



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

452/52 - ¿DOLOR MUSCULAR COSTAL?

B. Valle Salazar¹, N. Lanau Bellosta¹, C. Izquierdo Rodríguez¹, B. Ráfales Perucha², P. Coomonte Túnez¹, L. Val Gil³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario. Zaragoza. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 34 años sin alergias medicamentosas. No antecedentes quirúrgicos ni médicos de interés; en tratamiento con Nuvaring. Acude a consulta de Atención Primaria por presencia desde hace unos días de dolor en región costal e hipocondrio izquierdos sin fiebre ni hemoptisis ni clínica miccional ni digestiva. Tras exploración física impresión diagnóstica de dolor muscular pautando tratamiento sintomático. Vuelve dos semanas después por persistencia de la clínica pese a la medicación junto con disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientada, normohidratada, normocoloreada, discreta taquipnea, tensión arterial: 96/68. Auscultación pulmonar: ruidos cardiacos rítmicos a 95 latidos por minuto; auscultación pulmonar: hipoventilación base izquierda; exploración abdominal: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio izquierdo/región costal baja ipsilateral; extremidades inferiores sin signos de trombosis venosa profunda. Pruebas complementarias: analítica sanguínea: bioquímica básica sin alteraciones, proteína C reactiva: 2,89 mg/dL, no leucocitosis ni neutrofilia, elevación de dímero D (4.300 ng/mL), gasometría arterial basal: pH: 7,48, pO₂: 62 mmHg, pCO₂: 30 mmHg. Radiografía de tórax: derrame pleural izquierdo. TAC torácico: voluminoso derrame pleural izquierdo con atelectasia compresiva secundaria, sin evidenciarse alteraciones vasculares. Estudio de líquido pleural (drenados 2.000 ml) con características de exudado y elevación de adenosín deaminasa (ADA) siendo su valor 80 U/L. Biopsia pleural: pleuritis granulomatosa, granulomas epitelioides y componente linfocitario inflamatorio periférico. Mantoux: induración mayor de 20 mm. Esputo: baciloscopia y cultivo negativos. Estudio de autoinmunidad sin alteraciones. Serología para VIH negativa.

Juicio clínico: Paciente evaluada inicialmente en centro de salud con impresión diagnóstica de dolor muscular. Tras dos semanas sin mejoría asociando deterioro clínico (taquipnea, disnea) y alteraciones en la auscultación pulmonar (hipoventilación base izquierda) se decide derivación a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias: analíticas (principalmente gasometría arterial) y de imagen; tras las cuales se cursa ingreso en planta para estudio. Dados los resultados de las pruebas complementarias (biopsia pleural con granulomas, elevación de ADA en líquido pleural, Mantoux positivo y estudio de esputo anodino) se interpreta el proceso como pleuritis tuberculosa no bacilífera. Se inicia tratamiento con cuádruple terapia.

Diagnóstico diferencial: Dolor muscular, tromboembolismo pulmonar, neoplasia pulmón.

Comentario final: La tuberculosis pleural es una de las localizaciones más frecuentes de afectación extrapulmonar de la tuberculosis. Generalmente cursa con dolor torácico pleurítico, disnea, pérdida de peso, fiebre; de manera aislada o en combinación. El tratamiento no difiere de las pautas antibióticas empleadas para las formas pulmonares. No precisa estudio de contactos.

Bibliografía

Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. Rev Esp Sanid Penit. 2015;17:3-11.

Light RW. Trastornos de la pleura. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 2008.

Palabras clave: Pleuritis. Tuberculosis. Derrame pleural.