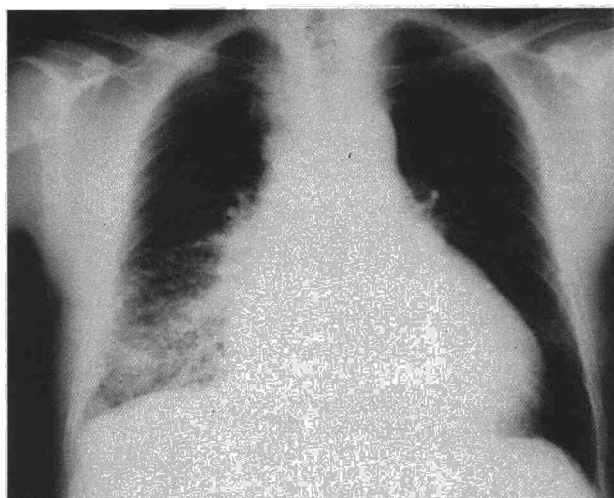




1. Warner JO. Asthma: A follow-up statement from an international paediatric consensus group. Arch Dis Child 1992; 67:240-248.
2. WHO/IUIS. The current status of allergen immunotherapy (hyposensitisation). Allergy 1989; 44:369-379.

**Fig. 1. Radiografía de tórax al ingreso que muestra cardiomegalia global, patrón alveolointersticial y signos de redistribución vascular.**



### Neoplasia pulmonar y taponamiento cardíaco: valor del diagnóstico por imagen

Sr. Director: En un número reciente de la Revista que usted dirige<sup>1</sup> se comunica un caso de taponamiento cardíaco como forma de presentación de cáncer de pulmón, haciendo hincapié en la rareza de esta situación. La radiografía de tórax y/o el escáner torácico sugieren la existencia de derrame pericárdico<sup>2</sup> y permiten sospechar la naturaleza del proceso en la mayor parte de los enfermos, como ocurrió en el paciente referido<sup>1</sup>. Queremos aportar un nuevo caso de neoplasia broncogénica con taponamiento cardíaco como primera manifestación en el que la radiografía simple y la tomografía axial computarizada de tórax no apuntaron a la existencia de neoplasia. Se insiste en la necesidad de buscar un tumor maligno pulmonar como causa del taponamiento en determinadas situaciones.

Se trataba de un varón de 58 años, con antecedente de tabaquismo importante (60 paquetes/año) y criterios de bronquitis crónica simple. Ingresó por cuadro de 3 días de evolución de disnea progresiva que llegó a hacerse de reposo, con ortopnea y sin dolor torácico ni síndrome general. En la exploración física presentaba TA de 80/60, ingurgitación yugular hasta ángulo mandibular, pulso paradójico, crepitantes bibasales y edemas maleolares. No se auscultaba roce pericárdico. La radiografía de tórax (fig. 1) mostraba cardiomegalia global, patrón intersticial bilateral y alveolointersticial en base derecha y signos de redistribución vascular. En el ecocardiograma se apreciaba gran derrame pericárdico con signos de taponamiento. Se realizó pericardiocentesis obteniéndose 1.000 ml de un líquido hemático con glucosa de 3 mg/dl, proteínas de 5 g/dl y LDH de 1.754 U/l y con predominio linfocitario en el recuento celular. Una TAC de tórax realizada en el momento del ingreso confirmó la existencia de derrame pericárdico y no aportó ningún otro dato adicional. Tras la evacuación del líqui-

do pericárdico la silueta cardíaca disminuyó de tamaño y desaparecieron el patrón alveolointersticial y los signos de redistribución. Por el antecedente de tabaquismo y por las características del líquido pericárdico se practicó broncoscopia que reveló la presencia de una masa de 1 x 1 cm, bien delimitada y localizada en pared inferior de bronquio principal izquierdo. La biopsia de dicha masa y las citologías de líquido pericárdico corroboraron la existencia de una neoplasia epidermoide pulmonar con afectación pericárdica.

La frecuencia con que una neoplasia broncogénica se manifiesta como taponamiento cardíaco es baja. Se ha dicho que entre un 2 y un 22,7 % (según las series) de las autopsias de pacientes fallecidos con cáncer de distintas localizaciones muestran afectación de corazón y pericardio<sup>3</sup>, pero menos de la tercera parte de los casos se diagnostican *ante mortem*. Por otro lado, el 16 % de los pacientes con metástasis pericárdicas desarrollan un taponamiento cardíaco en algún momento de su evolución aunque el taponamiento como manifestación inicial de neoplasia es raro<sup>3</sup>. En nuestra casuística, sólo un 1,6 % de los casos de cáncer de pulmón se iniciaron de esta forma. Esta eventualidad es incluso más infrecuente para la variedad epidermoide<sup>1</sup>.

Los métodos de imagen (radiografía de tórax y TAC torácica), además de indicar la existencia de líquido en pericardio, muestran hallazgos indicativos de neoplasia pulmonar en la mayoría de los pacientes, si bien su ausencia no debe hacer desestimar tal posibi-

lidad. No se debe olvidar que hasta un 2 % de los cánceres pulmonares pueden cursar con radiografía de tórax normal<sup>4</sup>. En particular, creemos que el antecedente de tabaquismo y la obtención de un líquido hemorrágico en la pericardiocentesis son datos que obligan a descartar una neoplasia de pulmón como causa del taponamiento cardíaco.

J. Allende González, A. Bahamonde Carrasco\* y A. Morán Blanco\*

Sección de Neumología.

\*Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario de León.

1. Rodríguez JN, Pereira A, Grávalos J, Maldonado JA, Conde J. Taponamiento cardíaco como forma de presentación de neoplasia pulmonar. Arch Bronconeumol 1992; 28:394-396.
2. Mauch PM, Ultmann JE. Tratamiento de los derrames pericárdicos neoplásicos. En: DeVita VT Jr, Hellman S y Rosenberg SA, eds. Cáncer: Principios y práctica de Oncología. Barcelona, Salvat, 1988; 1.988-2.001.
3. Nicolás JM, Navarro M, Sobrino J, Coca A. Taponamiento cardíaco como manifestación inicial de una neoplasia pulmonar. Med Clin (Barc) 1990; 95:779-781.
4. Richards F, Choplin RH. Diagnostic workup. En: Scarantino ChW, ed. Lung cancer. Berlín, Springer-Verlag, 1985; 55-74.