



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



283/81 - UNA SIMPLE TOS

G. Cano Conesa^a, M. Quesada Martínez^b y M. Cano Torrente^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. ^bMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^cMédico Residente. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 47 años, boliviana. Agrícola. Sana. Acude a consulta de AP por tos seca, fiebre de 38,5 °C, dolor en costado, astenia y pérdida de apetito, de 8 días de evolución, además 2 episodios de sudoración profusa nocturna. No pérdida de peso. Previamente 2 episodios de tos seca, empeoraban trabajando, tratados con antihistamínicos, precisó baja. Ha viajado a su país, volviendo hace 15 días. Exploración: buen estado general. Eupneica. Saturación 92%. Auscultación cardiaca normal, pulmonar: hipofonesis en hemitórax derecho, hasta campo medio, resto normal.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografía de tórax: derrame pleural hasta campo medio, derecho. Se deriva a Urgencias. Analítica: bioquímica e iones normal, PCR 141,2, coagulación, hemograma, marcadores tumorales, TSH, Beta2 microglobulina y proteinograma normales. Gasometría arterial: pH 7,42, pCO₂ 32, PO₂ 81, HCO₃ 20, Sat 96%. Antígeno de Legionella y neumococo en orina negativos. Mantoux positivo. Hemocultivos, VIH negativo. TAC: atelectasias. DP derecho, parcialmente loculado. Pared pleural: leve engrosamiento difuso con realce homogéneo. Conclusión: los hallazgos radiológicos sugieren tuberculosis. Toracocentesis: líquido pleural: amarillo claro. Leucocitos 1.290 (99% mononucleares), pH 7,31, ADA 175, LDH 889, proteínas 5,1. No se observan BAAR. Cultivo de micobacterias en LP: negativo. Citología: celularidad linfocitaria de pequeño tamaño de predominio CD 3, CD43 y negatividad para CD5. Ausencia de células neoplásicas. Compatible con proceso inflamatorio crónico. Fibrobroncoscopia: no se observan BAAR. Se observan células mononucleares. Cultivo negativo. Biopsia pleural transcutánea: cultivo habitual y micobacterias: negativo. AP: pleuritis granulomatosa epitelioides con células gigantes tipo Langerhans. El estudio histoquímico es negativo, aunque la morfología es muy sugestiva de proceso tuberculoso.

Juicio clínico: Tuberculosis pleural.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural paraneumónico, paraneoplásico, tuberculoso.

Comentario final: La TBPCP representa el 4-10% de todos los casos de TBC, y el 10-15% de series de DP estudiados mediante toracocentesis en España. Es la causa más frecuente de TBC extrapulmonar. En España afecta especialmente a jóvenes, menores de 35 años (60-70%). Clínica: aguda o subaguda, tos, dolor torácico y fiebre (70%), astenia, anorexia, pérdida de peso, sudoración

y disnea. Suele ser unilateral (95%), pequeño-moderado, un 15% es masivo, 30% loculado.

Bibliografía

1. Victoria VG, Enrique CV, Alberto FV. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento derrame pleural. SEPAR. 2014;50(6).