



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

482/918 - DERRAME PLEUROPERICÁRDICO grave EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

A. Rosales Montoro¹, E. Lara Cobo², I. Padial Reyes³ y M. del Pino de la Fuente⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas. Málaga. ⁴Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. UGC Urgencias Lagunas. Mijas. Málaga. España.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años, intervenido de lesión leucoplásica laríngea y exfumador (27 paquetes/año). Acudió al centro de salud por haber presentado tras un golpe de tos, el día anterior, un cuadro autolimitado de 10 minutos de duración consistente en disnea y dolor torácico punzante.

Exploración y pruebas complementarias: TA 135/90 mmHg, FC 95 lpm y Sat O2 (basal) 99%. Buen estado general, asintomático. Afebril. Eupneico en reposo. Auscultación cardiopulmonar: murmullo vesicular disminuido en hemitórax izquierdo, rítmico con tonos apagados, sin ruidos patológicos ni soplos. ECG: ritmo sinusal y alternancia eléctrica, más destacable, en V2-4. Una ecografía a pie de cama evidenciaba una imagen compatible con derrame pleural izquierdo y derrame pericárdico masivo. Se derivó a urgencias hospitalarias. Analítica anodina. Radiografía de tórax: índice cardiotorácico aumentado con patrón pulmonar normal. Ecocardiograma transtorácico: derrame pericárdico grave con taponamiento cardíaco. Se realizó pericardiocentesis que reveló un exudado con abundantes cristales de colesterol. Tinción de Gram y cultivos negativos, la citología mostraba histiocitos y células mesoteliales reactivas. Se amplió el estudio con marcadores tumorales, serologías, anticuerpos anti-CCP y ANA que resultan negativos. Únicamente destacaba Quantiferón TB-Gold positivo. Tras 8 días de ingreso, fue dado de alta con colchicina pautada. A las tres semanas, reingresa por molestias en hemitórax izquierdo junto con artralgias. Ecografía: derrame pleural libre que ocupa dos tercios de dicho hemitórax. Líquido pleural: ADA 59,8 U/L y fórmula leucocitaria con predominio mononuclear (85%). Gram, baciloscopía, cultivos y Ziehl-Neelsen negativos, Biopsia pleural: hiperplasia mesotelial con ausencia de células neoplásicas y Ziehl-Neelsen negativo. Se inició tratamiento con tuberculostáticos y corticoides.

Orientación diagnóstica: Poliserositis de probable etiología tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: Causas de derrame pleuropéricárdico (pericarditis, neoplasias, infecciones - tuberculosis-, IAM o conectivopatías).

Comentario final: En este caso, podemos observar la importancia de una exploración física completa junto con el uso de pruebas diagnósticas no invasivas disponibles en los centros de salud. Con ello, es posible un diagnóstico precoz y categorizar patologías urgentes con potencial compromiso vital.

Bibliografía

1. Vakamudi S, Ho N, Cremer PC. Pericardial effusions: causes, diagnosis and management. *Prog Cardiovasc Dis.* 2017;59:380-8.
2. Villena Garrido V, et al. Normativa sobre el diagnóstico y tratamiento del derrame pleural. Actualización. *Arch Bronconeumol.* 2014.

Palabras clave: Derrame pleural. Derrame pericárdico. Tuberculosis.