

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

## 424/344 - DERRAME PLEURAL EN PACIENTE INMIGRANTE

A. Mayorga Criado<sup>1</sup>, L. Martínez Capilla<sup>2</sup> y J. Martín García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Ambulatori CAP de Llefià (ABS 6). Badalona. Barcelona.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Germans Trias i Pujol. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 33 años, natural de India, residente en España desde hace tres años. No antecedentes personales de interés. Consulta por disnea, dolor torácico pleurítico, tos, febrícula y pérdida de peso no cuantificada de dos semanas de evolución. No sudoración nocturna. Ambiente epidemiológico sin datos de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destacar a la exploración física hipofonesis hemitórax izquierdo en la auscultación pulmonar. Resto de la exploración física sin hallazgos importantes normal. Bioquímica y hemograma normales. Serologías HIV VIH, VHB y VHC negativas. Estudio inmunológico (factor reumatoide y ANA) negativo. Gasometría arterial sin hipoxemia. Radiología simple de tórax: derrame pleural izquierdo hasta mitad campo pulmonar. TAC tórax: derrame pleural izquierdo, adenopatías mediastínicas subcarinales, leve afectación pericárdica y espondilitis de T8 con pequeños abscesos paravertebrales de probable origen tuberculoso. Cultivo esputo sin alteraciones. No se observan bacilos ácido alcohol resistentes. Estudio líquido pleural: exudado linfocitario, adenoaminasa 45 U/L. Detección antígenos (PCR) de Mycobacterium tuberculosis positiva. Resonancia nuclear magnética de columna dorsal: colección paravertebral subpleural izquierda adyacente al cuerpo de T8 con absceso intraóseo posterolateral izquierdo en cuerpo T8. Estenosis grave agujeros de conjunción por la colección purulenta con cordón medular y disco intervertebral conservado, se trataría de una osteitis con absceso intraóseo por contigüidad.

**Orientación diagnóstica:** La valoración clínica y exploratoria inicial, con semiología de derrame pleural unilateral, nos decantó por la derivación hospitalaria con la sospecha de etiología infecciosa (tuberculosis como primera opción). El estudio del líquido pleural (exudado linfocitico, ADA elevado, PCR...) confirmó TBC pleural. La paciente recibió el mismo tratamiento de la TBC pulmonar, quedando asintomática tras el inicio del mismo. El absceso vertebral ha sido estudiado por el servicio de traumatología, que en un primer momento descartada cirugía.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial del derrame (exudado) incluirá causas infecciosas, neoplásicas y enfermedades sistémicas.

**Comentario final:** El derrame pleural TBC es la causa más frecuente de TBC extrapulmonar, es más frecuente en jóvenes, inmigrantes e infectados por el VIH. El tratamiento es idéntico a la TBC pulmonar.

### Bibliografía

1. Ferreiroa L, San José E, Valdés L. Derrame pleural tuberculoso. Arch Bronconeumol. 2014;50(10):435-43.
2. Rajas Naranjo O, Hernández Olivo M, Gómez Punter RM, Acosta Gutiérrez C. Patología infecciosa pleural. Medicine. 2018;12 (68):3990-8.

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