



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1558 - FIEBRE Y DERRAME PLEURAL

G. Córdoba Quishpe<sup>a</sup>, J. Gaudó Navarro<sup>b</sup>, M. Campos López-Carrión<sup>c</sup> y L. Martín Fuertes<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>b</sup>Neumólogo. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Numancia. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón peruano de 39 años que acudió a Urgencias por cuadro de 48-72h de evolución de fiebre 39 °C, tos sin expectoración, cefalea, astenia y malestar general. No dolor torácico ni disnea. La EF, analítica y Rx torácica, fueron normales. Fue dado de alta con diagnóstico de fiebre sin foco de probable origen viral y tratamiento sintomático. Acude nuevamente a Urgencias 2 días después por persistencia de la clínica y dolor costal derecho tipo pleurítico, con sudoración nocturna profusa asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: Tª 39,4 °C; AP: MV disminuido en base derecha, pectoriloquia y broncofonía. Se realiza analítica: monocitosis, PCR 103; RX torácica: derrame pleural derecho. Se realiza toracocentesis: 660 ml de líquido pleural (LP) serofibroso, tipo exudado (pH 7,29, glucosa 64, proteínas LP/suero 0,73, LDH LP/proteínas 5,9, LDH LP 1263, linfocitosis (67%), ADA 57,6). Ingresa en Neumología para completar estudio y tras confirmación TB, -baciloscopia y cultivo LP finalmente positivos-, recibe tratamiento con rifampicina-isoniazida-pirazinamida-etambutol durante 6 meses. Realizó seguimiento en Neumología y Atención Primaria, con control analítico-radiológico y evolucionó favorablemente.

**Orientación diagnóstica:** Derrame pleural de etiología tuberculosa (DPTB).

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía, absceso, malignidad (carcinoma, linfoma), enfermedades del tejido conectivo (LES, AR, sarcoidosis), endocrinas (hipertiroidismo), linfáticas, pancreatitis, etc.

**Comentario final:** En los países desarrollados, debido al impacto de la inmigración procedente de regiones endémicas, se ha producido un aumento de la incidencia de tuberculosis y de la tasa de resistencias al tratamiento. El DPTB, con una prevalencia del 5-10%, puede ser una manifestación tanto de una infección primaria como de una reactivación de la enfermedad, especialmente en población joven. Si bien un DPTB no tratado puede resolverse espontáneamente en 1-4 meses, puede desarrollarse tuberculosis pulmonar posteriormente (45-65%). El tratamiento habitual consiste en: rifampicina-isoniazida-piracinamida-etambutol 2 meses + isoniazida-rifampicina 4 meses más. En Atención Primaria -especialmente en nuestro medio-, es importante sospechar y descartar tuberculosis en aquellos pacientes con fiebre, tos y/o expectoración con síntomas constitucionales de > 1-2 semanas, y participar activamente en el seguimiento de estos pacientes (controles periódicos, TOD, otros) y estudio de posibles contactos, que permitan controlar la enfermedad.

### Bibliografía

1. Shaw JA. Pleural Tuberculosis: A concise clinical review. Clin Respir J. 2018;12:1779-86.

2. Caminero JA. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Rev Clin Esp. 2016;216:76-84.
3. Ferreiro L. Derrame pleural tuberculoso. Arch Bronconeumol. 2014;50:435-43.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Derrame pleural. Toracocentesis.