

377/50 - DERRAME PLEURAL A ESTUDIO

N. Crespo García¹, Á. Díaz Rodríguez², N. Fernández Martínez³, J. Capón Álvarez⁴, C. Martínez Canel⁵, V. Ruíz Larrea⁶, V. Lumbreras González⁴, D. Saco Díaz³.

¹Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. ²Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. ³Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. ⁴Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁵Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ⁶Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 52 años. Antecedentes personales: no alergias conocidas. Fumadora 1 paquete/día. Bebedora ocasional de alcohol. Hipertrigliceridemia. Déficit Vitamina D. Pancreatitis aguda. Pancreatitis crónica. Intervenciones quirúrgicas: peritonitis por apendicitis, adhesiolisis, esplenectomía parcial por rotura de quiste esplénico, esplenectomía total, eventroplastia por eventración. Tratamiento: Calcifediol 0.266 mg, Condrosán 400 mg, Fenofibrato 145 mg. Acude a consulta de AP por dolor torácico pleurítico, de 3 días de evolución. Tras exploración física y realización de radiografía de tórax se deriva a urgencias hospitalarias para valoración. Ingresa en Neumología con diagnóstico de derrame pleural a estudio. Tras los hallazgos en las pruebas complementarias cambia a servicio de Digestivo. Dada de alta por mejoría. Actualmente en seguimiento por dicho servicio y por atención primaria.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: PA: 131/91 mmHg. FC: 73 lpm. Tº: 36°C. Sat. O2: 99%. Buen estado general, normohidratada y normoperfundida. Eupneica en reposo. No asimetrías torácicas. Auscultación cardíaca rítmica sin soplos. Auscultación pulmonar: disminución del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo hasta tercio superior. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No signos de peritonismo. No edemas en extremidades inferiores, ni signos de trombosis venosa. Analítica: elevación amilasa. Ligera leucocitosis. Radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo. Toracocentesis diagnóstica: exudado. TAC tórax: importante derrame pleural con atelectasia pulmonar. Pseudoquiste en cola de páncreas. Se decide evacuación de derrame. Analítica del líquido pleural: amilasa 15.604 UI/L. Interconsulta a Digestivo y realización de ColangioRM: pancreatitis aguda en contexto de pancreatitis crónica. Tratamiento: dieta líquida, sueroterapia, analgesia y reposo relativo. Buena evolución a la progresión dietética y ausencia de sintomatología. TAC al alta: pancreatitis crónica, pseudoquiste en cola de páncreas, calcificaciones groseras y dilatación arrosariada de conducto de Wirsung y accesorio.

Juicio clínico: Agudización de pancreatitis crónica.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural paraneumónico, derrame pleural maligno, tuberculosis pleural, insuficiencia cardiaca, hemotórax, quilotórax, artritis reumatoide, sarcoidosis, TEP, LES, derrame pleural en enfermedades ginecológicas, pancreatitis, hepatitis.

Comentario final: La pancreatitis crónica es un proceso progresivo de necroinflamación, fibrosis y alteraciones morfológicas con deterioro de las funciones endocrina y exocrina. La calcificante típica de consumidores de alcohol y tabaco con frecuencia presenta brotes de pancreatitis aguda. Diagnóstico: clínica y técnicas de imagen. Tratamiento en relación a la intensidad de la sintomatología y las complicaciones. El pseudoquiste pancreático si es asintomático, tratamiento conservador. El derrame pleural es secundario a disruptión del conducto pancreático, rotura de un pseudoquiste o formación de una fistula con comunicación a cavidad pleural. En este caso no se pudo demostrar la presencia de una fistula, pero la sospecha es alta, debido al volumen del derrame, el nivel de amilasa y la presencia de otros factores de riesgo. La fistula se resuelve espontáneamente en torno al 60% de los casos.

Bibliografía

Antón G, Muñoz M, Carballo F. (2016). Pancreatitis crónica. Medicine 2016;12:421-9.

Linares P, Redondo A, Molina R. Derrame pleural masivo como primera manifestación de pancreatitis crónica. Arch Bronconeumol, 2000; 36(2): 111-112.