido pleural tienen una alta sensibilidad y especificidad. En el caso de nuestra paciente sólo se halló inflamación granulomatosa en biopsia pleural y el ADA elevado, siendo la primera opción diagnóstica la tuberculosis pleural, así que se

decidió el inicio de tratamiento antituberculoso.

Bibliografía

1. González-Martin J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010;46:255-74.
2. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, Normativa SEPAR: Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. 2008.
3. Ruiz-Manzano J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2008;44:551-66.

Palabras clave: *Tuberculosis. Biopsia. Inflamación. Baciloscopia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.