

IMÁGENES

Tumor evanescente en un varón anciano fumador

A case of vanishing tumor in a smoker elderly male

Salvador Labrador-Descalzo^{a,*} y Ainhoa Zulueta Moreno^b^a Centro de Salud de Ampuero, Cantabria, Servicio Cantabro de Salud, Cantabria, España^b Hospital Comarcal de Laredo, Cantabria, Servicio Cantabro de Salud, Cantabria, España

Se denomina tumor fantasma o evanescente al derrame pleural interlobar que aparece en los pacientes con fallo cardiaco descompensado y que simula una masa pulmonar que desaparece con el tratamiento médico^{1,2}.

Se trata de un varón de 70 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad con IMC de 38 y fumador de cinco a seis cigarrillos al día que acude al Servicio de Urgencias por inestabilidad de la marcha de seis horas de evolución.

A la exploración física destacan cifras tensionales de 136/72 mmHg y glucemia capilar de 105 mg/dL, saturación de oxígeno de 91% y pulso rítmico a 62 lpm. La exploración neurológica reveló una prueba de Babinski-Weil desplazado a la izquierda y marcha en tándem realizada con dificultad. El electrocardiograma (ECG) con ritmo sinusal mostró un bloqueo AV de primer grado y bloqueo incompleto de rama derecha con ondas T negativas en cara inferior (DIII). Destaca en la bioquímica una PCR de 1,2 mg/dL y VSG de 65 mm. El estudio de coagulación muestra un dímero D de 2.067 ng/mL y fibrinógeno de 646 mg/dL. La gasometría arterial muestra un pH ligeramente alcalótico de 7,46; PaO₂ descendida de 77 mmHg (80-108 mmHg) expresión de cierta hipoxia tisular y PaCO₂ de 41 mmHg (35-48 mmHg) con bicarbonato arterial compensando 29,2 mmol/L (21-26 mmol/L) y exceso de base aumentado en 4,9 mmol/L (-2,5-2,5 mmol/L) y cooximetría con cifras de oxihemoglobina 91,5% (94-97%).

La historia y el examen físico son críticos para guiar la evaluación de un derrame pleural. La existencia de venas yugulares distendidas en el cuello y un tercer tono o edemas periféricos sugieren insuficiencia cardiaca congestiva (crónica) y una joroba ventricular derecha o la existencia de tromboflebitis sugiere embolismo pulmonar. La presencia de linfadenopatía o hepatoesplenomegalia sugiere enfermedad neoplásica y el hallazgo de ascitis una causa hepática³.

En la radiografía de tórax de proyección PA y lateral (figs. 1 y 2) se observa líquido encapsulado en cisura menor con atelectasia en el lóbulo medio del hemitórax derecho, en ambas.

El diagnóstico diferencial de un pseudotumor o tumor evanescente debe realizarse básicamente con la insuficiencia cardiaca, donde el derrame pleural puede acompañar tanto a la insuficiencia cardiaca (IC) derecha como izquierda, siendo típico que el derrame pleural sea más marcado en el lado derecho a nivel de la cisura menor, de contorno lenticular o biconvexo⁴, de forma que un derrame pleural izquierdo debe hacernos dudar de que su causa sea la insuficiencia cardiaca¹, y también con el infarto pulmonar, mesotelioma, tuberculoma, quiste hidatídico y tumor maligno pulmonar^{5,6}.

La espirometría de curva flujo-volumen realizada muestra un patrón normal, dados sus valores.

Se realizó a través de interconsulta con Neumología, una tomografía axial computarizada torácica y en esta se evidenció una masa pulmonar en lóbulo superior derecho compatible con neoplasia pulmonar y adenopatías hiliares ipsilaterales sin evidencia de enfermedad metastásica. En la biopsia bronquial realizada se evidenció en el estudio

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salvadorlabrador@hotmail.com
(S. Labrador-Descalzo).

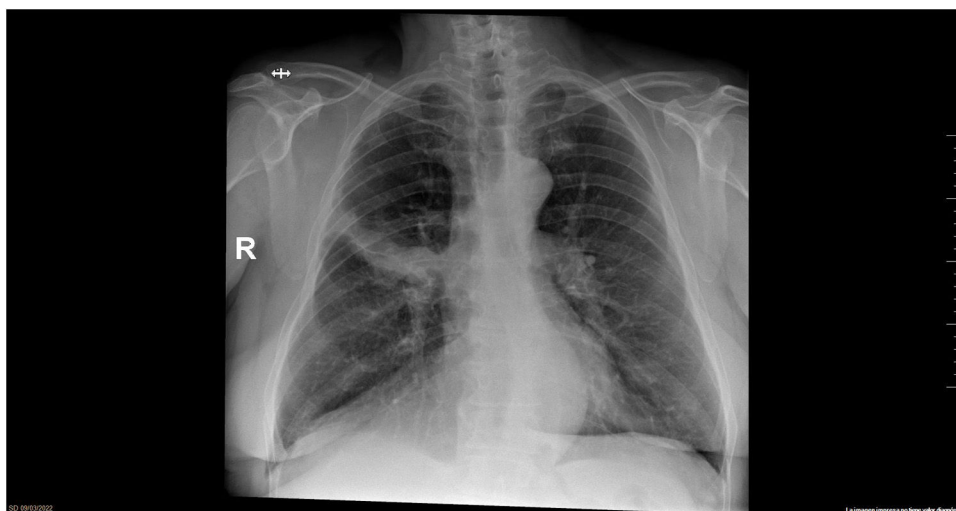


Figura 1 Rx de tórax PA: imagen de densidad aumentada biconvexa a nivel de la cisura menor pulmonar con borramiento de la silueta cardiaca derecha y aumento del tamaño del hilio.



Figura 2 Rx de tórax lateral: atelectasia del lóbulo medio pulmonar derecho.

de anatomía patológica un carcinoma escamoso queratinizante.

Consentimiento informado

Se solicitó consentimiento informado al paciente para esta publicación y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Financiación

Los autores declaran no tener una fuente de financiación para este trabajo, además, se han seguido las normas del Centro de Salud y Hospital para el tratamiento de los datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. De Teresa E, Flores A, de Teresa R, Gomez Doblas JJ. Insuficiencia cardiaca crónica. *Medicine*. 2009;10:2331-9.
2. Light RW. Pleural effusion. *N Engl J Med*. 2002;346:1971-7.
3. Goodman LR. Felson's Principles of Chest Roentgenology. Third edition. Saunders; 2007. p. 183-5.
4. Lima Rodriguez EM, Calvo Romero JM. Tumor evanescente o fantasma. *Semergen*. 2008;34:163.
5. Llens Pages A, Fito Tarrago R, Moret Serralta A. Tumor fantasma. *FMC*. 2010;17:500-1.
6. Pedrosa CS, Casanova-Gomez R. Tratado de radiología clínica, 1. McGraw Hill-Interamericana; 1987. p. 168.