

Lesión extrapulmonar en una paciente con clínica de insuficiencia cardiaca

Extrapulmonary injury in a patient with heart failure symptoms

Ignacio Novo-Veleiro, M^a Electra Perianes Díaz, Gloria M^a Alonso Claudio, Antonio Jiménez López

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca.

Resumen

Presentamos el caso de una paciente con antecedentes de fibrilación auricular y portadora de una prótesis valvular que acudió a Urgencias por aumento progresivo de disnea de un mes de evolución. Tras objetivarse una lesión extrapulmonar en lóbulo superior derecho en la radiografía de tórax, ingresó para su estudio, realizándose una TC toracoabdominal en la que persistía dicha lesión sin poder descartarse la existencia de una neoplasia a dicho nivel. Tras 7 días de tratamiento depletivo se objetivó la desaparición de la lesión en una nueva radiografía, confirmándose el diagnóstico de tumor fantasma.

Palabras clave: Tumor fantasma, derrame pleural, insuficiencia cardiaca.

Se denomina tumor fantasma al derrame pleural interlobular localizado que aparece en los enfermos con fallo cardiaco simulando una masa pulmonar y que desaparece con tratamiento médico¹. Su importancia radica en la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con masa o nódulos pulmonares de otra etiología.

Caso clínico

Paciente de 53 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular y anemia ferropénica; además, era portadora de prótesis valvular aórtica biológica por estenosis subvalvular congénita y endocarditis previa. No refería hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas y su tratamiento habitual consistía en digoxina, furosemida, omeprazol, venlafaxina, espironolactona, risperidona, bisoprolol, lormetazepam y acenocumarol.

La paciente acudió a Urgencias por un cuadro de un mes de evolución consistente en aumento progresivo de disnea hasta hacerse de reposo, junto con ortopnea y episodios de disnea paroxística nocturna. No refería edema en extremidades inferiores ni cambios en la diuresis, tampoco fiebre, tos o dolor torácico. En la exploración física destacaban un soplo sistólico aórtico, la abolición del murmullo vesicular en el hemitórax anterior derecho y una hepatomegalia blanda y dolorosa a 4 centímetros del reborde costal. Se realizó una analítica en la que destacaba: Hemoglobina: 9 g/dL, VCM: 78 fL, HCM: 23,5 pg, ADE: 17%, Fosfatasa alcalina: 160 U/L, Gammaglutamiltranspeptidasa: 106 U/L; resto del perfil hepático, función renal, sedimento urinario y gasometría arterial basal eran normales. La radiografía de tórax solicitada en Urgencias mostraba cardiomegalia, signos de hipertensión venocapilar y

Abstract

We report the case of a patient with a history of atrial fibrillation and a prosthetic valve who came to the hospital referring progressive increase in dyspnea of one month duration. After an extrapulmonary right upper lobe lesion was objectified in the chest radiograph, she was hospitalized to continue the study, performing a thoracoabdominal CT in which the injury remains unable to rule out the existence of a neoplasm at this level. After 7 days of depletive treatment we observed the disappearance of the lesion in a new x-ray, confirming the diagnosis of phantom tumor.

Keywords: Phantom tumor, pleural effusion, heart failure.

una lesión extrapulmonar que ocupaba el hemitórax superior derecho (figura 1), motivo por el cual se decidió su ingreso en Medicina Interna para estudio.

En planta se completó el protocolo analítico con un estudio del metabolismo del hierro (hierro: 37 mcg/dL, ferritina: 26 mcg/L, transferrina: 397 mcg/dL, receptor soluble de transferrina: 5,7 mcg/L), anticuerpos anti gliadina y anti transglutaminasa que resultaron negativos, una batería de marcadores tumorales que fueron normales (CEA, CA 125, Cyfra 21.1, CA 15.3, CA 19.9, CA 72.4 y alfa fetoproteína) y cultivos de esputo que resultaron también negativos. Se solicitó una TC toracoabdominal (figura 2) que fue informada como: derrame pleural derecho encapsulado y engrosamiento pleural compatible con pleuritis o tumor pleural a nivel de lóbulo superior derecho y hepatomegalia moderada. Se solicitó un estudio endoscópico para valorar la etiología de la anemia ferropéni-

Figura 1. Lesión extrapulmonar ocupando el hemitórax superior derecho



ca, que la paciente se negó a realizar. Ante la clínica sugerente de insuficiencia cardíaca se instauró tratamiento diurético a altas dosis por vía intravenosa, desapareciendo la disnea a las 72 horas del ingreso. Se realizó una radiografía de control a los 7 días en la que se evidenció la resolución completa del derrame pleural, sin signos de engrosamiento pleural o lesiones extrapulmonares (figura 3). Ante dichos hallazgos se procedió al alta hospitalaria con el diagnóstico final de tumor fantasma.

Discusión

El tumor fantasma es una entidad descrita en 1928 por H. J. Stewart tras la realización de una autopsia para confirmar una sospecha clínica². Se denomina de esta forma al derrame interlobular o cisural que aparece en pacientes con insuficiencia cardíaca simulando una masa pulmonar y que desaparece con tratamiento médico, habitualmente diurético¹. Su frecuencia de aparición es desconocida, en general se acepta que es una entidad rara. En una serie publicada previamente se observó que el 0,22% de los pacientes ingresados en un hospital a lo largo de un año presentaban dicha alteración radiológica³; en otro trabajo se encontró una prevalencia anual del 0,02% en pacientes ingresados por cualquier motivo a los que se les realizaba una radiografía de tórax⁴. La forma de presentación puede estar en el contexto de una descompensación en un paciente con clínica de insuficiencia cardíaca o tratarse de un hallazgo casual en pacientes asintomáticos⁵. A la exploración física suele pasar desapercibido y los hallazgos radiológicos habituales son los de una colección de escasa cuantía que simula una masa, frecuentemente localizada en la cisura menor del pulmón derecho, y cuyo contorno puede ser liso, espiculado o de diferente morfología^{4,6}. Clásicamente, existía la creencia de que la posición en decúbito lateral derecho que adoptaban los pacientes con insuficiencia cardíaca, buscando aliviar la presión sobre el ventrículo izquierdo, era la responsable de su localización derecha, pero esto nunca ha sido demostrado⁵. Aunque lo más frecuente es que sean colecciones únicas, existen varios casos descritos en la literatura de colecciones múltiples^{7,8}. Por otro lado, pueden aparecer también en el pulmón izquierdo u otras localizaciones más atípicas, como pueden ser el espacio pleural subcostal o el pericardio^{9,10}. Cuando un mismo paciente presenta episodios recurrentes, suelen aparecer en la misma localización⁴. El diagnóstico diferencial se realiza considerando otras enfermedades que puedan provocar alteraciones radiológicas similares, como serían: neumonía, tuberculosis, tumores pulmonares y pleurales, metástasis, infartos pulmonares o quistes hidatídicos¹¹. Tras instaurar un tratamiento diurético energético, habitualmente la imagen radiológica desaparece en pocos días, confirmando de esta forma el diagnóstico de sospecha. La etiología de esta patología no se conoce con clari-

Figura 2. TC toracoabdominal

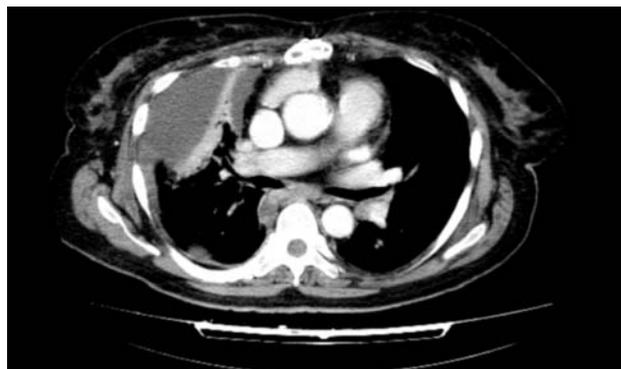


Figura 3. Radiografía de control a los 7 días



dad, clásicamente se postula que podría deberse a defectos pleurales congénitos o adherencias secundarias a procesos inflamatorios previos, que facilitan la colección de líquido pleural en los espacios cisurales o interlobulares⁵. Finalmente, nos parece importante considerar esta entidad entre las posibilidades diagnósticas con la finalidad de evitar pruebas invasivas innecesarias.

Bibliografía

1. Feldman DJ. Localized interlobar pleural effusion in heart failure. *J Am Med Assoc* 1951;146:1408-9.
2. Stewart HJ. Pleural effusion localized in an interlobar space: Report of a case of heart failure together with autopsy. *American Heart Journal* 1928;4:227-35.
3. Weiss W, Boucot KR, Geffer WI. Localized interlobar effusion in congestive heart failure. *Ann Intern Med* 1953;38:1177-86.
4. Geffer WI, Boucot KR, Marshall EW. Localized interlobar effusion in congestive heart failure; vanishing tumor of the lung. *Circulation* 1950;2:336-43.
5. Millard CE. Vanishing of phantom tumor of the lung; localized interlobar effusion in congestive heart failure. *Chest* 1971;59:675-7.
6. Molino Trinidad C, Sola Pascual P, Boye de la Presa R, Tamargo Fernandez E. Tumor fantasma. *Med Clin (Barc)* 1979;73:109-13.
7. Van Gelderen WF. Vanishing pleural fluid collections in cardiac failure simulating lung tumours. *Australas Radiol* 1994;38:93-6.
8. Dimairo M. Multiple localized pleural effusions as a manifestation of congestive heart failure; report of a case. *N Engl J Med* 1948;238:502-6.
9. 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;269:395-8.
10. 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;50:683-7.
11. Repiso M EM, Jiménez F, Barrón M. Un caso de tumor fantasma. *SEMERGEN* 2001;27:320-1.