

347/2926 - EL ALGODÓN (LA EPIDEMIOLOGÍA) NO ENGAÑA

C. Ríos Aranda^a, P. Gálvez Villar^b y M. Luque de Ingunza^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de La Frontera. Cádiz.

^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Delicias. Jerez de la Frontera. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 35 años. Fumadora, bajo nivel socioeconómico. Intervenida de pólipos en cuerda vocal un mes previo a la consulta. Acude a los servicios de Urgencias de un Centro de Salud por odinofagia y rincorría en dos ocasiones una semana antes de acudir a consulta. A su llegada refiere disnea que ha aumentado en los últimos días y que se modifica con el movimiento y el habla, además de comenzar con febrícula en el mismo día.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada presenta buen estado general, consciente y orientada. Eupneica en reposo, con satO₂ al 100%. TA 126/67 mmHg, frecuencia cardíaca a 86 lpm, temperatura actual de 37,2 °C. Auscultación cardiopulmonar: rítmico, sin soplos, disminución del murmullo vesicular en base y zona media de hemitórax derecho, sin ruidos patológicos audibles. Se solicita radiografía de tórax de Urgencias en un Centro de Salud: derrame pleural en mitad inferior de hemitórax derecho. Ante los hallazgos, se traslada a los servicios de urgencias del hospital de referencia para realización de pruebas complementarias y posterior ingreso hospitalario para estudio. En urgencias se realiza analítica con hemograma, bioquímica, gasometría y coagulación con parámetros dentro de la normalidad. Durante el ingreso se realiza ecografía y toracocentesis diagnóstica. Líquido pleural: compatible con exudado mononuclear y ADA 46,9 U/L, alta sospecha de TBC. Biopsia pleural: existencia de granulomas compatible con sospecha diagnóstica de TBC pleural.

Orientación diagnóstica: Derrame pleural secundario a pleuritis tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria, tumor.

Comentario final: Ante un paciente joven que acude por disnea, ante la sospecha de derrame pleural habrá que realizar, en primer lugar, una radiografía de tórax; seguida de una toracocentesis diagnóstica para establecer la etiología. En caso de trasudados, la causa más frecuente es la insuficiencia cardíaca (21%), y en cuanto a los exudados, la mayoría en nuestro medio, son de origen neoplásico (27%), paraneumónicos o empiematos (19%) y tuberculosos (9%).

Bibliografía

1. Gregorio Soto J. Manual de diagnóstico y terapéutica en Neumología, 3^a ed. Majadahonda: Ergon, 2016.

Palabras clave: Tuberculosis. Derrame pleural.