

SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

DERRAME PLEURAL RECURRENTE

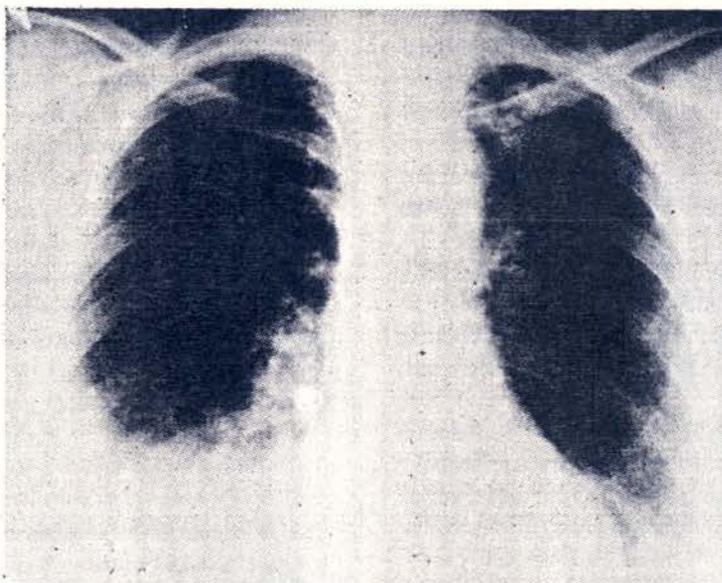
* Dra. Tereza Goig Escudero
* Dr. Héctor Hernández E.
o Dr. Rafael Lugo Bretón

HISTORIA DE ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente de 59 años de edad que, un mes anterior a su ingreso, empieza con fiebre, escalofríos, disnea intensa, siendo tratada con Ventolin, Pantomicina, Solufilina y Tedral, no notando mejoría. Ingresa en nuestro centro para estudio y tratamiento.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Bronquitis Asmática. Epilepsia desde los 14 años. Paludismo. Gripe Asiática. Tuberculosis Pulmonar hace 25 años y, desde entonces, a veces, Disnea de medianos esfuerzos. No fumadora.



(*) Hospital de Enfermedades del Tórax San Lorenzo del Escorial, Madrid, España.

(o) Médico ayudante Hospital Arístides Fiallo Cabral, La Romana, R.D.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre fallecido de pulmonía. Madre fallecida en la sepsis. Un hijo sano.

EXAMEN FISICO:

El único hallazgo anormal fue disminución del murmullo vesicular a la auscultación en la base del pulmón derecho. El abdomen globoso no permitía una palpación adecuada.

Mantoux: débil positivo. Rad. de Tórax (Fig. No. 1) infiltrado antiguo en vértice superior izquierdo y base derecha ocupada.

PROBLEMAS PLANTEADOS:

El día de su ingreso se le hace una punción evacuadora en seno costodiafrágico derecho; se le extraen 1,200 cc. de líquido sero-hemático, que se envía al laboratorio que reporta: "Rivalta Positivo; siembra en Agar, no se obtiene crecimiento; BK negativa; siembra en Löwenstein negativa. Se observan abundantes hematíes y algún leucocito aislado. No se observan Eosinófilos".

La muestra enviada al departamento de Anatomía Patológica fue reportada así: "Citología negativa en cuanto a malignidad. Componente hemorrágico inflamatorio subagudo marcado".

Al día siguiente se le extraen 900 cc. con el aspecto y coloración del líquido del primer día. Por la tarde empieza con disnea intensa, que viéndola a escopia, se diagnostica de neumotórax, sospechando sea yatrogénico. Se le deja drenaje, retirándose posteriormente. Se sigue extrayendo líquido el día octavo (800 cc). Día 16, (900 cc). Día 18 (700 cc). El día 20 (900 cc).

El día 20 de su internamiento se le practica una fibrobroncoscopia en donde no se observa alteración patológica. En vista de que no cede el derrame pleural, se decide realizarle una toracoscopia.

La paciente sigue reproduciendo su derrame pleural y casi todos los días hay que extraerle grandes cantidades de líquido.

Se decide suspender la Neosindantofna que la paciente estaba tomando desde hace años como tratamiento de su epilepsia, ya que se sabe que esta droga puede producir derrames pleurales. A pesar de ello, se sigue formando líquido pleural.

Sospechando que la paciente pudiera tener un tumor extratorácico que cursara con derrames pleurales, haciendo diagnóstico diferencial entre todos ellos, dado que es mujer en edad menopáusica, se decide que sea vista en un servicio de Ginecología, para practicar un eco abdominal, por si hubiera alguna masa ginecológica que a la palpación no se notara.

El eco abdominal nos diagnostica: "Gran masa dependiente de ovario izquierdo".

Se realiza una laparatomía, hallándose abundante ascitis serohemorrágica (semejante al líquido pleural, que por los linfáticos diafrágicos podría pasar al pulmón), y gran tumoración quística de ovario izquierdo en forma ovalada

de unos 20 x 15 cm.; se extirpan en bloque el ovario y la trompa izquierda.

Anatomopatología de la pieza extirpada, diagnóstico: "Cistoadenocarcinoma Papilar Seroso".

La paciente es dada de alta, habiendo desaparecido el derrame pleural totalmente ya sometida a ciclos de quimioterapia. Subjetivamente, se encuentra bien.

Por todo lo anteriormente expuesto, diagnosticamos este caso como "Síndrome de Demons-Meigs".

SINDROME DE DEMONS-MEIGS

Es una entidad clínico-patológica poco frecuente y poco diagnosticada.

Consta de la triada: Fibroma Ovárico, Ascitis e Hidrotórax. Este hidrotórax es pobre en proteínas (albúminas), es un líquido inflamatorio y hemorrágico, el cual posee un Rivalta negativo.

En casos de tumores malignos del ovario (Cistocarcinoma Seudomucinoso), junto a Ascitis y derrame pleural uni o bilateral, se denomina entonces "Pseudosíndrome de Meigs".

Este es un síndrome en el cual existe el peligro de hipoproteinemia y muerte por caquexia si no es diagnosticado a tiempo.

La patogenia es desconocida, pero los factores hormonales suelen ser determinantes.

Un hecho característico es la abundancia y rapidez de reproducción de los derrames.

La extirpación quirúrgica es el tratamiento, luego el derrame pleural y la ascitis desaparecen.

Es notable recalcar el hecho de que esta paciente presentó a nivel radiográfico lesiones compatibles con tuberculosis pulmonar, y fueron estudios posteriores los que determinaron que el derrame poseía otra etiología. En este caso se trata de enfocar la importancia de un buen examen físico a todo paciente, y no descartar nunca la posibilidad de patologías poco frecuentes.

BIBLIOGRAFIA

- Harrison: Tratado de Medicina Interna. 5ta. edición.
 J. Suró: Semiología Médica. 6ta. edición.
 Estape J.: Oncología Médica. Edición 1978.
 Robert G. Grasser J.A. Peter Pase. Diagnóstico de las Enfermedades del Tórax. 2da. edición, Salvat.
 Hyman S.F. Villa y F. Steigman. Mimetic Aspect of Ascitis. *Jama* 183:631. 1963.
 Willian R.H.: Textbook of Endocrinología. 6ta. edición.
 F. Raser, R.G., and Pare J.p.p. Diagnosis of Disease of the chest. 2da. edición.
 Holland, J.F., and Frei, E. Cancer Medicine. 2da. edición.