



Pseudo tumor pulmonar* (Phantom tumor, Vanishing tumor)

CARLOS F. PETROZZI**
JAIME DEL CARPIO W.***

"Au fond, il n'y a pas de pseudo-maladies, il n'y a que pseudo-diagnostic".

Clínico anónimo

Es nuestro propósito presentar dos casos del problema conocido en la literatura como tumor fantasma o tumor evanescente del pulmón. Nuestro interés primordial está en acentuar los aspectos del diagnóstico clínico y radiológico más útiles. No vamos a ahondar mayormente en los detalles de su patogenia ni el íntimo por qué de su singular ocurrencia. La seriedad y ominosidad del pronóstico que se establece cuando se ignora su existencia —caso I— así como la peligrosidad y riesgo ínsitos a las maniobras terapéuticas enderezadas a resolverlo —caso II— hacen imperativo su conocimiento y deslinde. Lo enfatizan aún más, el alivio y tranquilidad que conllevan la demostración simple y elegante de su verdadera índole por procedimientos al alcance de todos. Nuestra experiencia sirve de paradigma de las varias situaciones aludidas.

Caso I.— Varón, 80 años, sin antecedentes importantes. Comienza su enfermedad actual hace tres meses, con disnea progresiva, de esfuerzo.

* Trabajo presentado para su publicación 15 de febrero de 1973.

** Profesor Auxiliar del Dpto. de Medicina, U. P. C. H.

*** Interno de Medicina, Hospital A. Loayza, U. P. C. H.

Fue visto ulteriormente por su cardiólogo quien encontró cardiomegalia, soplo sistólico de regurgitación en área mitral, pulso de 50 al minuto, presión arterial de 130 sobre 60. Ausencia de signos de insuficiencia cardíaca congestiva. El electrocardiograma reveló bloqueo aurículo-ventricular 2:1, con morfología de bloqueo completo de rama derecha.

Se le propinó cuidadosamente digitálicos y orciprenalina, con mejoría subjetiva. Una radiografía de tórax siete días antes del examen reveló tres mágenes circulares, nítidas, de aproximadamente cuatro centímetros de diámetro en las regiones parahiliar y basal derechas. Fueron interpretadas como lesiones metastásicas, probablemente secundarias a un carcinoma renal. De hecho, el paciente fue referido a nuestra consulta (C. P.) básicamente, para que encontráramos el tumor primario. Tres ampollitas de Furosemida (60 mg/24 hs.), zanjaron el problema, pues, las "masas", se esfumaron en el control radiológico subsecuente.

Caso II.— Mujer, 19 años, natural y procedente de Huancayo. Ingresó al Hospital Loayza, en octb. 31, 1972, con historia de enfermedad de siete meses, de evolución caracterizada por sensación febril, artralgias migratorias, deposiciones

diarreicas. Dos meses antes de su admisión: astenia marcada, disnea progresiva, palpitaciones, tos con expectoración ocasionalmente hemoptoica. En esa oportunidad, se diagnosticó insuficiencia cardíaca por cardiopatía reumática, mejorando el cuadro disneico, luego de digitálicos y penicilina. Un control radiográfico de esa época (18 stbre.), mostraba opacidad lineal a nivel de la cisura interlobar derecha. Como la condición general de la paciente desmejoraba, fue internada en una clínica, donde un control radiográfico (13 octubre.), mostraba el aspecto de las Figuras 1 y 2.

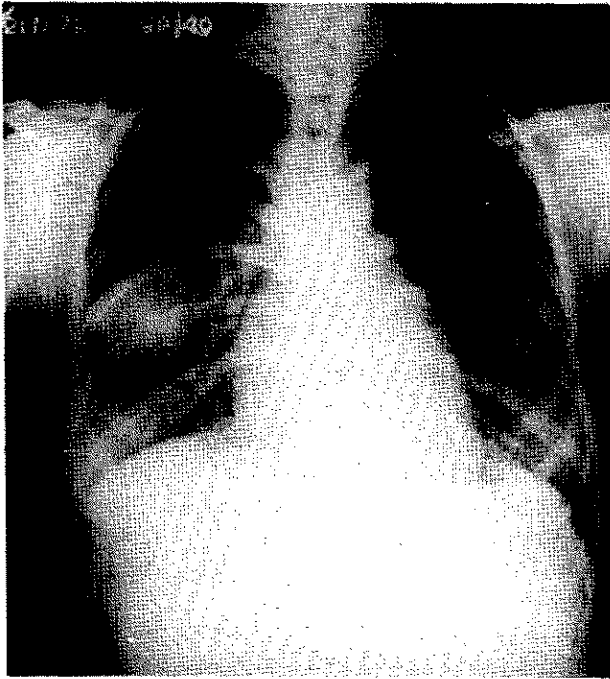


Fig. 1 Obsérvese la "tumoración" parahiliar derecha.

Se hicieron los siguientes análisis: Hb. 12 gr; Hcto. 38%, Proteínas C reactiva 1(+), Látex 1(+), Antiestreptolisinas O: 833 U. T., Velocidad sedimentación (Cutler): 22 mm 1 h. Orina: Normal (3 exámenes). P. P. D.: 20 mm. Proteínas Totales: 6, 7 gs. Electroforesis de proteínas, en papel: Normal. Anticuerpos antinucleares: Negativos. Células L. E.: Negativas. Esputo: B. K. directo: Negativo (2 exámenes). Cultivo: Negativo, Citología: normal. Reacción de Weinberg: Negativa. Reac. Casoni: Negativa. L. D. H.: 425 U. E. C. G.: Taquicardia sinusal, alteración primaria no específica de la repolarización ventricular, probable bloqueo de rama izquierda..

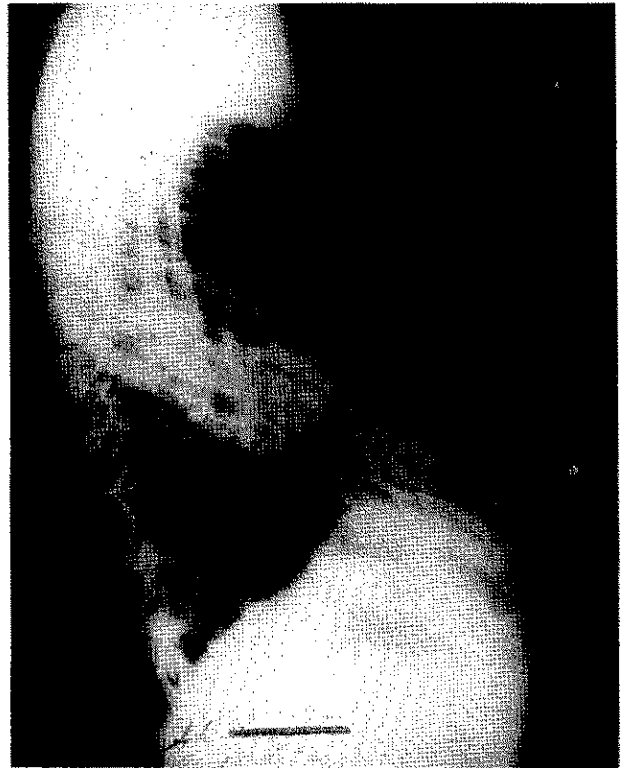


Fig. 2 Obsérvese la localización intercisural de la "tumoración".

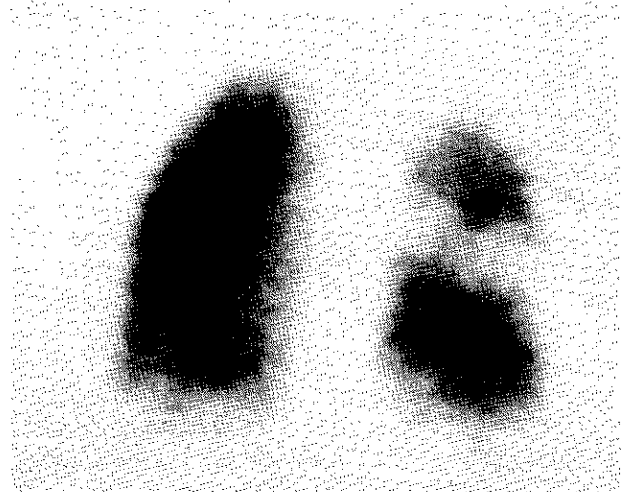


Fig. 3 Gammagrafía pulmonar (incidencia posterior). Obsérvese "zona fría" parahiliar derecha.

Tomografía: imagen radio-opaca de densidad homogénea parahiliar derecha sin peculiaridad estructural, Gammagrafía pulmonar: Fig. 3.

Fue derivada al Hospital Loayza, encontrándose a su admisión, en REG. toleraba el decúbito, sin edemas; ingurgitación yugular a 45°, grado 1,

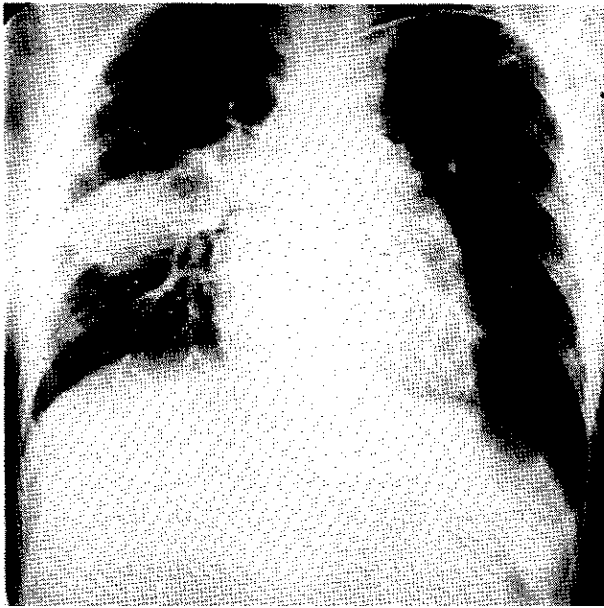


Fig. 4 Arteriografía pulmonar. Obsérvese la naturaleza extravascular de la "tumoración".

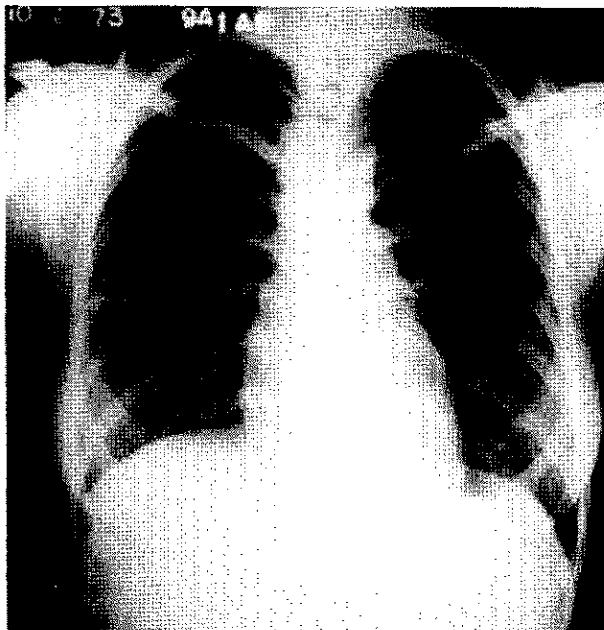


Fig. 5 Obsérvese la desaparición de la imagen "tumoral", tres días después de tratamiento diurético.

pulso 100 por minuto, respiraciones 24 por minuto, presión arterial 90/60, temperatura 37.2°C. Piel fina, caliente, húmeda; eritema palmar. Discreto tremor distal en miembros superiores. Aparato cardío-vascular: choque de punta amplio, intenso, sobre LMC, en 5 EICI, impulso ventricular dere-

cho. Thrill sistólico en punta. Signos auscultatorios compatibles con doble lesión mitral, a predominio de insuficiencia. No hepatomegalia.

Exámenes auxiliares: Hemocultivos seriados (en número de 7): Negativos. PBI: 10.6 gammas %, captación de ^{131}I : 65.2% a las 24 hs. Broncoscopia: normal. arteriografía pulmonar: Fig. 4.

Diagnósticos:

- 1.— Hipertiroidismo.
- 2.— Cardiopatía reumática-enfermedad mitral a predominio de insuficiencia.
- 3.— Tumoración pulmonar de origen a determinar.

Evolución:

Recibió tratamiento diurético intenso (Furose-mida 240 mg/día, por tres días), reduciéndose el tamaño de la imagen "tumoral" pulmonar (Fig. 5).

Comentario.— A juzgar por la literatura, la incidencia del tumor fantasma pulmonar es baja: 45 casos publicados hasta 1956⁴ y 7 casos adicionales descritos en la literatura médica americana hasta 1971^{4, 1, 9, 7}. Su rareza no es menor cuando se consideran casos admitidos en instituciones grandes⁵, o se analizan radiografías tomadas en departamentos especializados con voluminoso caudal de pacientes¹⁰. Congruentemente, su conocimiento por los médicos es decididamente exiguo^{10, 6, 2, 1}.

Los hitos señeros que deben poner sobre la pista correcta son, esencialmente, la presencia de cardiopatía y la corroboración de una insuficiencia cardíaca. Este no requiere ser severa, es más, en algunos casos, las manifestaciones congestivas son de poca entidad o pasan inadvertidas^{5, 10, 6, 2, 1, 11, 7}. Esto es válido en nuestra experiencia, donde la efusión interlobar adquirió relieve justo cuando las fallas hemodinámicas parecían menguar durante la observación clínica. En una búsqueda acuciosa, sin embargo, es excepcional que falten. En ciertos casos, la insuficiencia cardíaca es global; en otros, es prevalentemente izquierda. En este sentido, es ilustrativo el caso II, en el cual los datos hemodinámicos no demuestran un aumento de presiones en cavidades derechas consistentes con insuficiencia cardíaca congestiva, a pesar de que en ese momento la "tumo-

ración pulmonar" alcanzaba su máximo volumen, como lo demuestra la Fig. 1. Se ha aducido peculiaridades de la circulación de retorno de la pleura visceral para explicar esta preferencia^{6,4}. Un hecho capital, cuando observado, es la celeridad con que la imagen pulmonar adquiere sus dimensiones finales (caso II); en verdad, la sola consideración de este "tempo" evolutivo, torna implausible otras posibilidades diferenciales. También es destacable el silencio semiológico de tumoración tan ostensible radiológicamente. Esto es primordialmente consecuencia de su ubicación^{5,10}. La configuración diagnóstica se completa cuando se desvanece la "tumoración" en respuesta al tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Nosotros nos confiamos a la dación de Furosemida. Los resultados fueron pronto (24 y 72 hs.).

En lo atinente a la patogenia (el por qué la efusión pleural es circunscrita a las cisuras), se ha hablado, sin mucha convicción, de identaciones congénitas interpleurales, que limitarían el derrame³; con mayor consistencia, aunque no en forma absoluta, se aduce la presencia de una pleuritis obliterativa previa^{5,3,10,6,2,1}. Esta, que sería clínicamente muda^{6,2,1} ha sido demostrada en todos los casos que llegaron a la necropsia^{10,6,2}. Sin embargo, in vivo se ha observado pacientes que ulteriormente a la resolución de un derrame pleural intercisural localizado, desarrollan otro en la cavidad libre^{5,2}.

El pseudotumor pulmonar es más frecuente en el lado derecho que en el izquierdo y más en la cisura transversa que en la oblicua^{5,3,10,6,1,11}. Parece, en líneas generales, seguir las leyes de asimetría vigentes en el hidrotórax de la insuficiencia cardíaca congestiva^{5,8,7}.

En general, la morfología es circular, ovoidea, elíptica o fusiforme^{5,11}; en cuanto a su número, pueden ser únicos —la mayoría— o múltiples, pero, hasta donde nos alcanza, no más de tres, como en nuestro primer caso.

En lo concerniente al diagnóstico diferencial radiológico, hay que distinguir el tumor fantasma: a), de las entidades que pueden producir derrame cisural (infarto pulmonar, neumonía, tuberculosis, neoplasias) y b), de las condiciones que por su morfología remedan una efusión pleural circunscrita (atelectasia del lóbulo medio, neoplasias, quistes congénitos o parasitarios, aneurisma arterio-venoso pulmonar)^{5,4,7}. Hay que insistir, de manera especial, en la importancia de la radiografía en incidencia lateral, única evidencia que per-

mite localizar fehacientemente las cisuras^{5,10}. Lo sólito es que sea el radiólogo quien sugiera el diagnóstico. Munido con evidencias adicionales, el internista debería prontamente refrendarlo o descartarlo, pero nunca desoírlo.

Todas las categorías etiológicas de cardiopatía pueden ser responsables del tumor evanescente pulmonar. Aparte de su juventud, nuestro segundo caso, se singulariza por la ocurrencia de dos factores causales —hipertiroidismo y enfermedad reumática— de suyo, relativamente infrecuentes en las series publicadas, donde la cardiopatía arterioesclerótica comanda largamente el elenco etiológico^{5,10,6}.

Además de su complejidad clínica, nuestro segundo paciente es el más cabalmente estudiado de todos los casos publicados de tumor fantasma pulmonar. Aparte del estudio radiológico básico, los tiene broncoscópico, tomográfico, gammagráfico y arteriográfico. Los resultados obtenidos concuerdan entre sí y convienen a la naturaleza de la situación comentada. Esto que suena a esdrújula presunción, tiene un origen modesto: el desconocimiento de una condición clínica desusada pero fácilmente reconocible para el espíritu alertado de su existencia.

Sumario.— Se presentan dos casos de pseudotumor pulmonar. Se hace hincapié en las características clínicas y radiológicas que pueden permitir su diagnóstico de una manera simple y rápida. Finalmente, se revisa selectivamente la literatura pertinente destacando los aspectos más importantes. Para el paciente concreto, el único real, es decisivo el que se reconozca esta entidad por las consecuencias terapéuticas y pronósticas que implica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Aravanis C., Michaelides G.: Localized Interlobar Effusion in Congestive Heart Failure-Phantom Lung Tumor-Report of two cases. *Diseases of the Chest* 45:552, 1964.
- 2.— Feder H. B., Wilk P. S.: Localized Interlobar Effusion in Heart Failure-Phantom Lung Tumor. *Diseases of the Chest* 30:289, 1956.
- 3.— Feldman D. J.: Localized Interlobar Pleural Effusion in Heart Failure. *J. A. M. A.* 146:1408, 1951.
- 4.— Filippone F. J.: Interlobar Pleural Effusion in Congestive Heart Failure. *New York State Journal of Medicine* 62:820, 1962.

- 5.— Geffer I. W., Boucout K. R., Marshall E. W.: Localized Interlobar Effusion in Congestive Heart Failure. Vanishing tumor of the Lung. *Circulation* 2:336, 1950.
- 6.— Higgins J. A., Juergens J. L., Bruwer A. J., Parkin T. W.: Loculated Interlobar Pleural Effusion due to Congestive Heart Failure. *Arch. of Int. Med.* 96:180, 1955.
- 7.— Millard E. C.: Vanishing or Phantom Tumor of the Lung; Localized Interlobar Effusion in Congestive Heart Failure. *Chest* 59:675, 1971.
- 8.— Race A. G., Scheifley H. C., Edwards J. E.: Hydrothorax in Congestive Heart Failure. *American Journal of Medicine* 22:83, 1957.
- 9.— Takala K. J., Laes T.: Phantom Lung Tumor and Bronchogenic Carcinoma in the same patient. *Diseases of the Chest* 49:652, 1966.
- 10.— Weiss W., Boucout R. K., Geffer I. W.: Localized Interlobar Effusion in Congestive Heart Failure. *Ann. of Int. Med.* 38:1177, 1953.
- 11.— Willerson J. T., Fred H. L., Eiband J. M., Collins L. C.: Roentgenogram of the Month. *Diseases of the Chest* 48:85, 1965.

Reconocimientos: Agradecemos a los doctores Carlos Subauste, médico asistente del Dpto. de Medicina del Hospital A. Loayza (Sala 2a. Pab.1) y al doctor Dante Peñaloza, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital A. Loayza, por la autorización de publicar el caso II, con su correspondiente material iconográfico.