



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3275 - No todo es Lupus

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

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. <sup>b</sup>Médico de Reumatología. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Área Oeste. Valladolid. <sup>e</sup>Médico Residente de Familia. Centro de Salud Delicias. Valladolid. <sup>f</sup>Médico Residente de Familia. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. <sup>g</sup>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 hipoventilación 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 torax: derrame pleural derecho con atelectasia e imagen de aumento de densidad parahiliar derecho, descartar masa hilar/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 presentando mejoría clínica.

## Bibliografía

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

*Palabras clave:* *Derrame pleural. LES. Linfoma.*