



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/4 - LA CARA OCULTA DEL DOLOR PLEURÍTICO

P. Meseguer García^a, M. Caballero Sánchez^b, J. Caballero Cánovas^c, R. de Mena Poveda^d, A. Cayuela López^a y C. Vicente Martí^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Ñora. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^cMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^eEnfermera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 17 años, con alergia a metamizol, con núcleo familiar bien estructurado, que consultó en Atención primaria por dolor pleurítico costal derecho de 1 semana de evolución. En la auscultación se detectó hipoventilación en base derecha. Se derivó a urgencias donde le realizaron una radiografía de tórax que resultó normal, siendo diagnosticada de dolor mecánico. A los 3,5 meses vuelve a consultar en Atención Primaria por el mismo dolor, pero en esta ocasión se acompaña de fiebre de 39 °C de una semana de evolución y sudoración nocturna desde hacía 15 días. Se deriva a urgencias

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación pulmonar: leve hipofonesis en hemitórax derecho. Saturación de oxígeno del 98%. Analítica: PCR: 3,12, Hemoglobina 10,5, resto normal. Radiografía de tórax: derrame pleural bilateral con predominio derecho. No infiltrados pulmonares evidentes.

Juicio clínico: Tuberculosis pleural multirresistente inferida por PCR (isoniazida y rifampicina).

Diagnóstico diferencial: Traumatismo costal, neumonía, tuberculosis y parasitosis. Identificación de problemas: Clínica muy inespecífica, por lo que es difícil pensar en ella inicialmente.

Comentario final: Evolución: desde urgencias se ingresa para estudio del derrame pleural. Se le realiza cultivo de esputo, toracocentesis, TAC de tórax y biopsia pleural que confirman diagnóstico de tuberculosis e inician tratamiento con protionamida 250 mg, amikacina 900 mg, myambutol 400 mg, pirazinamida 250 mg, levofloxacin 500 mg, piridoxina 300 mg, linezolid 600 mg. Actualmente la paciente muestra notable mejoría clínica, aunque todavía no ha completado tratamiento. El médico de familia tiene una gran ventaja diagnóstica gracias a la atención continuada del paciente. Esto es importante en casos de enfermedades de inicio con síntomas inespecíficos, en donde el seguimiento del paciente es fundamental para un diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Valdivielso Cortázar E, Bolado Concejo F, Jiménez Pérez FJ, Couto Wörner I, Alonso Aguirre PA. Cecal tuberculosis: the importance of a high diagnostic suspicion An Sist Sanit Navar. 2016;39(2):291-3.
2. Sander R, Gómez C, Borderías L. Organizing pneumonia and pulmonary tuberculosis: Coexistent or associated diseases. Arch Bronconeumol. 2016;52(11):570-1.

3. Carrión-Torres O, Cazorla-Saravia P, Torres Sales JW, Yhuri Carreazo N, De la Cruz Armijo FE. Characteristics of the diagnosis and treatment of pulmonary tuberculosis in patients with and without diabetes mellitus type 2. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(4):680-6.