

“Tumor Fantasma” hiliar derecho

Varón de 72 años, con antecedentes de hidrocele izquierdo, dislipemia, asma bronquial y trastorno depresivo mayor recurrente a tratamiento con pravastatina, fluticasona inhalada, ácido valproico, clomipramina y venlafaxina. Sin hábitos tóxicos, ni alergias medicamentosas conocidas.

El paciente acudió al Servicio de Urgencias por referir disnea progresiva en los últimos tres meses hasta hacerse de reposo, con ortopnea de dos almohadas y disnea paroxística nocturna. Asimismo episodios de dolor torácico de escasa duración y de carácter no diario, ni claramente relacionado con los esfuerzos. Presentaba tos no productiva. No refería mareo, síncope, palpitaciones, ni otra sintomatología cardiovascular a destacar.

En la exploración física, la auscultación cardíaca revelaba un soplo sistólico con cola diastólica y la auscultación pulmonar una ligera abolición del murmullo vesicular en base derecha con crepitantes bibasales y murmullo vesicular conservado en el resto de los campos. El

hemograma, la bioquímica y la coagulación estaban en el rango de la normalidad, así como la gasometría arterial basal. El electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal a una frecuencia de 70 lpm, con datos de hipertrofia ventricular izquierda.

En la radiografía simple de tórax realizada en urgencias (figura 1) se percibía un aumento de la silueta cardiopericárdica, elongación de aorta torácica descendente y botón aórtico prominente; con oclusión de ambos senos costofrénicos e imagen de sombra redondeada en base de hilio derecho de bordes nítidos “tumor fantasma”, sugestivo de líquido en cápsula a nivel de cisura menor.

Con el juicio diagnóstico de Insuficiencia Cardíaca Congestiva ingresó en el Servicio de Cardiología en dónde se le realizaron nuevos análisis de sangre, un eco-cardiograma y estudio hemodinámico y coronariográfico objetivándose insuficiencia aórtica moderada no subsidiaria en ese momento de cirugía, pero sujeta a controles periódicos. Se le realizó una radiografía de tórax (figura 2) de control 20

FIGURA 1

Radiografía de tórax en proyección PA al ingreso del paciente, objetivándose el “Tumor Fantasma” en la base del hilio derecho.



FIGURA 2

Radiografía de tórax (PA) tras tratamiento diurético, apreciándose la resolución del proceso.



días después de la primera y tras tratamiento diurético, visualizándose una evolución radiológica muy favorable, permaneciendo una mínima cantidad de líquido a nivel de la cisura menor de hemitórax derecho con importante disminución del derrame pleural bilateral persistiendo sólo en ese momento derrame pleural en el lado derecho.

DISCUSIÓN

El "tumor fantasma" radiológico que presentamos en el caso, nos plantea el diagnóstico diferencial con un nódulo pulmonar solitario (NPS). Se denomina así a cualquier lesión intrapulmonar, redondeada u ovalada, cuyo tamaño no supera los tres¹ o cuatro² centímetros (cm). Si supera esta magnitud se consideran masa.

Son muchos los procesos que se pueden manifestar como NPS (inflamatorios, tumorales, vasculares, inhalatorios y anomalías del desarrollo).

Es fundamental para su aproximación diagnóstica la correlación con la clínica.

Destacar por orden de frecuencia: el granuloma (40%), el carcinoma pulmonar y los procesos metastáticos.

Se deben valorar una serie de características radiológicas ante un NPS:

Calcificación: si se presentan calcificaciones de forma global, central, de aspecto laminado y concéntrico (más típico en granulomas o hamartomas) o con distribución en grumoso en "palomitas de maíz" (indicativo de hamartoma con calcificación del componente cartilaginoso) sugieren benignidad. Por el contrario, las calcificaciones que pueden indicar malignidad están situadas excéntricamente, siendo distróficas o amorfas.

Cavitación: generalmente debidas a procesos inflamatorios, isquémicos o tumorales. El grosor de su pared y las características de su margen interno, son los datos más favorables.

Definición de los bordes: un contorno nítido y liso no presupone benignidad, aproximadamente el 15% de los carcinomas muestran

este borde. Por el contrario los bordes espiculados o lobulados, aunque no son un signo definitivo de malignidad, son altamente sospechosos.

Estabilidad: las lesiones benignas habitualmente tienen un tiempo de duplicación menor de un mes o mayor de dos años. Para ello es sumamente útil el disponer de radiografías previas.

Lobulación y umbilicación: indicativo de la diferente velocidad de crecimiento de unas zonas del nódulo con respecto a otras. Aunque es frecuente en carcinomas, su utilidad real es muy relativa.

Localización: procesos como la tuberculosis, carcinomas y sarcoidosis tienden a localizarse en lóbulos superiores, mientras las metástasis y los infartos se ubican preferentemente en los inferiores.

Tamaño: tomado de forma aislada, no es un dato fiable para sugerir benignidad o malignidad. Inicialmente, si es mayor de 3 cm se considera maligno y entre 1.5 cm y 2 cm indeterminado.

Satelitismo: pequeños nódulos, generalmente de alta densidad, próximos a la lesión intrapulmonar. Suelen ser indicativos de benignidad.

De estas características radiológicas, sólo dos indican benignidad muy probable: la estabilidad durante más de dos años y la presencia de calcificaciones benignas. El resto, tienen utilidad si se valoran conjuntamente. Estas características se valoran mejor con la TAC. En cualquier nódulo que no cumpla los requisitos de benignidad debe realizarse TAC, que valora con mayor precisión las características semiológicas revisadas y es, a su vez, el método óptimo de estadificación en caso de proceso maligno³.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Lawrence R. Goodman, M.D., F.A.C.R. Felson. Principios de radiología torácica. Un texto programado. Segunda Edición. Mc Graw Hill-Interamericana; 2002.
- 2- Fernández Cruz J, Moreno Cayetano I. Radiología elemental del tórax. Barcelona (España): Caducedo Multimedia; 2004.
- 3- Bayo Berzosa A, Sánchez Hernández I, Melero Moreno C. Guía práctica de radiología de tórax para Atención Primaria. Madrid (España): Adalia farma; 2005.