



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

212/646 - Derrame pleural persistente, a propósito de un caso

G.E. Ayala Gonzales^a, T.G. Vasquez del Águila^b, M.J. Chávez Ríos^c, M.T. Pérez Hernández^d y C. Laserna del Gallego^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitari; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años, sin hábitos tóxicos. Antecedentes: hipertensión arterial, dislipemia. Vitílico. Poliartrosis. Motivo de consulta: paciente acude al médico de atención primaria por presentar hace tres semanas: astenia, dolor pleurítico derecho, fiebre, tos productiva, edema y dolor progresivo de manos y pierna derecha. Se prescribe amoxicilina clavulánico, luego azitromicina; se solicita radiografía torácica evidenciando derrame pleural y opacidad basal derecha sugiriendo NAC; tras persistencia del cuadro se prescribe levofloxacino. Tras no mejoría, se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca piel y mucosas pálidas, febril. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular disminuido y crepitantes basales derechos. Extremidades: edemas de manos y pierna derecha, Homans positivo. Hemograma: Hb: 11,7, VCM: 78, leucocitos 15.020 (N: 87%), plaquetas: 556.000. Bioquímica: PCR: 130, coagulación: dímero D: 9.040, ProBNP 587; hormonas tiroideas: normales. Cultivo de esputo, antigenuria y serologías: negativas. AngioTAC de arterias pulmonares: se descarta TEP. Condensación pulmonar y derrame pleural inferior derecho, sugestivos de infección/inflamación. Autoanticuerpos: ANA positivo 1/320; anti Ro-52 positivo. Hipocomplementemia: C4. Factor reumatoide: 222. Por la persistencia del derrame pleural y etiología dudosa, se amplían estudios. Toracocentesis diagnóstica: Microbiología y citología negativas. Bioquímica: ADA 36. Predominio 52% polimorfonucleares. Criterios de Light: exudado. Broncoscopia: sin hallazgos. Ecocardiograma: insuficiencia tricuspídea ligera. PSAP: 30 mmHg. Interconsulta a Reumatología: descarta artritis reumatoide y lupus. Valorar otras enfermedades autoinmunes.

Juicio clínico: Enfermedad indiferenciada del tejido conectivo con afectación pulmonar, articular y serosa. Anemia de trastornos crónicos. Trombocitosis secundaria.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis sistémica, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y polimiositis.

Comentario final: La enfermedad indiferenciada de tejido conectivo resulta del solapamiento clínico, serológico de dos o más enfermedades sistémicas autoinmunes (lupus, artritis reumatoide, polimiositis, etc.). De diagnóstico difícil, sin embargo debe considerarse ante el incumplimiento de criterios clínicos de otras entidades. Sintomatología: fenómeno de Raynaud, artritis, edema de dedos, rash, hipertensión pulmonar y serositis. El tratamiento está dirigido a las manifestaciones clínicas predominantes.

Bibliografía

1. Alarcón GS. Síndromes indiferenciados y de sobreposición del tejido conectivo. *Revista Mexicana Reumatología*. 2002;17:199-205.

Palabras clave: *Enfermedad indiferenciada de tejido conectivo. Síndrome de solapamiento. Serositis.*