



Tumor fantasma un reto en el diagnóstico médico

1. Alejandro Román Rodríguez, Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa, Cuba, 55801397, alejandrromanrodriguez2@gmail.com.
2. Rosymar Silva Lago, Facultad de Ciencias Médicas de Artemisa, Cuba, 54644389, rosymarsilvalago2004@gmail.com.
3. José Alfredo Gallego-Sánchez, Universidad de Ciencias Médicas Dr. Zoilo Enrique Marinello Vidaurreta, Cuba, 58860759, jg97@nauta.cu
4. Lázaro Silva Ramos, Servicios de Hospitalización Manuel González Díaz, Cuba, 59389862

RESUMEN

Introducción: el tumor fantasma o tumor evanescente pulmonar es el derrame interlobar que aparece en pacientes con insuficiencia cardiaca descompensada, y simula una masa pulmonar que desaparece con el tratamiento adecuado.

Objetivo: presentar un caso de tumor evanescente pulmonar en un paciente masculino de 74 años de edad.

Presentación del caso: paciente del sexo masculino de 74 años de edad, de piel blanca, con antecedentes patológicos individuales de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, quien acudió a consulta por presentar disnea paroxística nocturna, ortopnea, dolor en punta de costado que se extendía hasta el reborde costal derecho y fiebre. Al examen físico se constataron estertores crepitantes en ambas bases pulmonares, hepatomegalia dolorosa y edema en ambos miembros inferiores.

Conclusiones: se describió el caso de un paciente con signos y síntomas de insuficiencia cardiaca, al cual finalmente se le diagnosticó un tumor evanescente pulmonar mediante radiografías de tórax seriadas, con la resolución del derrame tras instaurar el tratamiento diurético con furosemida, el cual resultó exitoso.

Palabras Clave: Diagnóstico; Edema; Hepatomegalia; Insuficiencia cardiaca; Tórax



INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome clínico complejo que resulta de cualquier deterioro ya sea estructural o funcional del llenado ventricular o gasto cardíaco. El cuadro resulta florido, pero las manifestaciones clínicas típicas se resumen a disnea y fatiga, puede conducir a la congestión pulmonar, esplácnica y edema periférico. La prevalencia de la IC se sitúa aproximadamente en el 1-2 % de la población adulta en países desarrollados, y aumenta a más del 10 % entre personas de 70 o más años de edad. El riesgo de IC a los 55 años es del 33 % para los varones y el 28 % para las mujeres. (1,2)

Cabe destacar que la mortalidad por IC en Cuba se incrementó de un total de 1 904 pacientes en el 2018 a 2 059 en el 2019, lo que representó tasas de 16,9 y 18,3 por cada 100 000 habitantes, respectivamente. Es de esperar que estas alarmantes cifras continúen en aumento como consecuencia de la transición epidemiológica que experimenta el país, pues hoy 20,9 % de los cubanos tienen 60 o más años de edad y se prevé que sea 30 % en el próximo quinquenio. (3)

En la insuficiencia cardíaca descompensada puede aparecer derrame pleural interlobar, que simula una masa pulmonar que desaparece con el tratamiento médico oportuno y es exactamente esto, lo que se le denomina tumor fantasma pulmonar. (4) Ocurre predominantemente en los hombres en el hemitórax derecho, y se reportan tres cuartas partes de los casos dentro de la cisura transversal derecha, con menos frecuencia dentro de la cisura oblicua. El compromiso simultáneo de ambas cisuras se ha reportado hasta en un quinto de los casos, resulta esporádico el compromiso del hemitórax izquierdo. (4)

Esta entidad fue descrita en 1928 por Stewart, quien lo llamó "hidrotórax lobar" tras la realización de una autopsia para confirmar una sospecha clínica. (5) Se desconoce su frecuencia de aparición y hasta el momento sigue siendo poco común.

Debido a su baja frecuencia, así como, la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con masas o nódulos pulmonares de otra etiología para comenzar con el tratamiento adecuado, el presente artículo tiene por objetivo describir un caso de tumor fantasma pulmonar en un paciente de 74 años de edad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 74 años de edad, piel blanca, procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, para lo cual



mantiene tratamiento con Enalapril (tableta de 20 mg) 20 mg en dosis única vía oral, Espironolactona (tableta de 25 mg) 25 mg una vez al día y Digoxina (tableta de 0,25 mg) 0,25 mg una vez al día. Acude a cuerpo de guardia por haber presentado disnea paroxística nocturna, que mejoraba al reposo, se exacerbaba con los pequeños esfuerzos y ortopnea. Además, un dolor punzante, lacerante, paroxístico, en punta de costado que se extendía hasta el reborde costal derecho y mejoraba con los cambios de posición sin desaparecer completamente.

También fiebre de 38° C que se presentaba en cualquier horario y cedía fácilmente con la administración de antipiréticos como la dipirona (ámpulas de 600mg) intramuscular.

Al examen físico destacaron:

Edema normotérmico, duro, brillante, liso, tenso, ligeramente doloroso y de fácil godet en ambos miembros inferiores; estertores crepitantes con predominio hacia las bases pulmonares; hepatomegalia dolorosa, que rebasa alrededor de 2 cm el reborde costal derecho, acompañada de reflujo hepatoyugular.

Se indicaron complementarios de laboratorio, cuyos resultados se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Complementarios de laboratorio

Complementario	Resultado	Valor de referencia
Hematocrito	0,46	0,40-0,50
Hemoglobina	14 g/dl	12-16 g/dl
Glicemia	6 mmol/L	4,2-6,1 mmol/L
Ácido Úrico	225 mmol/L	208-428 mmol/L
Urea	6,7 mmol/L	1,7 -8,1 mmol/L
Creatinina	96 mmol/L	40-128 mmol/L



Proteínas Totales	67 g/L	60-80 g/L
TGP o ALAT	28 U/L	0-49 U/L
TGO o ASAT	30 U/L	0-46 U/L

Se realizó electrocardiograma, en el que se precisaron extrasístoles ventriculares aisladas grado I según la clasificación de Lown y Wolf (extrasístoles monomórficas menores a 30 segundos), sin alteraciones del segmento ST, como se ilustra en la imagen 1.



Imagen 1. Electrocardiograma realizado al paciente.

Se realizó radiografía simple de tórax en proyección posteroanterior, en la que se observó un aumento de la silueta cardiaca, engrosamiento pleural derecho periférico, imagen a tipo masa en tercio medio inferior derecho y opacidad intersticial en bases como se observa en la imagen 2.

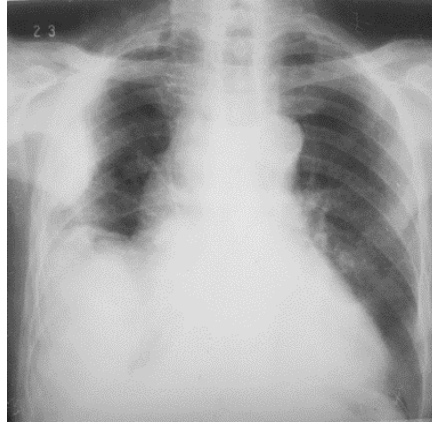


Imagen 2. Radiografía simple de tórax en proyección posteroanterior.

Se indicó tratamiento con diurético, en este caso furosemida 20 mg por vía intravenosa cada 8 horas por 72 horas; hubo mejoría tanto clínica como radiológica considerables luego a razón de 40 mg por vía oral cada 12 horas hasta completar 10 días para repetir la imagen radiográfica y reacomodar tratamientos en consultas de seguimiento. En la radiografía en vista anteroposterior de tórax, realizadas al tercer día del ingreso se observa una resolución parcial de los engrosamientos pleurales y desaparición de la aparente opacidad en el tercio inferior del pulmón derecho, lo que confirmó el diagnóstico del tumor evanescente pulmonar, aunque sí persistió el aumento de la silueta cardiaca, como se aprecia en la imagen 3.

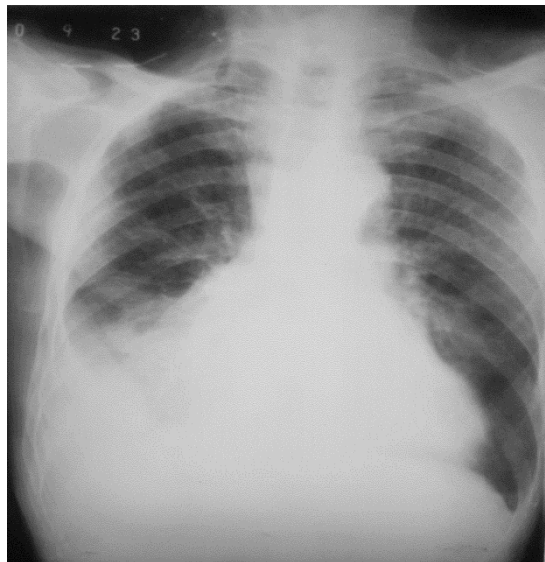




Imagen 3. Radiografía simple de tórax en proyección posteroanterior después del tratamiento diurético.

DISCUSIÓN

El tumor fantasma o evanescente se caracteriza por la presencia de derrame pleural interlobar localizado, que aparece en los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, aunque se puede presentar también en casos de insuficiencia renal e hipoalbuminemia; o en ocasiones puede simular una masa tumoral que desaparece con tratamiento médico. (6)

Aunque no se conoce muy bien la causa de su aparición se asocia con defectos congénitos de la pleura o con la presencia de adherencias debidas a procesos pleurales antiguos. (7)

Un papel clave en su patogénesis está relacionado con las adherencias y la obliteración del espacio pleural alrededor del borde de la cisura debido a la pleuritis. En tal configuración, los tumores fantasmas se dan cada vez que la trasudación desde el espacio vascular pulmonar excede la capacidad de resorción de los linfáticos pleurales. Sin embargo, esta distribución intercisural atípica de derrames pleurales también se puede explicar por aumento local del retroceso elástico de pulmón adyacente, parcialmente atelectásico, que produce un efecto de “ventosa” y favorece la acumulación de líquido, incluso en ausencia de adherencias pleurales. La predilección por el lado derecho se debe a que hay mayor presión hidrostática a diferencia del lado izquierdo, lo cual produce incremento del drenaje venoso y linfático que conduce a la acumulación de líquido. (8)

En algunos casos la proyección lateral de la radiografía de tórax puede orientar el diagnóstico porque permite la localización de la lesión. La historia clínica, así también como los antecedentes epidemiológicos, son de ayuda en el diagnóstico. (9) Resulta útil la comparación con radiografías de tórax, para descartar posibles procesos tumorales.

Los síntomas y signos clínicos de insuficiencia cardíaca pueden constituir un elemento clínico orientador. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en los carcinomas pulmonares la disnea se describe en cerca del 60 % de los pacientes, teniendo como característica el inicio progresivo, usualmente asociado con la diseminación intratorácica.



La aparición de otras imágenes radiológicas como cardiomegalia o líquido en los ángulos costofrénicos, son sugestivas del diagnóstico, aunque también pueden cursar sin ellas. La presencia de una masa en el parénquima pulmonar, obliga a realizar un diagnóstico diferencial entre neumonía y tumor. Es muy relevante la correcta interpretación de los complementarios; por parte del facultativo en el proceso, pues se debe tener en cuenta que la presencia de leucocitosis en el hemograma, lo que orientaría hacia un proceso infeccioso; se hace presente en el cáncer de pulmón y junto a la reacción leucoeritroblástica. (10,11,12)

La neumonía redonda es otra enfermedad que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de un tumor fantasma. Predomina en la infancia y es un proceso raro en adultos. Se localiza con mayor frecuencia en los lóbulos inferiores y una historia de fiebre y tos sugiere una causa infecciosa; sin embargo, estos síntomas pueden estar ausentes o no coincidir temporalmente con la imagen radiológica.(11,13) Aunque, el cuadro clínico oriente hacia falla cardíaca por la clínica del paciente, se debe incluir el infarto pulmonar como diagnóstico diferencial, debido a que es una complicación que aparece entre el 10 al 15 % de los casos de tromboembolia pulmonar y es secundario a la obstrucción de arterias segmentarias o subsegmentarias.(14) Con frecuencia se asocia a personas con enfermedad cardiovascular o neoplásica subyacente, lo que coincide con el presente caso por presentar afecciones cardiovasculares.

CONCLUSIONES

La dificultad del diagnóstico del tumor evanescente nace en la necesidad de un enfoque adecuado, en aras de optimizar tiempo de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Así mismo, se resalta la poca asiduidad de esta entidad y cómo su tratamiento está sujeto a estudios de bajo costo que, interpretados de manera apropiada, definirán el desenlace. La complejidad en el diagnóstico de esta condición subyace en los pocos casos reportados, de ahí la importancia de tener conceptos claros para efectuar un abordaje acertado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez-Alfonso CO, Centurión OA. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardíaca congestiva crónica. Rev virtual Soc Parag Med Int. [Internet]. 2019 [citado 08/06/2024];6(1): 75-85. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000100075&lng=en.



2. Fernández-Sánchez JA, Moreira-Vera JJ, Santana-Lopera KL, Cedeño-Medrana EF. Factores que inciden en la insuficiencia cardiaca en pacientes en edades adultas. Uct [Internet]. 2023 [citado 08/06/2024]; 27(119): 118-115. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-48212023000200108&lng=es.
3. Turro-Mesa L, del Río-Caballero G, Turro-Caró E, del Río-Mesa G, Mesa-Valiente R. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 08/06/2024]; 27 (3): e4106. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4106>
4. Labrador-Descalzo S, Zulueta-Moreno A. Tumor evanescente en un varón anciano fumador [A case of vanishing tumor in a smoker elderly male]. Aten Primaria. [Internet]. 2022 [citado 08/06/2024] ;54(10):e102457. Disponible en: doi: 10.1016/j.aprim.2022.102457
5. Dávila-Hernández C, Ñahuis-Palomino C, Peralta-Obregón P, Bendezú-Ramos G, Cárdenas-Trejo J, Picoy-Romero D. Tumor fantasma del pulmón. Rev Soc Peru Med Interna. [Internet]. 2020 [citado 08/06/2024];33(4): 161-163. Disponible en: <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i4.564>
6. Forero-Saldarriaga S. Claves diagnósticas en el paciente adulto con derrame pleural: revisión narrativa. Iatreia [Internet]. 2020 [citado 08/06/2024]; 33(4): 348-359. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932020000400348&lng=en.
7. Ocampo JM, Urrea-Zapata JK, Gutiérrez-Londoño H, Jurado-Delgado J, Uribe-Valencia MA. Tumor evanescente: un reto diagnóstico. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2018 [citado 08/06/2024]; 25(2): 153-153. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.08.023>
8. Riveiro-Gouvêa R, Gomes-da Paz AO. Tumor Evanescente: Um achado radiológico raro da Insuficiência Cardíaca. Braz Journ of Health Rev [Internet]. 2020 [citado 08/06/2024]; 3(6): e1970. Disponible en: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/21911>.
9. González-Rodríguez R, Cardentey-García J. La historia clínica médica como documento médico legal. Rev Med Electrón. [Internet]. 2015 [citado 08/06/2024]; 37(6): 648-653. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011&lng=es
10. Fanta CH, Kacoyanis GP, Koster JK Jr, McFadden ER. Pseudopseudotumor of the lung. Hepatic herniation into the right major fissure imitating a pseudotumor on chest



roentgenogram. CHEST. [Internet]. 1980 [citado 08/06/2024]; 78(2): 249-414.

Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7398430/>

11. Labrador-Bernal R, Valido-Valdes D, Campo-Díaz MC. Valor de la leucograma en el proceso diagnóstico del paciente pediátrico. Rev Cienc Méd [Internet]. 2022 [citado: 08/06/2024]; 26(6): e5532. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5532>
12. Rodríguez C, Vargas BC, Rojas E, Velásquez C, de la Maza V, Mancilla E. Lesiones cavitadas pulmonares: diagnóstico diferencial y revisión pictográfica. Rev chil radiol [Internet]. 2023 [citado 08/06/2024]; 29(2): 57-67. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/rchrad.22000067>
13. Cemeli-Cano M, Laliena-Aznar S, Valiente-Lozano J, Martínez-Ganuzza B, Bustillo-Alonso M, García-Vera C. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. Rev Pediatr Aten Prim [Internet]. 2020 [citado 08/06/2024]; 22(85): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es
14. Arias-Rodríguez FD, Armijos-Quintero DA, Beltrán-Vinueza PA, Córdova-Macías DV, Guadamud-Loor JX, Osejos-Moreira WD, et al. Diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar. Revisión bibliográfica. Rev mex angirol. [Internet]. 2022 [citado 08/06/2024]; 50(3): 96-109. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/rma.22000018>

DRCLARACIÓN DE AUTORÍA

ARR: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, supervisión, validación, redacción-revisión y edición.

RSL: conceptualización, análisis formal, investigación, administración del proyecto, recursos, validación, redacción del borrador original.

JAGS: curación de datos, análisis formal, metodología, recursos, validación, visualización.

LSR: curación de datos, análisis formal, metodología, recursos, validación, visualización.

CONFLICTOS DE INTERESES



Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

No se recibió financiación externa para el desarrollo del presente artículo.