Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):125

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3275 - No todo es Lupus

I.K. Campuzano Juárez[a], M.P. Serrano Manero[b], M. Hernández Carrasco[c], N. Rodríguez Panedas[d], D.A. Gil Loayza[e], M.J. Rubio González[f], B. Antón González[f], E. Hernández Bay[g] e Y. González Silva[a]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. [b]Médico de Reumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Área Oeste. Valladolid. [e]Médico Residente de Familia. Centro de Salud Delicias. Valladolid. [f]Médico Residente de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. [g]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 44 años que acude a consulta por disnea de moderados esfuerzos tras cuadro de infección respiratoria aguda de vías altas en los días previos con buena respuesta a antibioterapia oral, sin ninguna otra sintomatología relevante. Antecedente de Lupus eritematoso sistémico (LES) y síndrome antifosfolípido secundario desde 1994. En 2001 derrame pleural paraneumónico. Glomerulonefritis membranoproliferativa, síndrome de Sjögren, hipotiroidismo subclínico, infarto esplénico, trombosis venosa profunda. En enero de 2016 ingresó por derrame pleural y actividad lúpica. Ante los diversos factores de riesgo para la disnea como síntoma guía, se decide derivar al Servicio de Urgencias Hospitalarias para descartar patología.

Exploración y pruebas complementarias: A: 106/85 mmHg, FC: 78 lpm, Afebril. SatO2: 94%. Consciente, orientada, eupneica en reposo. Buena coloración de piel y mucosas normales. No adenopatías en cadenas palpables. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar: sibilancias bilaterales generalizadas, crepitantes bibasales e hipoventilacio¿n basal derecha. Abdomen sin organomegalias ni dolor. No edemas en extremidades inferiores. No signos inflamatorios articulares, dolor o limitación de la movilidad. Leve deformidad en cuello de cisne en manos y discretos edemas maleolares. Analítica sin hallazgos significativos así como espirometría normal. RX to¿rax: derrame pleural derecho con atelectasia e imagen de aumento de densidad parahiliar derecho, descartar masa hiliar/pulmón. TC toracoabdominal: masa pulmonar paramedial derecha que condiciona atelectasia de lóbulos pulmonares medio e inferior derechos.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin B difuso de célula grande estadio IV-B.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural de origen paraneumónico, asociado a enfermedades del tejido conectivo, maligno o paramalignos.

Comentario final: Los derrames pleurales en las enfermedades del tejido conectivo sobre todo secundarios a LES están presentes en un 50% de los pacientes y en la mitad de ellos de forma bilateral. Suelen cursar con fiebre, tos y dolor pleurítico. Sin embargo, es preciso descartar otras etiologías como la infecciosa, TEP, nefropatía subyacente incluso neoplásicas apoyándose de la clínica y las pruebas complementarias. Se decide iniciar quimioterapia y prednisona regularmente presentado mejoría clínica.

Bibliografía

1. Mejia E, Salgado R Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed, 2012.
2. Antoni JP. Manual de Consulta rápida Urgencias, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, 4ª ed, 2013.

Palabras clave: Derrame pleural. LES. Linfoma.

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