

situaciones clínicas

Un caso de tumor fantasma

M. Repiso^a, M.J. Elizondo^b, F. Jiménez^c y M. Barrón^d

^aMédico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño.

^bDiplomada en Enfermería. Hospital de Navarra. Pamplona. ^cServicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño. ^dJefe de Sección de Neumología. Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro. Logroño.

INTRODUCCIÓN

Un tumor fantasma es una acumulación localizada de líquido en el espacio pleural interlobar secundaria a insuficiencia cardíaca.

Es una entidad infrecuente, pero bien conocida, cuya importancia radica en la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial con otras causas de nódulos o masas pulmonares.

Su manejo diagnóstico y terapéutico puede ser abordado en su integridad en el ámbito de la atención primaria, evitando la realización de pruebas diagnósticas agresivas.

La realización de una radiografía torácica de control en la que se demuestre la desaparición del líquido tras instaurar tratamiento diurético permite el diagnóstico de confirmación de un tumor fantasma.

CASO CLÍNICO

Varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, pleuritis tuberculosa e infarto agudo de miocardio. No ha sido fumador y ha trabajado como agricultor. En su situación funcional basal presenta disnea de medianos esfuerzos y edemas ocasionales en las extremidades inferiores que desaparecen tras la toma de diuréticos de forma intermitente.

Es remitido para estudio porque en una radiografía de tórax de rutina se apreciaba una masa en la base pulmonar derecha, que no aparecía en placas previas que se habían realizado un año antes.

En la exploración física el paciente se encuentra afebril, eupneico en reposo, con tonos cardíacos puros y ritmicos y con algunos crepitantes en ambas bases en la auscultación pulmonar. En las extremidades inferiores se aprecian discretos edemas bilaterales, siendo el resto de la exploración física normal.

En la analítica de sangre, el hemograma y la bioquímica presentan valores normales, con una VSG de 21/39.

El electrocardiograma demuestra un ritmo sinusal con ondas Q de necrosis e imágenes de sobrecarga en derivaciones izquierdas.

La baciloscopía y el cultivo de esputo en medio de Löwenstein son negativos.

En la radiografía de tórax (posteroanterior y lateral) (fig. 1) se aprecia una imagen de masa ovalada de 5 × 4 cm en la base pulmonar derecha, una disminución de volumen en el hemitórax izquierdo con placas de paquipleuritis calcificada y una discreta cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas. Se continúa el estudio con la realización de una TC torácica (fig. 2), unos días más tarde, en la que no se identifica la imagen de masa en la base derecha. Una semana más tarde se realiza una nueva placa de tórax en la que persisten las imágenes previamente descritas, pero con desaparición de la masa en la base pulmonar derecha.

Durante los días previos a la realización de la TC y de la segunda radiografía se trató al paciente con diuréticos e inhibidores de la enzima conversiva de la angiotensina para mejorar los síntomas de insuficiencia cardíaca.

El diagnóstico es de tumor fantasma producido por derrame pleural localizado en la cisura mayor del pulmón derecho secundario a insuficiencia cardíaca, que desapareció tras instaurar tratamiento diurético y vasodilatador.

DISCUSIÓN

Se denomina tumor fantasma al derrame pleural interlobar localizado que aparece en los enfermos con insuficiencia cardíaca simulando una masa pulmonar y que desaparece con tratamiento médico¹.

Fue descrito por primera vez por Stewart en 1928.

Al revisar la literatura médica hay controversias con respecto a la nomenclatura y también se pueden encontrar con esta denominación procesos como derrames pericárdicos localizados, neumonías redondas, etc. Asimismo, puede apreciarse como un tumor evanescente. La causa de su aparición no es conocida y se especula con su asociación a defectos congénitos de la pleura o con la presencia de adherencias debidas a procesos pleurales antiguos.

Se localizan con mayor frecuencia en la cisura menor, aunque esto puede ser debido a que los derrames pleura-

Correspondencia: Dra. M. Repiso Moreno.
Avda. Eulza, 77, 1.^o D. 31010 Barañáin. Navarra.

SEMERGEN: 2001; 27: 320-321.

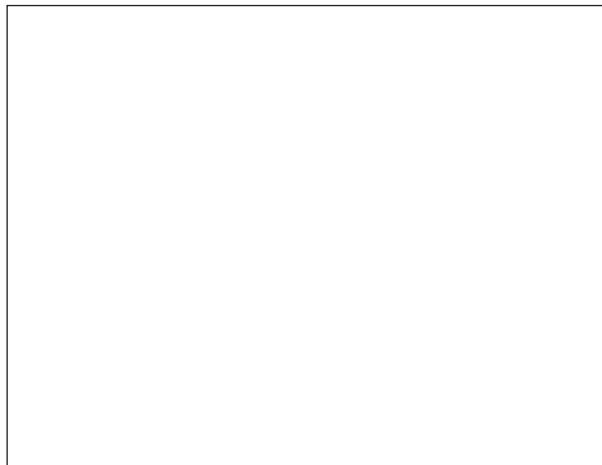


Figura 1. Masa en la base pulmonar derecha que corresponde a la presencia de líquido en la cisura mayor derecha.

les en esta localización son más fácilmente visibles en la proyección posteroanterior de la placa de tórax. Esto se debe a que las cisuras interlobares tienen un grosor menor de 1 mm y para ser visibles el haz de rayos debe incidir paralelo a su eje. Molino et al presentan una revisión de 16 casos, de los cuales en 9 la localización era en la cisura menor, 5 en la cisura mayor derecha, uno en la cisura mayor izquierda y en otro había afección de dos cisuras, la menor y la mayor izquierdas¹.

En la mayoría de los casos descritos el tumor fantasma suele asociarse a signos clínicos de insuficiencia cardíaca, aunque en algunos pacientes éstos pueden estar ausentes y el derrame es un hallazgo radiológico subclínico.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con otros procesos, como mesoteliomas pleurales localizados, infartos pulmonares, tumores pulmonares primitivos o metástasis, quistes hidatídicos, tuberculomas, neumonías redondas, etc.

Es importante considerar esta posibilidad diagnóstica para evitar la realización de estudios agresivos como broncoscopia o biopsias. Los síntomas y signos clínicos de insuficiencia cardíaca pueden ser un dato orientativo. La aparición de otras imágenes radiológicas, como cardiomegalia o líquido en los senos costofrénicos, pueden ser sugerivas, aunque también pueden cursar sin ellas.

En algunos casos la realización de una proyección lateral de la radiografía de tórax puede orientar al diagnóstico.

La primera enfermedad a descartar, tanto por su frecuencia como por su gravedad, es el carcinoma pulmonar. La historia clínica y los antecedentes epidemiológicos pueden servir de ayuda en el diagnóstico. La comparación con placas muy recientes en las que no aparezca esta imagen puede ser útil para descartar procesos tumorales.

Otra enfermedad que entra en el diagnóstico diferencial de un tumor fantasma es la neumonía redonda. Predomina en la infancia y es un proceso raro en adultos. Se loca-

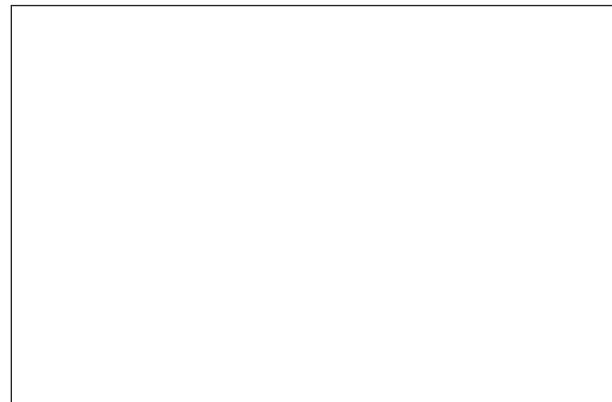


Figura 2. TC torácica en la que no se identifica la imagen de masa.

liza con mayor frecuencia en los lóbulos inferiores. Una historia de fiebre y tos sugiere una causa infecciosa, aunque estos síntomas pueden estar ausentes o no coincidir temporalmente con la imagen radiológica. La presencia de un broncograma aéreo también es indicativa de un proceso neumónico, aunque en un estudio sólo el 17% de los pacientes con neumonía redonda presentaban este signo radiológico².

No obstante, el diagnóstico de un tumor fantasma se confirma con la realización de placas seriadas en las que se demuestra la resolución del derrame tras instaurar un tratamiento diurético.

Revisando la literatura médica sobre el tema se han comunicado casos atípicos de tumor fantasma. Van Gelderen describe varios casos de tumores fantasmas múltiples localizados en la misma o en diferentes cisuras³. Pereira et al describen un caso de derrame pleural secundario a insuficiencia cardíaca localizado en el espacio pleural subcostal sin presencia de líquido en la zona interlobar⁴. Rabinowitz y Kontawng comunican dos casos de tumor fantasma con nivel hidroaéreo⁵.

Sakamoto et al presentan el caso de un derrame pericárdico localizado situado en el borde cardíaco izquierdo que se resolvió tras tratamiento diurético⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molino C, Solá P, Boyé de la Presa R, Tamargo E. Tumor fantasma. Med Clin (Barc) 1979; 73: 109-113.
2. Wagner A, Szabunio M, Hazlett K, Wagner S. Radiologic manifestations of round pneumonia in adults. AJR 1998; 170: 723-726.
3. Van Gelderen WF. Vanishing pleural fluid collections in cardiac failure simulating lung tumours. Australas Radiol 1994; 38: 93-96.
4. Pereira W Jr, Kovnat DM, Snider GL. Subcostal loculated pleural effusion in congestive heart failure: an unusual case of vanishing tumor. Am J Med Sci 1975; 269: 395-398.
5. Rabinowitz JG, Kontawng T. Loculated interlobar air-fluid collection in congestive heart failure. Chest 1978; 74: 681-683.
6. Sakamoto H, Sakamaki T, Kanda T, Kurabayashi M, Nagai R, Fujii J. Loculated pericardial effusion due to congestive heart failure: an unusual case of vanishing tumor. A case report. Angiology 1999; 50: 683-687.