



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2134 - DERRAME PLEURAL A ESTUDIO

M. López Salas, M. Salas Salas y L. Contreras Briones

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años, con AP de adenocarcinoma de mama izquierda diagnosticado en 1994, tratado mediante QT + RT + linfadenectomía, libre de enfermedad, sin tratamiento habitual. Acude a urgencias por disnea progresiva de dos meses de evolución, asociada a tos seca, sin expectoración. Afebril. Niega dolor torácico típico, no ortopnea, no disnea paroxística nocturna (DPN), ni edematización de MMII. Refiere pérdida de 8 kg de peso en los últimos 6 meses que achaca a dieta. No presenta otra clínica por órganos y aparatos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 150/95 mmHg, FC 90 lpm, Sat 94% sin aporte. Buen estado general, consciente, orientada, colaboradora. Sin trabajo respiratorio. ACR: rítmica, sin soplos, hipoventilación en base y campo medio izquierdos. Crepitantes en base pulmonar izquierda. Abdomen: Blando, depresible, no doloroso, sin masas ni megalias, sin peritonismo. MMII: Sin edemas. Pruebas complementarias Hemograma: Hb 13,6 g/dL, leucocitos 7.830 (69% neutrófilos) plaquetas 380.000 Bioquímica: glucosa 123 mg/dL, creatinina 0,61 mg/dL, Na 132 mEq/L, K 4,4 mEq/L PCR 50 mg/L. Coagulación normal GSV: pH 7,42, láctico 1,1 mmol/L. Rx tórax: derrame pleural (DP) izquierdo moderado significativo sin poder descartar patología subyacente. Ensanchamiento mediastínico. Líquido pleural: ADA 1,5, hematíes 8.000, leucocitos 1.728, PMN 35%, glucosa 136 mg/dL, proteínas totales 3,6 g/dL, LDH 887 UI/L.

Orientación diagnóstica: Derrame pleural a estudio.

Diagnóstico diferencial: Lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide.

Comentario final: La paciente se ingresó a cargo de Neumología para filiar el cuadro. Durante el ingreso se realizó TAC de tórax cuya conclusión expone que los hallazgos son compatibles con diseminación metastásica sobre serosas y mediastino de su enfermedad neoplásica de base. Posteriormente se realizó fibrobroncoscopia observándose infiltración neoplásica de carina y de bronquio principal izquierdo, con estenosis completa de éste. La paciente queda pendiente de realización de PET-TAC y presentación del caso en Comité Oncológico. El derrame pleural maligno es una de las principales causas de exudado pleural. La mediana de supervivencia oscila entre 4 y 6 meses. La mayoría son producidos por metástasis pleurales, sobre todo de tumores pulmonares y mama. Un DP en una mujer con neoplasia conocida de mama (ipsi o contralateral a la mama afecta) es metastásico como primera posibilidad.

Bibliografía

1. Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, et al. Diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Arch Bronconeumol. 2006;42.

Palabras clave: Derrame. Pleura. Disnea.