Para la elaboración del póster, decidimos detenernos en explicar y analizar los siguientes aspectos del caso clínico que se nos presentó:

1.- SEMIOLOGÍA

Cuando se acumula líquido en el espacio pleural puede dar, como en este caso, origen a un derrame pleural en el que encontramos los siguientes signos y síntomas:

- Dolor pleurítico: esto se debe a que como en la pleura hay nervios al estar afectado el espacio pleural se produce dolor en el tórax. Además, es característico de este dolor que aumente con la tos y en la fase inspiratoria.
- Síntomas constitucionales (3A): encontramos que el paciente tiene Anorexia o falta de apetito, Astenia (cansancio, incluso en reposo) y Adelgazamiento. Debido a estos síntomas en las personas que tengan alrededor de 50 años debemos sospechar una neoplasia cuando se acompañe de dolor pleurítico, como en este caso.
- Disnea Progresiva: habrá una sensación subjetiva de falta de aire, dependiendo su intensidad de la rapidez y cantidad de líquido.

2.- MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL.

El paciente acude a consulta remitido por su médico de familia por presentar desde hace un mes aproximadamente dolor en el hemitórax izquierdo y disnea progresiva desde las últimas tres semanas. No presenta fiebre ni traumatismo torácico, notó por primera vez el dolor al levantar peso.

El dolor, de un mes de evolución, aparece de forma súbita, a raíz de un desencadenante de sobreesfuerzo físico. La clínica de disnea, de tres semanas de evolución, presenta instauración y agravamiento progresivo.

No se aprecia causa infecciosa ni traumática.

El paciente no ha recibido tratamientos previos para este episodio, ni refiere haber consultado a su médico hasta la presente consulta.

3.- ANAMNESIS

- Varón,
- No posee alergias a medicamentos conocidas
- Exfumador desde hace 20 años. Solía fumar un paquete a la semana (aprox.)
- No tiene antecedentes familiares de interés
- Profesión: policía retirado
- Antecedentes personales:
 - DM tipo II sin complicaciones vasculares conocidas.
 - HTA sin afectación de los órganos diana.
 - Adenocarcinoma de próstata diagnosticado en enero de 2020.

4.- EXPLORACIÓN FÍSICA

● Inspección: El paciente se encuentra consciente y orientado. Eupneico en reposo, sin cianosis y acropaquias. Buen estado general.

● Palpación: Abolición de las vibraciones vocales en base del pulmón izquierdo.

Pedimos al paciente que repita el número “33” mientras palpamos las diferentes zonas. La vibración del sonido no se transmite correctamente debido a que existe una masa aislante líquida entre el pulmón y la pared torácica.

Pulmón derecho normal.

● Percusión: Existe matidez del hemitórax afectado. La percusión debería ser timpánica cuando el pulmón se encuentra lleno de aire.

Pulmón derecho normal.

- Auscultación: Disminución del murmullo vesicular en base del pulmón izquierdo. En condiciones normales deberíamos escuchar con claridad el ruido que realiza el aire al pasar por las vías aéreas y los alvéolos, en este caso existe una masa de líquido que se interpone entre el pulmón y la caja torácica impidiendo la transmisión del sonido. En la auscultación confirmamos también la abolición de las vibraciones vocales. Respecto a la auscultación cardíaca, se encuentran tonos rítmicos, sin soplos.

80 años de edad:

5.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiografía de tórax con aumento de densidad de líquido en el hemitórax izquierdo. No se aprecia la línea que delimita el final del pulmón. No existe cardiomegalia ni lesiones óseas. Parénquimas pulmonares de aspecto normal, con derrame pleural izquierdo en cuantía moderada e imagen sugerente de masa hilar izquierda.

La ecografía torácica denota derrame pleural izquierdo en cuantía abundante, sin lesiones aparentes en pleura.

TC de tórax, abdomen y pelvis en los que se observa la presencia de 8 lesiones nodulares con distribución en ambos hemicampos pulmonares. Se aprecia extenso derrame pleural izquierdo con atelectasia pasiva del parénquima subyacente.

Tras la realización de una toracocentesis se recogen los siguientes parámetros bioquímicos que, atendiendo a los Criterios Light, apuntan a un exudado descartando la presencia de transudado:

- Lactato Deshidrogenasa en líquido pleural: 1526,4 U/L - Lactato Deshidrogenasa en suero: 482 U/L

- Proteínas totales líquido pleural: 4,45 g/dL

- Proteínas Totales (plasma): 7,1 g/dL

6.- JUICIO CLÍNICO

Según la analítica del líquido pleural podremos identificar si se trata de un trasudado o exudado.

- Trasudado = acúmulo de agua. Puede deberse por insuficiencia cardiaca, renal o hepática. En su caso hay que forzar la diuresis, administrando diuréticos para aumentar la micción.

- Exudado = inflamación del tejido que cursa con extravasación por aumento de la permeabilidad, siendo el responsable de que se forme líquido. Puede ocurrir por causa infecciosa, inflamatoria o tumoral.

Tomado de referencia los criterios de Light (antes mencionados), obtenemos el juicio de un exudado:

- Proteínas totales (líquido pleural): 4,45 g/dl.

- Lactato deshidrogenasa (líquido pleural): 1526,4 U/L

- Lactato deshidrogenasa en sangre: 482 U/L.

Según el estudio de citología obtenemos un producto de toracocentesis amarillento que comprende un fondo seroso, con presencia de linfocitos y polinucleares (neutrófilos y eosinófilos) en cuantía ligera.

Causa del exudado: en nuestro caso, la causa más probable es origen metastásico, al detectar lesiones nodulares múltiples de nueva aparición en ambos campos pulmonares, en notable mayor grado en izquierdo. Además, la presencia de linfocitos en el líquido pleural sugiere la presencia de metástasis pleurales.

Tras la realización de la exploración junto las pruebas complementarias se detecta derrame pleural izquierdo – exudado linfocitario.

7.- TRATAMIENTO

Una vez confirmada la sospecha diagnóstica de un derrame pleural, nos dirigimos a evaluar las distintas posibilidades terapéuticas que se nos ofrecen.

En primer lugar, el edema de nuestro paciente es un exudado. Esto significa que existe un problema en la pleura que está inflamándola y es el responsable de que se forme líquido, extravasándose por un aumento de la permeabilidad.

Si se tratara de un transudado (que reiteramos, no es el caso), aplicaríamos diuréticos para forzar la diuresis. Sin embargo, aplicarlos en este caso no serviría de nada.

El tratamiento de un exudado se basa en la resolución de la causa, en la que se recogen 3 posibilidades: patología infecciosa, inflamatoria o tumoral.

Ante una patología infecciosa aplicaríamos antibióticos, antivírico... de manera que erradiquemos el patógeno.

Si la causa fuese inflamatoria, se debería de saber si hay posibilidad de que algún fármaco o intervención quirúrgica previa fueran responsables de la misma. En el caso de que no, nos centraríamos en tratar enfermedades autoinmunes como las

conectivopatías (mediante un tratamiento con corticoides adecuado a la gravedad de la afección).

La última y más probable causa en relación con la historia clínica de nuestro paciente, es que el derrame pleural sea consecuencia de una patología tumoral (primaria, como por ejemplo el mesotelioma pleural o secundaria, como resultado de una metástasis).

Finalmente, esta actividad nos ha permitido conocer los pasos a seguir para afrontar un derrame pleural pero también hemos aprendido a trabajar, cooperar y coordinarnos en un grupo grande de personas con un objetivo común de ayudar al paciente.