



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

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monterrozas. Madrid. ^cMédico Residente de Atención Primaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Norte Príncipe de Asturias. Sevilla. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza. Madrid. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. ^hMédico 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.