



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

269/28 - DERRAME PLEURAL MALIGNO SECUNDARIO A SARCOMA METASTÁSICO

E. Vejo Puente^a, G. Barquín Arribas^b, A. Villaverde Llana^c, V. González Novoa^d, L. Campo Alegría^e y S. Quintana Cabieces^f

^aMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Val de San Vicente. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos. ^dFEA Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Hospital Universitario de Burgos. ^fMédico Residente de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años con los siguientes antecedentes personales: ACVA a los 30 años sin secuelas; meningioma frontotemporal derecho intervenido en 2003; bocio multinodular eutiroideo; pericarditis aguda en 2012; esofagitis por RGE grado 1; miomas uterinos en seguimiento por Ginecología. Diagnosticada en diciembre de 2015 de sarcoma fusocelular de 5º dedo de extremidad inferior izquierda estadio IV, con metástasis pulmonares, que inicialmente se trata con adriamicina en monoterapia. En julio de 2016 se documenta progresión pulmonar y ósea por lo que se inicia nueva línea de quimioterapia con trabectedina. En octubre de 2016 se objetiva nueva progresión pulmonar. Recibe gemcitabina/docetaxel junto con factor estimulante de colonias profiláctico a pesar de lo cual presenta nueva progresión pleuropulmonar. La paciente refiere desde último ciclo de quimioterapia empeoramiento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo a pesar de oxígeno crónico domiciliario a 2 lpm, accesos de tos seca y dolor costal derecho. Niega fiebre, dolor torácico o palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias: Índice de Karnofsky 70. Consciente, orientada. Hidratada, palidez de piel y mucosas. Taquipneica en reposo. Colaboradora. Tórax: AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: hipofonesis en hemitórax derecho, roncus en base izquierda. Abdomen: blando, no doloroso a la palpación, ruidos normales, no masas ni visceromegalias. Puñopercusión bilateral negativa. Extremidades: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Pulsos pedios +. Hemograma: 16.000 leucocitos/?L (84,6% segmentados, 7,4% linfocitos), Hb 10,9 g/dL, Hto 35,2%, 467.000 plaquetas/?L. Coagulación: actividad de protrombina 61%, INR 1,43. Bioquímica: glucosa 121 mg/dL, urea 39 mg/dL, creatinina 0,55 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 3,7 mEq/L, proteína C reactiva 13,9 mg/dL, Filtrado glomerular estimado > 90 ml/min/1,73 m². Elemental y sedimento de orina: 5-10 leucocitos/campo, células descamativas. Radiografía de tórax: derrame pleural derecho masivo. Nódulos pulmonares bilaterales.

Juicio clínico: Derrame pleural derecho masivo secundario a sarcoma fusocelular metastásico con progresión ósea y pleuropulmonar.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. Tromboembolismo pulmonar. Derrame pleural (metastásico, infeccioso). Insuficiencia cardiaca secundaria a toxicidad por quimioterápicos.

Comentario final: Se realiza toracocentesis terapéutica con salida de 2.000 mL de líquido hemático tras lo que se obtiene mejoría inicial. En las 48 horas siguientes presenta empeoramiento realizándose nuevo control

radiológico que documenta empeoramiento de su derrame. Se contacta con Servicio de Cirugía Torácica colocándose tubo con salida de otros 2.000 mL, tras lo que se decide realizar pleurodesis química. Para tomar esta decisión se ha debido demostrar la reexpansión pulmonar y el alivio de la disnea con la extracción de líquido pleural. Los derrames pleurales malignos constituyen una complicación frecuente en pacientes neoplásicos. Los mecanismos responsables de la acumulación de líquido pleural son la destrucción o invasión del sistema linfático, la invasión directa de la pleura y los cambios inflamatorios locales secundarios a la invasión tumoral. El tratamiento paliativo de los pacientes con derrame pleural maligno tiene como finalidad el alivio de la disnea. La pleurodesis química es la modalidad terapéutica más utilizada para este fin.

Bibliografía

1. Heffner JE, Klein JS. Recent advances in the diagnosis and management of malignant pleural effusions. Mayo Clin Proc. 2008;83:235.
2. Antunes G, Neville E. Management of malignant pleural effusions. Thorax. 2000;55:981.
3. Ferrell BR, Temel JS, Tenin J. Integration of palliative care. J Clin Oncol. 2016.