



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 377/50 - DERRAME PLEURAL A ESTUDIO

N. Crespo García<sup>1</sup>, Á. Díaz Rodríguez<sup>2</sup>, N. Fernández Martínez<sup>3</sup>, J. Capón Álvarez<sup>4</sup>, C. Martínez Canel<sup>5</sup>, V. Ruíz Larrea<sup>6</sup>, V. Lumbreras González<sup>4</sup>, D. Saco Díaz<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bembibre. León. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>3</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. <sup>4</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. <sup>5</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. <sup>6</sup>Médico 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. Tª: 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 cardíaca, 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 disrupción del conducto pancreático, rotura de un pseudoquiste o formación de una fístula con comunicación a cavidad pleural. En este caso no se pudo demostrar la presencia de una fístula, pero la sospecha es alta, debido al volumen del derrame, el nivel de amilasa y la presencia de otros factores de riesgo. La fístula 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.