



Pseudotumor pulmonar

Alfonso Javier Lozano MD, Julio Mario Araque MD, Instructores Asociados. Departamento de Imágenes Diagnósticas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Hospital San Juan de Dios.

La radiografía de tórax es un recurso diagnóstico que se utiliza cotidianamente, si bien en algunos casos su interpretación es un reto para clínicos y radiólogos. El familiarizarse con las diferentes imágenes nos permite hacer una orientación diagnóstica temprana.

Se presenta el caso de un paciente con masa pulmonar cuyo diagnóstico definitivo correspondió a tumor evanescente o pseudotumor pulmonar.

Caso clínico

R.C., varón de 50 años de edad, natural y procedente de Usme (Cundinamarca), con cuadro de una semana de evolución consistente en tos con expectoración muco-sanguinolenta, fiebre no cuantificada, disnea de pequeños esfuerzos y ortopnea; pérdida de peso de 15 kg. en los últimos 8 meses. Antecedente de nefrectomía derecha por TBC. Palidez mucocutánea, T.A. 180/130, F.C. 120 x min., F.R. 34 x min. Galope en foco tricuspídeo, estertores basales de predominio derecho, dolor leve a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, edema grado II de miembros inferiores, hiperreflexia y asterixis.

Se hacen los diagnósticos clínicos de insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal crónica, hipertensión pulmonar, síndrome anémico, hipocalcemia y sospecha de TBC pulmonar. Ecografía renal corrobora la ausencia del riñón derecho; el izquierdo es pequeño, ecogénico, con pérdida de la relación corticomedular.

Se inicia manejo farmacológico y restricción de líquidos con mejoría de su sintomatología inicial, se da salida para manejo y control ambulatorio.

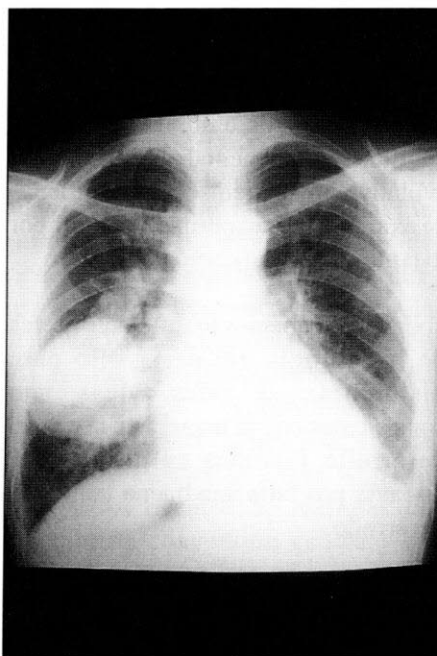


Figura 1. Masa pulmonar localizada en el hemitórax derecho.

En la radiografía del tórax (Figura 1) se tiene una proyección postero-anterior en la que se observa aumento global de la silueta cardíaca, principalmente a expensas de cavidades izquierdas y signos de falla cardíaca dados por derivación de la circulación, hilos borrosos y mal definidos; borramiento de los senos costofrénicos principalmente el izquierdo. Masa lobulada ocupando el tercio medio del hemitórax derecho, que no hace retracción de estructuras mediastinales o bronquiales

ni desplaza las estructuras vasculares. Los diagnósticos diferenciales más importantes son: tumor pulmonar primario o metastásico, tumor pleural, atelectasia, neumonía, absceso o hematoma. Por las características radiológicas se hace el diagnóstico de pseudotumor evanescente. En control posterior (no mostrado) la lesión desaparece completamente lo que permite confirmar el diagnóstico y descartar totalmente los diagnósticos diferenciales.

Discusión

En algunos casos, particularmente en la falla cardíaca, el derrame pleural puede localizarse en la cisura horizontal, oblicua o entre la horizontal y la oblicua, en la mayor parte de los casos en el lado derecho simulando una masa pulmonar. Las características de este derrame pleural en las cisuras (Figuras 2 y 3) nos permiten suponer el diagnóstico. El cual se confirma durante el seguimiento, pues al compensarse la falla se reabsorbe el derrame y desaparece la lesión; por eso se le conoce como masa fantasma o pseudotumor.

En vistas tangenciales, los derrames pleurales interlobulares son típicamente elípticos y sus límites se confunden con la cisura. En algunos casos es difícil diferenciar un pseudotumor en la porción media de la cisura mayor de una atelectasia o de una combinación de atelectasia y consolidación del lóbulo medio. Para su diferenciación debemos tener en cuenta: el derrame cisural no borra el contorno

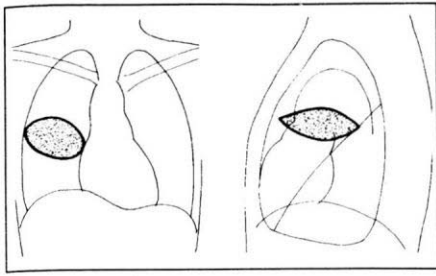


Figura 2. Derrame pleural localizado en la cisura menor, esquema de las proyecciones PA y Lateral.

cardiaco derecho mientras que la atelectasia del lóbulo medio invariablemente lo hace (signo de la silueta); en la proyección lateral, la efusión atípica abulta una o las dos superficies de la cisura mientras que en la atelectasia los bordes tienden a ser rectos o ligeramente cóncavos.

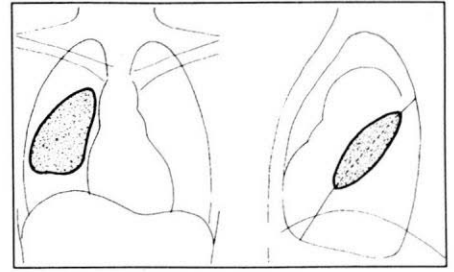


Figura 3. Derrame pleural localizado en la cisura mayor derecha, esquema de las proyecciones PA y Lateral.

BIBLIOGRAFIA

Feldman DJ: Localized interlobar effusion in congestive heart failure. JAMA 1951; 146:1408
Higgins JA, Juergens JC, Bruwer AJ, et al:

Logulated interlobar pleural effusion due to heart failure. Arch Intern Med 1955; 96:180
Fraser RG, Pare JAP, Pare PD, Fraser RS,

Genereux GP. Diagnosis of diseases of the chest. 3a Ed. Philadelphia: WB Saunders Company 1988:670-682.