Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1957

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3782 - EL DERRAME PLEURAL, NO SIEMPRE CONSECUENCIA DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA

T. Iglesias Suárez[a], F. González García[a], M. Mínguez Picasso[b], E. Hierro Ciria[b], P. Castro Sandoval[a] y C. Azofra Macarrón[c]

[a]Médico de Familia. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 77 años. Trabajó con calderas (Sniace). Exfumador. HTA. DLP. DM2. Cardiopatía isquémica. Adenectomía de próstata por neoformación. Consulta varias veces a su médico de Atención Primaria por episodios de disnea sin relación con el ejercicio o el decúbito de 2-3 meses de evolución y dolor punzante en costado izquierdo. Tos no productiva. Astenia. No fiebre. En Rx tórax solicitada desde Atención Primaria se objetiva derrame pleural izquierdo, motivo por el que es derivado a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36,1 ºC. TA: 169/94. FC: 64. SatO2: 94. BEG. CyOx3. Normocoloreado, normoperfundido. Eupneico en reposo. CyC: No IY. No adenopatías. Tórax: AC: tonos rítmicos, no soplos. AP: hipoventilación en campo medio y base izquierda. Abdomen: anodino. ECG: ritmo sinusal 65x´. Eje normal. Sin alteraciones de la repolarización. Analítica: gasometría arterial: pH: 7,49 pCO2: 41, pO2: 69. Bicarbonato 31,2. SatO2: 95. Hematimetría: Hb: 12,90, Hto: 39,10, VCM: 94,4 Leu: 6,70 × 1.000. Plaq: 324 × 1.000. Bioquímica: glu: 138, urea: 37, creat: 0,68, Na+:137 K+: 4 TFG: > 60. Enzimas cardiacas: normales. Rx tórax: pinzamiento seco costofrénico izquierdo. TAC de tórax: moderado derrame pleural izquierdo. Engrosamiento pleural circunferencial. Múltiples placas pleurales calcificadas en ambas bases pulmonares, que sugiere patología de tipo intersticial. Discreto número de ganglios mediastínicos de predominio pretraqueal y subcarinales. Toracocentesis ecoguiada: celularidad inflamatoria de predominio linfocitario. Células mesoteliales. Biopsia pleural: Mesiotelioma maligno.

Juicio clínico: Mesotelioma pleural.

Diagnóstico diferencial: Isquemia miocárdica (infarto, angina). Insuficiencia cardiaca congestiva. Pleurítico (neumotórax, neumonía, derrame pleural). Tromboembolia pulmonar. Cirrosis. Osteomuscular.

Comentario final: El mesoltelioma es un tipo de cáncer poco frecuente. Constituye aproximadamente el 3% de las neoplasias malignas de la pleura. La presentación más frecuente es el dolor torácico difuso. La disnea, tos, debilidad y malestar general aparecen usualmente en fases más avanzadas de la enfermedad. Es de vital importancia realizar una buena anamnesis, exploración

exhaustiva y solicitar las pruebas diagnósticas adecuadas para llegar a su correcto diagnóstico.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012.
2. Chabner B, Lynch T, Longo D. Harrison Manual de Oncología. Me¿xico, D.F: McGraw-Hill Interamericana, 2015.
3. National Cancer Institute. Mesotelioma maligno. 2017. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/mesotelioma/pro

Palabras clave: Dolor torácico. Mesotelioma. Biopsia pulmonar.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.