

Carcinomatosis pericárdica: no siempre irreversible

Pericardial Carcinomatosis: Not Always Irreversible

AINHOA ECHENIQUE-CLERIGUÉ^{1,✉}, MIREIA CODINA-PRAT¹, UXUE MILLET-OYARZABAL^{1,✉}, CRISTINA ASLA-ORMAZA¹, IRENE HERNÁNDEZ-PÉREZ¹

Se presenta el caso de un paciente con adenocarcinoma pulmonar estadio IV cuyo debut clínico fue un taponamiento cardíaco secundario a derrame pericárdico. Aunque el derrame pericárdico es una complicación relativamente frecuente en pacientes con cáncer, solo alrededor del 30 % de los casos es atribuible a infiltración maligna del pericardio, (1) por lo que su correcta caracterización resulta esencial por sus implicaciones diagnósticas, pronósticas y terapéuticas. (2) El caso destaca además por la resolución completa de los hallazgos ecocardiográficos tras el inicio del tratamiento sistémico dirigido, escasamente descrito en la literatura y que pone de manifiesto el beneficio de las terapias oncológicas actuales.

Se trata de un varón de 46 años, fumador activo (30 paquetes-año), sin otros antecedentes personales de interés, que acudió al servicio de Urgencias por disnea progresiva, ortopnea y dolor torácico de características pleuríticas de un mes de evolución, con empeoramiento clínico y aparición de edema de la extremidad inferior izquierda en las últimas 24 horas. A su llegada presentaba hipotensión arterial (94/65 mmHg), taquicardia sinusal (120 lpm), taquipnea (30 rpm) y saturación de oxígeno del 92 % respirando aire ambiente.

Bajo sospecha de trombosis venosa profunda con tromboembolismo pulmonar secundario, se realizó una angiotomografía computarizada (angio-TC) torácica urgente (Figura 1A), que confirmó tromboembolismo pulmonar bilateral con infarto pulmonar asociado, así como una masa no conocida en lóbulo superior derecho (LSD) de 25 mm y otra en mediastino anterior (60 mm), que infiltraba el pericardio. Éste último mostraba un engrosamiento nodular difuso sugestivo de carcinomatosis pericárdica junto con derrame pericárdico grave. Se solicitó valoración por cardiología, confirmando mediante ecocardiograma transtorácico derrame pericárdico grave y hallazgos compatibles con

taponamiento cardíaco, con variación respiratoria de los flujos transvalvulares, vena cava inferior dilatada y no colapsable y colapso diastólico evidente de las cavidades derechas.

Ante estos hallazgos, el paciente ingresó en la Unidad Coronaria y se realizó una pericardiocentesis urgente. Se obtuvieron 500 mL de líquido serohemático. Posteriormente se inició anticoagulación con heparina de bajo peso molecular para el tratamiento del tromboembolismo pulmonar. Aunque inicialmente presentó una clara mejoría clínica y hemodinámica, continuaba con débito abundante con derrame pericárdico grave persistente, así como engrosamiento pericárdico nodular muy marcado (Figura 2A). A pesar de que el estudio citológico del líquido pericárdico resultó negativo para células malignas, los hallazgos mediante angio-TC eran altamente sugestivos de infiltración maligna: (3) pérdida de plano graso de separación del pericardio respecto de la masa mediastínica adyacente, y engrosamiento nodular pericárdico. Se decidió finalmente realizar una pericardiotomía percutánea con balón, consiguiéndose la estabilización del cuadro y permitiendo el alta hospitalaria pocos días después.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar estadio IV A. Tras descartarse alteraciones en los biomarcadores moleculares (EGFR, ALK, ROS1, BRAF) y objetivarse una expresión de ligando 1 de muerte celular programada (PD-L1) no susceptible de tratamiento dirigido, se inició tratamiento paliativo de primera línea con pembrolizumab, pemetrexed y carboplatino.

En la reevaluación a los tres meses, el paciente presentó una evolución clínica favorable, con una respuesta parcial con disminución de la masa mediastínica hasta 32 mm, la masa del LSD a 18 mm y la importante disminución de la infiltración pericárdica, con mínimo derrame pericárdico en la TC de control (Figura 1B)

Rev Argent Cardiol 2026;94:433-435. <https://doi.org/10.7775/rac.es.v94.i5.21051>

Dirección para correspondencia: Ainhoa Echenique-Clerigué. Correo electrónico: echeniqueainhoa@gmail.com



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

©Revista Argentina de Cardiología

¹Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Bizkaia, España.

y completa resolución de los hallazgos sugestivos de infiltración pericárdica visualizables mediante ecocardiografía (Figura 2B).

La presentación clínica de este paciente, con derrame pericárdico con taponamiento cardíaco, que condujo al diagnóstico de un adenocarcinoma pulmonar en estadio avanzado, no constituye una situación excepcional en la práctica clínica. Se ha descrito la presencia de una neoplasia subyacente en el 12–23 % de los pacientes que presentan un derrame pericárdico como manifestación inicial. (4) Entre las etiologías malignas, el cáncer de pulmón representa una de las causas más frecuentes, junto con el cáncer de mama, los melanomas, las leucemias y los linfomas. (1,4)

Si bien el diagnóstico definitivo de derrame pericárdico maligno requiere de confirmación de células tumorales, la sensibilidad diagnóstica de la citología se estima en un 72% (5) y la realización de biopsia

pericárdica es excepcional. En casos como el presente con sospecha de falsos negativos en la citología, resulta vital la integración de los hallazgos clínicos y los de las diversas pruebas de imagen para llegar al diagnóstico más probable y adaptar el manejo terapéutico en consecuencia.

El derrame pericárdico de origen neoplásico se asocia a una elevada tasa de recurrencia y a un mayor riesgo de taponamiento cardíaco. (4) Por este motivo, además de la pericardiocentesis, pueden ser necesarias estrategias complementarias, como la pericardiotomía percutánea con balón, la creación de una ventana pericárdica o la administración intrapericárdica de agentes citostáticos, especialmente en pacientes con recurrencia precoz. (1) No obstante, el tratamiento del tumor primario continúa siendo el pilar fundamental para el control de la enfermedad y de sus manifestaciones cardiovasculares. (1)

Fig. 1. Angio TC torácica. **A.** Pericardio con engrosamiento irregular y derrame pericárdico grave asociado. **B.** Resolución completa del derrame pericárdico y disminución llamativa de la infiltración pericárdica a los 3 meses

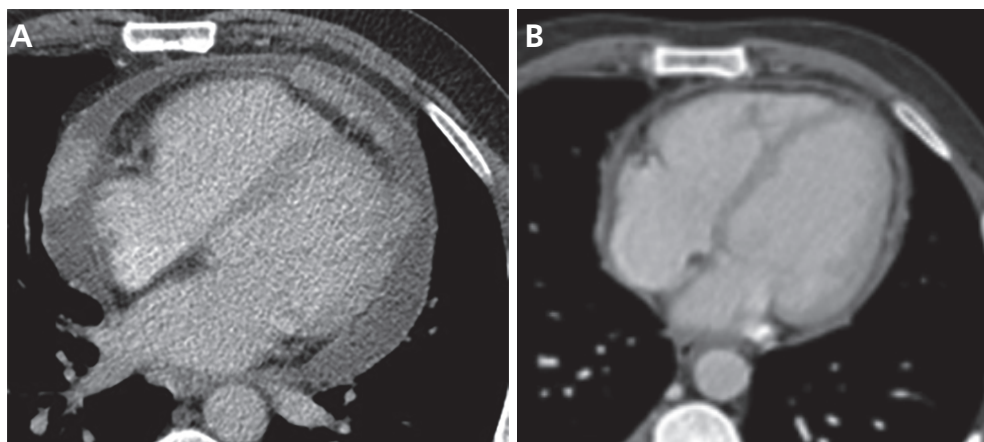
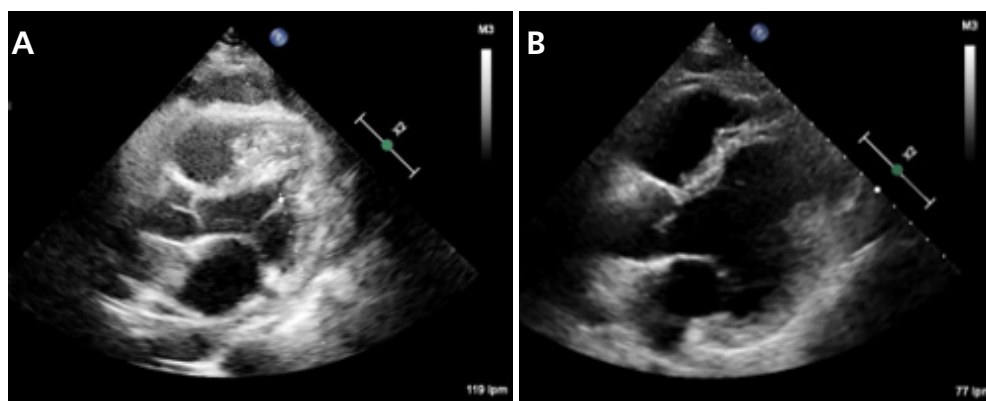


Fig. 2. Ecocardiograma transtorácico en ventana paraesternal eje largo. **A.** Engrosamiento pericárdico irregular con derrame pericárdico grave asociado (con persistencia de variación respiratoria transvalvular, pero sin compromiso diastólico de cavidades derechas tras la pericardiocentesis). **B.** Resolución del engrosamiento y derrame pericárdico a los 3 meses



La incorporación de la inmunoterapia y de los tratamientos sistémicos actuales ha transformado el pronóstico de numerosos pacientes con cáncer de pulmón avanzado, mejorando tanto la supervivencia como la calidad de vida. En nuestro paciente, la respuesta parcial radiológica se acompañó de la desaparición completa del derrame pericárdico y de los hallazgos ecocardiográficos sugestivos de infiltración pericárdica, no descrito hasta el momento en la literatura hasta donde alcanza nuestro conocimiento y que ilustra la eficacia del tratamiento sistémico y el valor de la ecocardiografía como herramienta no invasiva para el seguimiento de la afectación pericárdica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adler Y, Charron P, Imazio M, Badano L, Barón-Esquivias G, Bogaert J, et al; ESC Scientific Document Group. 2015 ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases: The Task Force for the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by: The European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Eur Heart J* 2015;36:2921-64. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv318>.
2. Lyon AR, López-Fernández T, Couch LS, Asteggiano R, Aznar MC, Bergler-Klein J, et al. ESC Scientific Document Group. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology developed in collaboration with the European Hematology Association (EHA), the European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO) and the International Cardio-Oncology Society (IC-OS). *Eur Heart J* 2022;43:4229-361. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac244>
3. Ünal E, Karcaaltincaba M, Akpınar E, Ariyurek OM. The imaging appearances of various pericardial disorders. *Insights Imaging* 2019;10:42. <https://doi.org/10.1186/s13244-019-0728-4>.
4. Mori S, Bertamino M, Guerisoli L, Stratoti S, Canale C, Spallarossa P, et al. Pericardial effusion in oncological patients: current knowledge and principles of management. *Cardiooncology* 2024;10:8. <https://doi.org/10.1186/s40959-024-00207-3>.
5. Sullivan A, Dennis AS, Rathod K, Jones D, Rosmini S, Manisty C, et al. Pericardial Fluid Analysis in Diagnosis and Prognosis of Patients Who Underwent Pericardiocentesis. *Am J Cardiol* 2023;198:79-87. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2023.04.034>.