

# caso clínico

## Tumor Fantasma Pulmonar

*Santiago Campbell-Silva<sup>1\*</sup>, Saúl A. Vargas-López<sup>2</sup>, Juan M Gómez-Cano<sup>2</sup>, Adel E. Escobar-García<sup>3</sup>, Jhonny K. Muñoz-Muñoz<sup>3</sup>, Eduardo J. Salgado-Monterrosa<sup>3</sup>*

Se denomina tumor fantasma a una acumulación de líquido localizada en el espacio pleural interlobar, visible en la radiografía de tórax y secundario a insuficiencia cardíaca que desaparece con el tratamiento. Como es una manifestación radiológica infrecuente de la falla cardíaca, es poco observable en la práctica clínica y, su importancia radica en la necesidad de hacer un diagnóstico diferencial con otras causas de nódulos o masas pulmonares, para evitar estudios adicionales que puedan aumentar la morbimortalidad del paciente, por estudios invasivos y, por consiguiente, incrementar el gasto en salud. El tratamiento es el de la enfermedad de base y, de manera especial, el uso de diuréticos que permita la desaparición de dicha imagen.

Si se tiene una alta sospecha clínica de esta entidad, el diagnóstico y tratamiento pueden ser abordados íntegramente en el primer nivel de atención. Exponemos un caso demostrativo de esta presentación poco frecuente que se consultó en dos instituciones distintas, en las cuales en el abordaje inicial no se incluyó a la insuficiencia cardíaca entre los diagnósticos diferenciales, a pesar de tener síntomas y signos compatibles con ella.

**Palabras clave:** tumor fantasma, falla cardíaca.

### Phantom lung tumor

An accumulation of fluid located in the interlobar pleural space, visible on thorax radiography, and secondary to heart failure is called a phantom tumor. It disappears with treatment.

As it is an uncommon radiological manifestation of heart failure, it is rarely observable in clinical practice. Its importance lies in the need to make a differential diagnosis with other causes of pulmonary masses or nodules to avoid additional studies that may increase morbidity and mortality of the patient through invasive studies debilitating his/her health. The treatment for the underlying disease and the use of diuretics allow the disappearance of the image.

If there is a high clinical suspicion of this entity, its diagnosis and treatment can be addressed fully in the primary care level. We present a demonstrative case of this uncommon presentation that was consulted at two different institutions in which heart failure was not considered in the initial approach for differential diagnosis, despite having symptoms and signs consistent with it.

#### INTRODUCCIÓN

SE DENOMINA TUMOR FANTASMA O tumor evanescente, al derrame pleural interlobar localizado que aparece en los enfermos con insuficiencia cardíaca, simulando generalmente una masa pulmonar y desaparece con el tratamiento médico (1). La importancia de éste hecho, radica en la necesidad de

realizar un diagnóstico diferencial con masa o nódulos pulmonares de otra etiología. Aunque esto puede suceder, es realmente excepcional. Lo que conocemos es que, es una manifestación radiológica atípica de la falla cardíaca y que desaparece con el uso de diuréticos.

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, Clínica Medilaser, Florencia, Caquetá, Colombia.

<sup>2</sup>Servicio de Urgencias, Clínica Medilaser, Florencia, Caquetá, Colombia.

<sup>3</sup>Servicio de Hospitalización de Medicina Interna, Clínica Medilaser, Florencia, Caquetá, Colombia.

\*Correspondencia: Santiago Campbell-Silva, Clínica Medilaser Sucursal Florencia. Calle 6 No. 14<sup>a</sup> - 55. Barrio Juan XXIII. Florencia, Caquetá, Colombia. [santiago.campbell@gmail.com](mailto:santiago.campbell@gmail.com)



FIGURA 1. Se aprecia cardiomegalia, redistribución vascular, pinzamiento de los senos costofrénicos y una imagen en el hemitórax derecho de aspecto lenticular y bordes bien definidos.

Se debe tener en cuenta que la insuficiencia cardíaca puede tener ésta infrecuente presentación radiográfica para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado. No obstante, hay que tener en cuenta además que, en ocasiones los síntomas y signos más frecuentes de la insuficiencia cardíaca no son encontrados, lo que dificulta el diagnóstico y, de manera especial en el primer nivel de atención. Aquí, es donde hay que tener una alta sospecha clínica de la enfermedad de base y de las manifestaciones excepcionales radiográficas que pueden encontrarse, para que se pueda diagnosticar de manera acertada, es decir, por la evolución radiológica y el tratamiento, y no por los hallazgos clínicos de la insuficiencia cardíaca.

Esta entidad fue descrita por primera vez en 1928 por Stewart (2). La incidencia de éste hallazgo es desconocida debido a que su estudio epidemiológico sólo se basa en reportes de casos y series de casos, por lo cual, se ha considerado como una manifestación radiológica infrecuente. En un estudio publicado se observó que, el 0,22% de los pacientes ingresados en un hospital a lo largo de un año presentaban dicha alteración radiológica (3); en otro se encontró una prevalencia anual del 0,02% de todos los pacientes ingresados por diferentes causas y que ameritaron una radiografía de tórax. La ubicación más frecuente es en el lado derecho que en el izquierdo y más en la cisura transversa que en la oblicua (4).

Presentamos un caso que a pesar de tener clínica de insuficiencia cardíaca, la imagen radiográfica se interpretó de diferentes maneras por parte del equipo médico, lo que originó una interesante discusión científica.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre agricultor de 72 años de edad, natural y procedente de Florencia, que consultó el servicio de urgencias por cuadro de disnea progresiva de un mes de evolución, con episodios de disnea paroxística nocturna, tos seca y fiebre subjetiva. Había referido además, edema leve intermitente de miembros inferiores. Tenía antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, además, prostatectomía, amputación infracondílea izquierda y tabaquismo, con un índice calculado paquetes/año de seis, suspendido hace 11 años.

Los signos vitales al ingreso fueron: presión arterial 152/78 mmHg, frecuencia cardíaca 82 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, temperatura 36,7°C, saturación de oxígeno aire ambiente de 95%, glucometría de 142 mg/dL. En la exploración física se encontró a un paciente eupneico en reposo, con ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, y con algunos crepitantes en base pulmonar derecha. Dolor leve en hipocostrio del mismo lado, sin poder determinarse hepatomegalia por abundante panículo adiposo. No presentó reflujo hepatoyugular. En las extremidades inferiores se apreciaron discretos edemas bilaterales, más evidentes en la extremidad no amputada, siendo el resto de la exploración física normal.

Los exámenes paraclínicos reportaron un hemograma con 9.800 leucocitos, neutrófilos del 88,7% y linfocitos de 11,3%. La hemoglobina fue de 12,7 gr/dL con hematocrito de 38,1%. Plaquetas 340.000/mm<sup>3</sup>. La proteína C fue reactiva y la troponina fue negativa. Los gases arteriales, la función renal, el perfil hepático y los electrolitos fueron normales.

El electrocardiograma mostró un ritmo sinusal con signos de hipertrofia y sobrecarga en las derivaciones izquierdas.

En la radiografía posteroanterior de tórax (PA) se observó cardiomegalia, redistribución anormal del flujo, borramiento de los senos costofrénicos y una imagen nodular de gran tamaño en el hemitórax derecho, de aspecto lenticular y bordes bien definidos (Figura 1). Inicialmente, las impresiones diagnósticas fueron masa pul-

monar vs neumonía. Posteriormente, se extendieron a atelectasia redonda, neumonía redonda y persistencia de la impresión de masa pulmonar. Por parte de medicina interna, se agrega en el diagnóstico diferencial el tumor fantasma. Se procede a la toma de una TAC de tórax para una mejor caracterización. Este estudio no se pudo realizar en el momento solicitado por mantenimiento del equipo. Las imágenes se tomaron tres días después. En el corte coronal se aprecia lesión de aspecto ovoideo con escaso derrame pleural bilateral (Figura 2). Un ecocardiograma transtorácico informó una FEVI del 38%.

Con el tratamiento para la insuficiencia cardíaca (furosemda, carvedilol, enalapril, espironolactona) el paciente fue mejorando notablemente. Un control posterior con una nueva tomografía mostró desaparición de la imagen inicial (Figura 3). Se estableció diagnóstico de tumor fantasma pulmonar.

Aproximadamente un mes después de la desaparición de la lesión y de suspender voluntariamente el tratamiento sugerido, el paciente consulta a otra institución por disnea, ortopnea y edema de miembros inferiores. En la radiografía de tórax nuevamente se apreció cardiomegalia, redistribución vascular, borramiento de los senos costofrénicos y una imagen nodular en el hemitórax derecho, de bordes bien definidos, pero esta vez, con otra más tenue en la

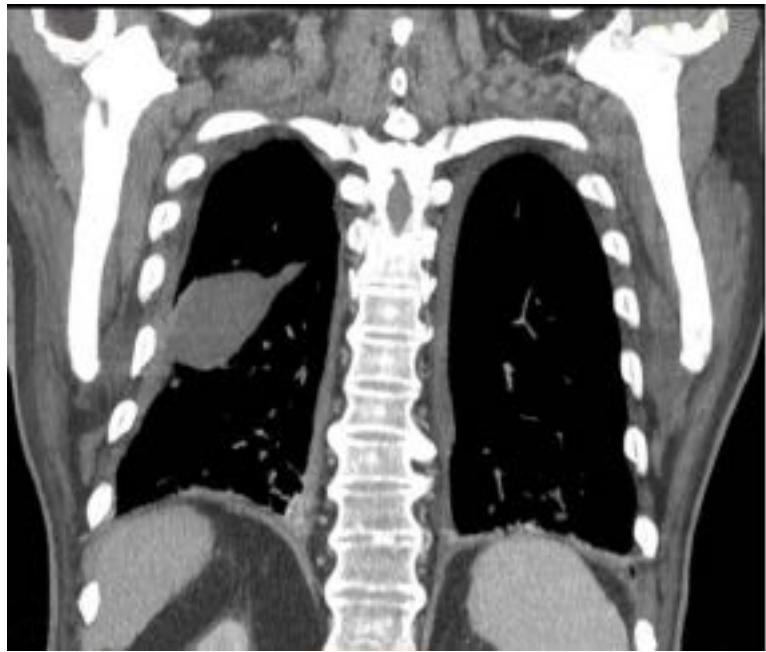


FIGURA 2. Lesión de aspecto ovoideo con escaso derrame pleural bilateral.

parte posterior (Figura 4).

En esa institución, hacen impresión diagnóstica de falla cardíaca y neoplasia pulmonar de etiología a determinar por otros estudios y remiten a nuestra institución. Se procede a tomografía, en la ventana pulmonar y en el corte sagital. Se aprecian dos imágenes redondas con derrame pleural, siendo este más significativo en el hemitórax contralateral (Figuras 5 y 6). Como era ya un paciente conocido, se instaura nuevamente el tratamiento para su insuficiencia cardíaca con mejoría paulatina (Figura 7).



FIGURA 3. El control ambulatorio muestra desaparición de la imagen inicial.



FIGURA 4. Nuevamente los signos radiológicos iniciales, pero además de la imagen anterior se aprecia otra más tenue en la parte posterior.



FIGURA 5. Tomografía en ventana pulmonar con dos imágenes, siendo la posterior más redondeada. Derrame pleural en el hemitórax contralateral.

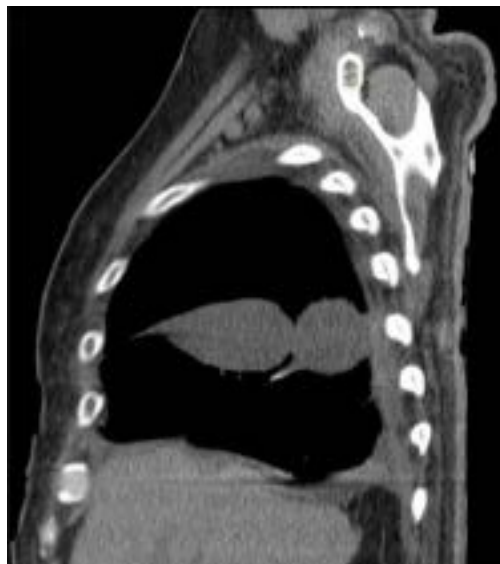


FIGURA 6. Corte sagital. Se aprecian con mayor claridad las imágenes descritas.

## DISCUSIÓN

Aunque la insuficiencia cardíaca con sus manifestaciones clínicas (ortopnea, disnea paroxística nocturna, reflujo hepatoyugular, tercer ruido, crepitaciones pulmonares, etc.) se considera el común denominador del tumor fantasma, debe tenerse en cuenta que, no todos los pacientes presentan tales manifestaciones y puede el derrame interlobar ser el único hallazgo. El diagnóstico de la insuficiencia cardíaca es eminentemente clínico, por lo tanto, la anamnesis y la exploración física deben ser siempre el punto de partida. Por la heterogeneidad de su presentación, se han establecido criterios clínicos, pero en la práctica diaria el diagnóstico de insuficiencia cardíaca en ocasiones no es fácil, y la situación se hace más compleja porque ningún signo o síntoma es específico de insuficiencia. Los síntomas considerados más específicos son muy poco frecuentes y los signos más frecuentes son inespecíficos, especialmente en fases tempranas; además, este hallazgo radiológico no se correlaciona con las fases evolutivas de la falla cardíaca. Quizás por estas razones, no se haga el diagnóstico adecuado en los servicios de urgencias sino se plantea inicialmente como masa o neoplasia pulmonar, tal como sucedió con este caso.

Además, la importancia de este hallazgo radiológico no es porque el tratamiento de la causa subyacente vaya a cambiar, sino por los diagnósticos diferenciales que pueden estar implicados como los de un carcinoma primario o metástasis pulmonar (especialmente las llamadas “en bala de cañón”), lo que generaría gran ansiedad en el paciente y sus familiares, cuando ésta imagen corresponde con una situación completamente benigna, de ahí la importancia de un diagnóstico oportuno que evite la realización de procedimientos invasivos e innecesarios. La exploración física de estos pacientes no hace sospechar la existencia de estas colecciones, solo mediante la radiografía de tórax podemos determinar el derrame en poca cantidad confinado a una de las cisuras pulmonares, en especial, la menor del pulmón derecho como se mencionó anteriormente. Por esta razón, los médicos de los servicios de urgencias deben tener conocimiento de esta entidad para que haga parte de los diagnósticos diferenciales y deben profundizar si, en el paciente es posible sospechar una insuficiencia cardíaca subyacente que nos haga sustentar esta posibilidad diagnóstica.

El síndrome de la insuficiencia cardíaca crónica constituye un problema de salud pública importante y creciente en todo el mundo, por lo tanto, es probable que esta imagen sea observada con más frecuencia. Por esto creemos que ante un paciente con manifestaciones de insuficiencia cardíaca, así sean sutiles o no, se identifiquen



FIGURA . Corte coronal con notoria disminución de las imágenes anormales.

en el momento, y en el caso de presentar una imagen ovoidea en una radiografía de tórax y más en la parte central del pulmón derecho, tenerse en cuenta a esta entidad para evitar estudios innecesarios y hacer una explicación correcta del hallazgo al paciente y sus familiares.

Por otra parte, hay que tener en cuenta además, que si bien es cierto que esta expresión radiográfica de la insuficiencia cardíaca no es usual y es benigna, la enfermedad de base si es muy frecuente y su comportamiento no es benigno. A pesar de los avances realizados en el tratamiento farmacológico, la insuficiencia cardíaca continúa siendo una enfermedad progresiva con una alta morbimortalidad y un costo elevado en la salud pública, que conlleva al paciente a un estado terminal con cuidados paliativos, presentando una tasa de supervivencia menor que muchos cánceres que comprometen al ser humano (7).

**Conflictos de interés:** Ninguno por declarar.

#### 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, Gefter WI.** Localized interlobar effusion in congestive heart failure. *Ann Intern*

*Med* 1953; 38:1177-86.

4. **Gefter WI, Boucot KR, Marshall EW.** Localized interlobar effusion in congestive heart failure; vanishing tumor of the lung. *Circulation* 1950; 2:336-43.

5. **Molino Trinidad C, Sola Pascual P, Boye de la Presa R, Tamargo Fernandez E.** Tumor fantasma. *Med Clin (Barc)* 1979; 73:109-13.

6. **Gefter WI, Boucot KR, Marshall**

**EW.** Localized interlobar effusion in congestive heart failure; vanishing tumor of the lung. *Circulation* 1950; 2:336-43.

7. **Hupcey JE, Penrod J, Fogg J.** Heart failure and palliative care: implications in practice. *J Palliat Med.* 2009; 12:531-6. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2009.0010>

