



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

## 283/64 - LA PERSISTENCIA DE UN DERRAME PLEURAL

A. Martínez-Lozano Ordovás<sup>a</sup>, J. Cabrerizo González<sup>b</sup>, E. Cañada Cámara<sup>c</sup>, N. Martínez Navarro<sup>c</sup>, N. Baraza Pérez<sup>b</sup> y E. Sequeda Vázquez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 59 años EPOC clase II (GOLD) tipo bronquitis crónica, fumadora activa de 35 paq/año. Fibrilación auricular (FA) paroxística recurrente no revertida. Insuficiencia cardíaca secundaria a FA. Acude a consulta por disnea de moderados esfuerzos, que ha precisado en varias ocasiones ajuste de tratamiento diurético hasta furosemida 40 mg 1,1.0 y espironolactona 50 mg 0,0,1, acompañándose en esta ocasión de ortopnea, disnea paroxística nocturna y palpitaciones por lo que se decide derivación a Urgencias para estudio completo por derrame pleural (DP) persistente. NYHA III.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Sat O<sub>2</sub> en aire ambiente 96%. TA 135/70. Auscultación cardiopulmonar: arrítmica, sin soplos ni roce pericárdico, disminución del murmullo vesicular y de la transmisión de las vibraciones vocales. Crepitantes inspiratorios bibasales. Extremidades inferiores: edemas bilaterales crónicos sin fóvea, sin signos de trombosis venosa profunda. Abdomen anodino. ECG: FA a 115 lpm, eje 0°, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. Radiografía de tórax: DP bilateral crónico (presente en placas previas), ocupa el 40% del volumen de cada hemitórax, con silueta cardiovascular normal. Analítica: troponina 7, proBNP721. Citología líquido pleural: escasa celularidad linfoide con esporádicos macrófagos. No se identifican células epiteliales. Ausencia de células neoplásicas. Tras cardioversión se realiza ingreso en Medicina Interna al detectar retracción del pezón mamario derecho, con palpación de masa retráctil supra-areolar y adenopatía axilar derecha patológica.

**Juicio clínico:** Carcinoma ductal infiltrante diferenciado estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** DP secundario a neoplasia, como primera causa de DP en mayores de 40años, siendo el principal causante adenocarcinoma de pulmón seguido del mesotelioma y neoplasias hematológicas y mamarias (presentación más frecuente en caso de recidivas). DP tuberculoso, principal sospecha en pacientes VIH+ o menores de 40años. DP paraneumónico o empiema. Si es trasudado (paracentesis diagnóstico- terapéutica), principal causa la insuficiencia cardíaca (otras causas serían hepatopatía crónica, síndrome nefrótico, pericarditis).

**Comentario final:** Son más frecuentes las presentaciones infrecuentes de enfermedades frecuentes que las presentaciones frecuentes de enfermedades infrecuentes. Con este caso se demuestra la importancia de pensar en las causas más frecuentes de las enfermedades pues la principal causa de DP en este caso habría sido una neoplasia, pulmonar debido al tabaquismo y neoplasia de mama por ser mujer.

## Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2015.