

## 424/785 - DOCTORA, RESPIRO PEOR DESDE HACE UN TIEMPO

E. Berdún González<sup>1</sup>, N. Melón Peña<sup>2</sup> y M. García Estrada<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 42 años sin enfermedades previas, que acude al CS por malestar general desde hace una semana. Refiere disnea de moderados esfuerzos de 3 meses de evolución con ortopnea. Durante la anamnesis, explica que tiene un bullo en la mama izquierda que ha crecido. Se solicita analítica con hallazgo de anemia microcítica y radiografía de tórax en la cual se aprecia derrame pleural izquierdo. Ante hallazgos en pruebas complementarias se deriva a la paciente a Urgencias. Ingresa a cargo de Neumología, realizándose toracocentesis diagnóstica. La citología de líquido pleural resulta negativa para malignidad, por lo que se realiza biopsia pleural siendo positiva para infiltración para neoplasia de mama. Durante el ingreso se realiza TAC craneal y toraco-abdominal con sospecha de tumor de mama con metástasis a varios niveles.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC. REG. Palidez mucocutánea. Eupneica en reposo. SatO2: 99%. No adenopatías supraclaviculares. Nódulo en mama izquierda, adherido, de 3 cm. AC: Normal. AP: Hipofonesis izquierda hasta campo pulmonar medio. Abdomen anodino. MMII normales. Hemograma y bioquímica: Hb: 8,4 g/dL, VCM: 66 fL, Leucocitos: 10.170, Plaquetas: 568.000, PCR: 0,8 mg/dL. Radiografía tórax: derrame pleural izquierdo de 2/3. Pinzamiento seno costofrénico derecho. Líquido pleural: citología negativa para malignidad. Biopsia pleural: infiltración por carcinoma de mama. TC toraco-abdominal: sospecha de tumoración de mama izquierda con metástasis a varios niveles.

**Orientación diagnóstica:** Derrame pleural maligno en neoplasia de mama.

**Diagnóstico diferencial:** Derrame pleural tumoral, derrame pleural por TBC, derrame pleural por IC, derrame pleural paraneumónico.

**Comentario final:** Ante un derrame pleural, el primer paso es establecer si el derrame es trasudado o exudado, para poder definir la causa. La IC y la cirrosis son responsables de casi todos los derrames pleurales trasudativos. La neumonía y los tumores representan la mayor parte de los derrames plurales exudativos. La presentación del derrame pleural en el cáncer de mama, puede variar desde un hallazgo incidental en imágenes hasta un derrame pleural grande con disnea grave. La disnea de meses de evolución y el síndrome general de la paciente, nos hacen sospechar en patología tumoral, todo eso asociado al hallazgo de un nódulo patológico en la mama.

### Bibliografía

1. Tinguist ND, Steliga Matheew A. Diagnosis and Management of Pleural Metastases and Malignant Effusion in Breast Cancer. *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*, 5<sup>a</sup> ed. 72; p. 934-41.
2. Light RW. Derrame pleural. *Harrison Principios de Medicina Interna*, 14<sup>a</sup> ed. McGraw-Hill.

**Palabras clave:** Derrame pleural maligno.