

REPORTE DE CASO

Evanescent tumor, a real diagnostic challenge: in relation to a case

Tumor evanescente, un verdadero reto diagnóstico: a propósito de un caso

Alejandro Román-Rodríguez¹  , Rosymar Silva-Lago¹  , José Alfredo Gallegos Sanchez²  , Lázaro Silva-Ramos³  , Pablo Díaz Hernández¹  

¹Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Facultad General Calixto García. La Habana. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas Dr. Zoilo Enrique Marinello, Filial de Ciencias Médicas de Puerto Padre. Las Tunas, Cuba.

³Policlínico Universitario Manuel González Díaz. Bahía Honda, Artemisa, Cuba.

Citar como: Román-Rodríguez A, Silva-Lago R, Gallegos Sanchez JA, Silva-Ramos L, Díaz Hernández P. Evanescient tumor, a real diagnostic challenge: in relation to a case. South Health and Policy. 2026; 5:378. <https://doi.org/10.56294/shp2026378>

Enviado: 20-02-2025

Revisado: 12-05-2025

Aceptado: 02-08-2025

Publicado: 01-01-2026

Editor: Dr. Telmo Raúl Aveiro-Róbaló 

Autor para la correspondencia: Alejandro Román-Rodríguez 

ABSTRACT

Introduction: phantom tumor or evanescent tumor refers to an interlobar pleural effusion that occurs in patients with decompensated heart failure and resembles a lung tumor or mass that disappears after appropriate treatment. Its frequency is unknown.

Objective: this entity was described based on a case report, emphasizing the proper use of the clinical method.

Case report: the case of a 74-year-old male patient with a past medical history of hypertension and ischemic heart disease is presented. He presented with paroxysmal nocturnal dyspnea, orthopnea, pinpoint pain in the side extending to the right costal margin, fever of 38°C, crackles toward the lung bases, painful hepatomegaly, and edema in both lower limbs. The diagnosis of this presentation, the evanescent tumor or phantom tumor, is achieved through correct use of the clinical method supported by serial chest radiographs and is confirmed by the resolution of the effusion after initiating diuretic treatment.

Conclusions: the relevance of this case lies in describing the difficulty of diagnosis, despite the potential complications of a late diagnosis, and demonstrating the need for accurate and effective application of the method.

Keywords: Paroxysmal dyspnea; Pleural effusion; Heart failure; X-Ray.

RESUMEN

Introducción: se denomina tumor fantasma o tumor evanescente, al derrame pleural, interlobar, que se presenta en pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada que semeja un tumor o masa pulmonar que desaparece tras tratamiento oportuno. Se desconoce su frecuencia de aparición.

Objetivo: se propuso describir esta entidad, a propósito de un caso presentado; poniendo énfasis en el buen uso del método clínico.

Reporte de caso: se expone el caso de paciente masculino, de 74 años de edad, con antecedentes patológicos personales de Hipertensión arterial y Cardiopatía isquémica; que presentó disnea paroxística nocturna, ortopnea, dolor en punta de costado que se extendía hasta el reborde costal derecho, fiebre de 38°C, crepitantes hacia las bases pulmonares, hepatomegalia dolorosa y edema en ambos miembros inferiores. El diagnóstico de esta presentación, el tumor evanescente o tumor fantasma se logra mediante un correcto empleo del método clínico apoyado en radiografías de tórax seriadas y se confirma con la resolución del derrame tras instaurar un tratamiento diurético.

Conclusiones: la relevancia de este caso radica en describir la dificultad del diagnóstico, pese a las posibles complicaciones de un diagnóstico tardío y quedó demostrado la necesidad de aplicar de manera certera y eficaz el método.

Palabras clave: Disnea Paroxística; Derrame Pleural; Insuficiencia Cardíaca; Radiografía.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es un síndrome que resulta de cualquier deterioro ya sea estructural o funcional del llenado ventricular o gasto cardíaco. El cuadro resulta florido, pero las manifestaciones clínicas típicas se resumen a disnea y fatiga, puede transitar hasta la congestión pulmonar y esplácnica, con edema periférico. Las estadísticas de la IC reflejan una presentación entre el 1-2 % de la población adulta en países desarrollados, y aumenta a más del 10 % entre personas de 70 o más años de edad. El riesgo encontrado de IC con énfasis a los 55 años es del 33 % para los varones y el 28 % para las mujeres.⁽¹⁾ Se debe resaltar que la mortalidad por (IC) en Cuba se vio incrementada de un total de 1904 pacientes en el 2018 a 2059 en el 2019, lo que equivalió a tasas de 16,9 y 18,3 por cada 100 000 habitantes, respectivamente.^(1,2)

En la insuficiencia cardíaca descompensada aparece derrame pleural interlobar, simula una masa pulmonar que desaparece como resultado instantáneo de la aplicación del tratamiento médico oportuno y es a exactamente esto lo que se le denomina tumor fantasma pulmonar.^(3,4) Ocurre predominantemente en hombres, el hemitórax derecho es el mayormente afectado, y se reportan medianamente casos con origen en la cisura transversal derecha, con menos frecuencia dentro de la cisura oblicua. El compromiso simultáneo de ambas cisuras se ha reportado hasta en un quinto de los casos, siendo esporádico el compromiso del hemitórax izquierdo.^(1,2,3)

Esta entidad, descrita en 1928 por Stewart, quien lo llamó “hidrotórax lobar” tras la realización de autopsia para confirmar su sospecha clínica.⁽⁵⁾ Se desconoce su frecuencia de aparición y hasta el momento sigue siendo poco común. Su importancia radica en la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial con masas o nódulos pulmonares de otra etiología.

Es por ello el objetivo de este manuscrito es exponer el Tumor fantasma o tumor evanescente como una presentación atípica de la insuficiencia cardíaca, a punto de partida de la presentación de este caso.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 74 años de edad, piel blanca, procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, para lo cual mantiene tratamiento con Enalapril (tableta de 20 mg) 20 mg en dosis única vía oral, Espironolactona (tableta de 25 mg) 25 mg una vez al día y Digoxina (tableta de 0,25 mg) 0,25 mg una vez al día.

Acude a cuerpo de guardia del Policlínico con Servicios de Hospitalización Manuel González Díaz, Bahía Honda, Artemisa; por haber presentado disnea paroxística nocturna, que mejoraba al reposo, se exacerbaba con los pequeños esfuerzos y ortopnea. Además, un dolor punzante, lacerante, paroxístico, en punta de costado que se extendía hasta el reborde costal derecho y mejoraba con los cambios de posición sin desaparecer completamente. También fiebre de 38° C que se presentaba en cualquier horario y cedía fácilmente con la administración de antipiréticos como la dipirona 600 mg intramuscular.

Al examen físico se detectó la presencia de estertores crepitantes con predominio hacia las bases pulmonares. Hepatomegalia dolorosa, que rebasa alrededor de 2 cm el reborde costal derecho, acompañada de reflujo hepatoyugular. Edema en ambos miembros inferiores, normotérmico, duro, brillante, liso, tenso, ligeramente doloroso y de difícil godet.

Se indicaron exámenes complementarios de laboratorio; los cuales fueron expuesto a continuación de conjunto a sus valores normales de referencia, brindados por el Servicio de Laboratorio del Policlínico: hematocrito 0,46 (0,40-0,50), Hemoglobina 14 g/dl (12-16 g/dl), Glicemia 6mmol/L (4,2-6,1 mmol/L), Ácido úrico 225mmol/L (208-428 mmol/L), Urea 6,7 mmol/L (1,7-8,1 mmol/L), Creatinina 96 mmol/L (40-128 mmol/L), Proteínas Totales 67 g/L (60-80 g/L). Entiéndase que todos los valores se encontraban alrededor de su rango normal.

Le fue realizado además un electrocardiograma, en el que se precisan extrasístoles ventriculares aisladas de grado I, acorde a la clasificación de Lown y Wolf (extrasístoles monomórficas menores a 30 segundos),⁽⁶⁾ pero sin alteraciones del segmento ST, como se ilustra en la figura 1.

Se realizó radiografía en vista postero anterior simple de tórax, en la que se describió cardiomegalia, engrosamiento pleural derecho periférico, imagen a tipo masa en tercio medio inferior derecho y opacidad intersticial en bases como se observa en la figura 2.

Se indicó tratamiento con furosemida 20 mg por vía intravenosa cada 8 horas por 72 horas, hubo mejoría tanto clínica como radiológica considerables luego a razón de 40 mg por vía oral cada 12 horas hasta completar 10 días para repetir imagen radiográfica y recomendar tratamientos en consultas de seguimiento.

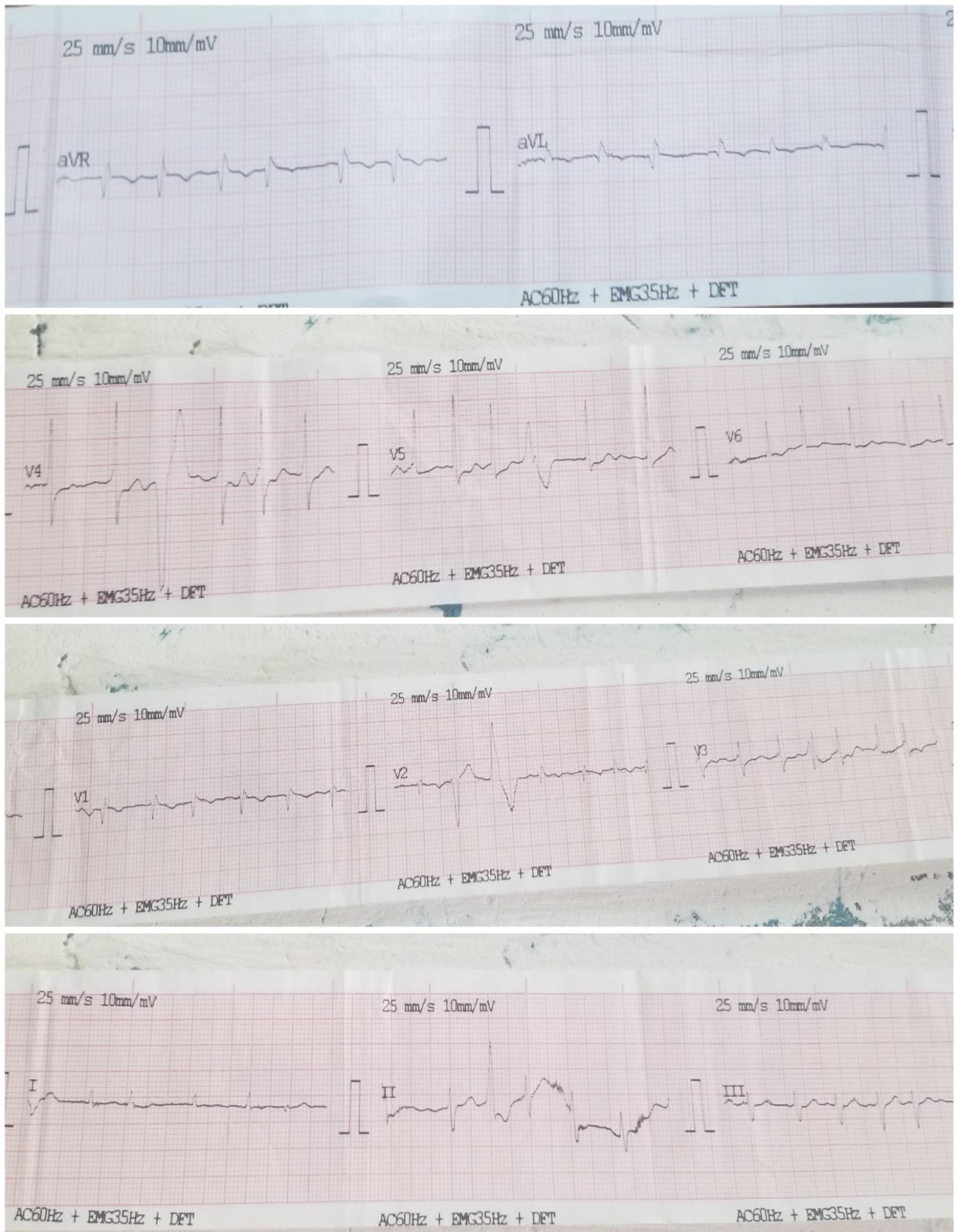


Figura 1. Extraído de la Historia Clínica del Paciente: electrocardiograma que muestra extrasístoles monomórficas menor a 30 segundos

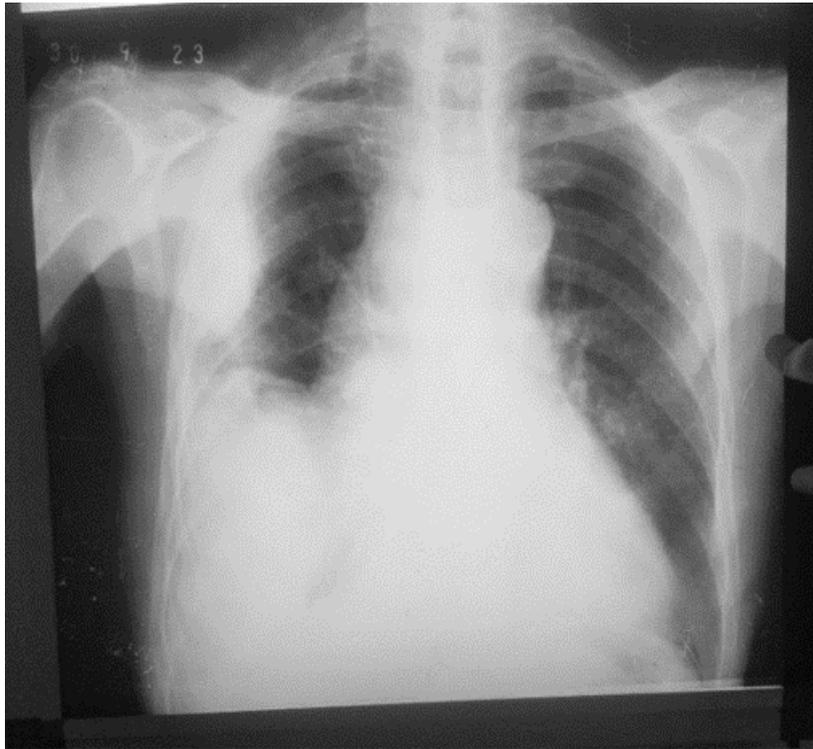


Figura 2. Extraído de la Historia Clínica del paciente

En la radiografía en vista anteroposterior de tórax, realizadas al tercer día del ingreso se observa una resolución parcial de los engrosamientos pleurales y desaparición de la aparente opacidad en el tercio inferior del pulmón derecho, aunque si persiste la cardiomegalia, como se muestra en la figura 3.



Figura 3. Extraído de la Historia Clínica del paciente

DISCUSIÓN

El tumor fantasma o evanescente (TF) se caracteriza por la presencia de derrame pleural interlobar, localizado, que aparece en los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada, además puede presentarse

en los casos de insuficiencia renal e hipoalbuminemia; o en ocasiones puede simular una masa tumoral que desaparece con tratamiento médico.⁽⁷⁾

Aún hoy en día no está esclarecida la causa real de su extraña presentación, se asocia a predisposiciones anatómicas como; defectos congénitos de la pleura o la presencia de adherencias debidas a procesos pleurales anteriores.⁽⁸⁾ Un papel clave para entender su patogénesis está relacionado con las adherencias y la obliteración del espacio pleural alrededor del borde de la cisura debido a la pleuritis; condiciona el lugar idóneo para en descompensaciones de la IC servir de reservorio.

Bajo estas condiciones, los TF se obtienen en el momento exacto en que la trasudación desde el espacio vascular pulmonar sobrepasa la capacidad de resorción de los linfáticos pleurales. Sin embargo, esta distribución intercostal atípica de derrames pleurales también se puede explicar por aumento local del retroceso elástico de pulmón adyacente, parcialmente atelectásico, que produce un efecto llamado “ventosa” propiciando la acumulación de líquido, incluso en ausencia de adherencias pleurales.

A mayor presión hidrostática del lado izquierdo, se produce el incremento del drenaje venoso y linfático, ello justifica la predilección por el lado derecho.⁽⁹⁾

La radiografía lateral del tórax puede orientar el diagnóstico porque permite la localización de la lesión, sin embargo, el método clínico y el pensamiento lógico-científico son los elementos imprescindibles. La historia clínica, así también como los antecedentes epidemiológicos, son de ayuda en el diagnóstico.⁽¹⁰⁾

En la estadía hospitalaria es verídico para valorar diagnósticos diferenciales la comparación con radiografías seriadas de tórax y así descartar posibles procesos tumorales. Los síntomas y signos clínicos de insuficiencia cardíaca son el elemento clínico orientador. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en los carcinomas pulmonares la disnea se describe en cerca del 60% de los pacientes, teniendo como característica el inicio progresivo.⁽¹⁰⁾

Es sugestivo del diagnóstico la interpretación, en las imágenes, de cardiomegalia o líquido en los ángulos costofrénicos, aunque también pueden cursar sin ellas. La presencia de una masa en el parénquima pulmonar, obliga a realizar un diagnóstico diferencial entre neumonía y tumor. Es muy relevante la correcta interpretación de los complementarios; por parte del facultativo en el proceso, pues se debe tener en cuenta que la presencia de leucocitosis en el hemograma, lo que orientaría hacia un proceso infeccioso; se hace presente en el cáncer de pulmón y junto a la reacción leucoeritroblástica.^(10,11,12,13)

La neumonía redonda es otra enfermedad que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de un tumor fantasma. Predomina en la infancia y es un proceso raro en adultos. Se localiza con mayor frecuencia en los lóbulos inferiores y una historia de fiebre y tos sugiere una causa infecciosa; sin embargo, estos síntomas pueden estar ausentes o no coincidir temporalmente con la imagen radiológica.^(12,14) Aunque el cuadro clínico oriente hacia falla cardíaca por la clínica del paciente, se debe incluir el infarto pulmonar como diagnóstico diferencial, debido a que es una complicación que aparece entre el 10 al 15 % de los casos de tromboembolia pulmonar y es secundario a la obstrucción de arterias segmentarias o subsegmentarias.⁽¹⁵⁾ Con frecuencia se asocia a personas con enfermedad cardiovascular o neoplásica subyacente.

La importancia de esta presentación de caso radica en resaltar cuan inusual puede resultar una insuficiencia cardíaca con esta presentación y como puede pasar de desapercibido. Resulta imprescindible el conocimiento de esta presentación pues teniendo en cuenta la incidencia que tiene en Cuba la insuficiencia cardíaca como entidad según un estudio realizado en Cuba en la Sala de Cardiología del Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Saturnino Lora de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2018 hasta igual mes del 2020 quedo plasmado que la enfermedad alcanza mayor frecuencia a partir de los 60 años de edad. Resultó superior la presentación en mujeres, en la edad intermedia y predomina la hipertensión arterial como factor de riesgo.^(3,16)

El grado de complejidad del diagnóstico certero del TF nace en la necesidad de un enfoque adecuado, en aras de optimizar tiempo, de eliminar procesos y tratamientos innecesarios. Clave aquí el énfasis en este último aspecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta sobre la polifarmacia y la Resistencia Antimicrobiana (RAM) como la epidemia silente del siglo XXI, es un hecho que al no proceder correctamente esta entidad puede terminar siendo tratada como una neumonía o cualquier otra etiología, poniendo en un riesgo mayor la vida del paciente. Así mismo, se resalta lo poca asiduidad de esta entidad y cómo su diagnóstico puede ser emitido desde el apoyo en estudios de bajo costo, que, siendo interpretados de manera más apropiada posible, definirán la entidad. La complejidad en el diagnóstico de esta condición subyace en los pocos casos reportados, de ahí debe partir el interés por la profundización.

CONCLUSIONES

Los síntomas y signos clínicos de la insuficiencia cardíaca pueden constituir los elementos clínicos primordiales para hacer un enfoque científico que propicie objetivamente el diagnóstico certero de esta entidad, siempre descartando masas tumorales, neumonías e infarto pulmonar. Se confirma mediante radiografías de tórax seriadas, en las que se demuestra la resolución del derrame tras instaurar tratamiento diurético; evitando efectivamente la polifarmacia, sobre-medicación o antibioticoterapia imprudente e innecesaria, en momentos

actuales tan necesitados. Todo lo antes expuesto, una vez más nos demuestra la importancia de aplicar de manera certera y eficaz el método clínico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez Alfonso Christian Osmar, Centurión Osmar Antonio. Conceptos epidemiológicos, manejo diagnóstico y farmacológico de la insuficiencia cardiaca congestiva crónica. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2019 Mar [cited 2024 June 08]; 6(1): 75-85. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932019000100075&lng=en.

2. Maldonado JC. Epidemiología de la insuficiencia cardíaca. Rev Med Vozandes 2018; 29: 51 - 53. [Internet]. [citado 7 enero 2025] Disponible en: <https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2019/12/EDIT.pdf>

3. Turro-Mesa L, del-Río-Caballero G, Turro-Caró E, del-Río-Mesa G, Mesa-Valiente R. Características clínicas y epidemiológicas en pacientes hospitalizados por insuficiencia cardiaca. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 8 Jun 2024]; 27 (3) Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4106>

4. Labrador-Descalzo S, Zulueta Moreno A. Tumor evanescente en un varón anciano fumador [A case of vanishing tumor in a smoker elderly male]. Aten Primaria. 2022 Oct;54(10):102457. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102457.

5. Dávila-Hernández C, Ñahuis Palomino C, Peralta-Obregón P, Bendezú-Ramos G, J Cárdenas-Trejo, Picoy-Romero D. Tumor fantasma del pulmón. Rev Soc Peru Med Interna. 2020;33(4): 161-163. <https://doi.org/10.36393/spmi.v33i4.564>

6. Colectivo de Autores. “Clasificación de las extrasístoles ventriculares según Lown y Wolf.” Medicina Interna al Día, Blog docente sobre Medicina Interna. [Internet]. 24 oct. 2012. [Cited 2025 enero 31] Available from: <https://medicinainternaaldia.wordpress.com/2012/10/24/clasificacion-de-las-extrasistoles-ventriculares-segun-lown-y-wolf/>

7. Forero-Saldarriaga Santiago. Claves diagnósticas en el paciente adulto con derrame pleural: revisión narrativa. Iatreia [Internet]. 2020 Dec [cited 2024 June 07] ; 33(4):348-359. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932020000400348&lng=en.

8. Ocampo José M., Urrea-Zapata Juan K., Gutiérrez-Londoño Harold, Jurado-Delgado Janeth, Uribe-Valencia Mauricio A.. Tumor evanescente: un reto diagnóstico. Rev. Colomb. Cardiol. [Internet]. 2018 Apr [cited 2024 June 07]; 25(2): 153-153. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332018000200153&lng=en.

9. Casanova ME, Reyes-Ortiz CA, León Giraldo H, Castano~ Cifuentes O. Características clínicas y supervivencia a 30 días de pacientes ancianos colombianos hospitalizados por insuficiencia cardíaca descompensada. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015; 50:153---5, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.11.013>.

10. González Rodríguez Raidel, Cardentey García Juan. La historia clínica médica como documento médico legal. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2015 Dic [citado 2024 Jun 07] ; 37(6): 648-653. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000600011&lng=es.

11. Fanta CH, Kacoyanis GP, Koster JK Jr, McFadden ER Jr. Pseudopseudotumor of the lung. Hepatic herniation into the right major fissure imitating a pseudotumor on chest roentgenogram. Chest. 1980; 78:346---8.

12. Labrador-Bernal R, Valido-Valdes D, Campo-Díaz MC. Valor de la leucograma en el proceso diagnóstico del paciente pediátrico. Rev Ciencias Médicas. 2022; 26(6): e5532. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5532>

13. Rodríguez Claudio, Vargas Bryan C., Rojas Esteban, Velásquez Carolina, de la Maza Verónica, Mancilla Edgardo. Lesiones cavitadas pulmonares: diagnóstico diferencial y revisión pictográfica. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2023 Jun [citado 2024 Jun 07] ; 29(2): 57-67. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082023000200057&lng=es.

14. Cemeli Cano Mercedes, Laliena Aznar Sara, Valiente Lozano José, Martínez Ganuza Berta, Bustillo Alonso Matilde, García Vera César. Características clínicas y evolutivas de la neumonía adquirida en la comunidad en pacientes hospitalarios. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2020 Mar [citado 2024 Jun 08]; 22(85): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322020000100005&lng=es.

15. Arias-Rodríguez Fabián D., Armijos-Quintero Daniel A., Beltrán-Vinueza Pamela A., Córdova-Macías Daniela V., Guadamud-Loor Jorge X., Osejos-Moreira Walter D. et al. Diagnóstico y tratamiento de tromboembolia pulmonar. Revisión bibliográfica. *Rev. mex. angiología*. [revista en la Internet]. 2022 Sep [citado 2024 Jun 08]; 50(3): 96-109. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-130X2022000300096&lng=es.

16. Jain S, Self WH, Wunderink RG, Fakhran S, Balk R, Bramley AM, et al., For the CDC EPIC Study Team. Community-acquired pneumonia requiring hospitalization among U.S. adults. *N Engl J Med*. 2015; 373:415---27, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1500245>.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

No existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE FUENTES DE FINANCIACIÓN

Sin fuente de financiación externa.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Alejandro Román-Rodríguez, Rosymar Silva-Lago, José Alfredo Gallegos Sanchez, Lázaro Silva-Ramos, Pablo Díaz Hernández.

Investigación: Alejandro Román-Rodríguez, Rosymar Silva-Lago, José Alfredo Gallegos Sanchez, Lázaro Silva-Ramos, Pablo Díaz Hernández.

Redacción - borrador original: Alejandro Román-Rodríguez, Rosymar Silva-Lago, José Alfredo Gallegos Sanchez, Lázaro Silva-Ramos, Pablo Díaz Hernández.

Redacción - revisión y edición: Alejandro Román-Rodríguez, Rosymar Silva-Lago, José Alfredo Gallegos Sanchez, Lázaro Silva-Ramos, Pablo Díaz Hernández.