

Taponamiento cardíaco como manifestación inicial de adenocarcinoma pulmonar metastásico con alta expresión de PD-L1

Cardiac tamponade as the initial presentation of metastatic lung adenocarcinoma with high PD-L1 expression

Eva I. Morcillo-Calero^{1,2*}, Christian André-Mariño², José M. Eguino², Laura Viña² y Macarena Guerra²

¹Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada; ²14.º Curso de Competencias en Cáncer de Pulmón, Doctaforum y el Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECPC). España

Resumen

Introducción: El taponamiento cardíaco secundario al cáncer de pulmón constituye una urgencia oncológica con un importante impacto en la estrategia terapéutica y el pronóstico del paciente. **Presentación del caso:** Mujer de 54 años, fumadora activa, que debutó con un taponamiento cardíaco, requiriendo ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Se realizó una pericardiocentesis diagnóstica y terapéutica, cuyo estudio citológico confirmó un adenocarcinoma de origen pulmonar. El estudio de extensión mostró afectación ganglionar y metástasis óseas. El tumor presentaba una expresión de PD-L1 del 70% y no se identificaron mutaciones accionables. Durante la evolución clínica, la paciente desarrolló un tromboembolismo pulmonar bilateral. Tras su estabilización y dada la elevada agresividad tumoral, se inició tratamiento de primera línea con quimioinmunoterapia, logrando una rápida mejoría clínica y una estabilización de la enfermedad mantenida durante el seguimiento. **Discusión:** En pacientes con elevada carga tumoral y compromiso vital, la quimioinmunoterapia, frente a la inmunoterapia en monoterapia, puede proporcionar un mejor control sintomático e impactar favorablemente en la supervivencia. **Conclusión:** Un tratamiento sistémico intensivo e individualizado puede lograr el control de la enfermedad incluso en pacientes con una presentación clínica altamente agresiva.

Palabras clave: Adenocarcinoma pulmonar. Taponamiento cardíaco. Quimioinmunoterapia.

Abstract

Introduction: Cardiac tamponade secondary to lung cancer is an oncologic emergency with a major impact on treatment strategy and patient prognosis. **Case presentation:** A 54-year-old active smoker presented with cardiac tamponade requiring admission to the intensive care unit. Diagnostic and therapeutic pericardiocentesis confirmed lung adenocarcinoma. Staging studies revealed nodal involvement and bone metastases. The tumor showed a PD-L1 expression of 70%, with no actionable genomic alterations identified. During the clinical course, the patient developed bilateral pulmonary embolism. Following clinical stabilization and given the aggressive nature of the disease, first-line chemoimmunotherapy was initiated, resulting in rapid clinical improvement and sustained disease stabilization throughout follow-up. **Discussion:** In patients with a high tumor burden and life-threatening disease, chemoimmunotherapy, rather than immunotherapy alone, may provide superior symptom control and improve survival outcomes. **Conclusion:** Individualized intensive systemic therapy can achieve disease control even in patients presenting with highly aggressive disease.

Keywords: Lung adenocarcinoma. Cardiac tamponade. Chemoimmunotherapy.

***Correspondencia:**

Eva I. Morcillo-Calero
E-mail: evaismc@gmail.com

Recibido: 01-05-2026
Aceptado: 22-05-2026
DOI: 10.24875/GECPLC.M26000014

Available online: 23-07-2026
Lung Cancer Clin. Res. J. 2026;2(1):20-23
www.lccrjournal.com

3081-6335 / 2026 © Grupo Español de Cáncer de Pulmón. Published by Permanyer. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes personales

Mujer de 54 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos de interés. Tabaquismo activo de más de 30 años de evolución, con consumo superior a 20 cigarrillos al día (índice de consumo acumulado de tabaco: 30 paquetes-año). Clínica basal compatible con bronquitis crónica y disnea para grandes esfuerzos. Refiere síndrome constitucional de 3 meses de evolución con pérdida ponderal aproximada de 10 kg.

Enfermedad actual

Acude a urgencias en agosto de 2025 por disnea en reposo asociada a taquipnea, hipoxemia e hipotensión grave. Se realiza ecocardiografía clínica urgente que objetiva derrame pericárdico masivo con signos ecocardiográficos y clínicos de taponamiento cardiaco. Ingresa en la unidad de cuidados intensivos, donde se le practica pericardiocentesis subxifoidea con drenaje de 1500 ml de líquido serohemático, logrando su estabilización hemodinámica y mejoría sintomática. El estudio citológico del líquido pericárdico resulta positivo para adenocarcinoma compatible con origen pulmonar. Durante el ingreso se objetiva una masa pulmonar de 6,5 cm en el lóbulo superior derecho asociada a adenopatías locorregionales y afectación metastásica ganglionar y ósea.

Exploración física

Estado funcional 1 de la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Auscultación cardiaca: tonos rítmicos y taquicárdicos, atenuados. Auscultación pulmonar: hipofonesis en el lóbulo superior derecho, con murmullo vesicular conservado y algún crepitante fino.

Exploraciones complementarias

- Tomografía computarizada (TC) cerebral y TC de tórax, abdomen y pelvis (11-08-25): adenopatías en el espacio pretraqueal, en situación subcarinal. Banda de leve derrame pericárdico, de hasta 1,7 cm de espesor. Imagen a nivel del hilio derecho de 1,8 cm en relación con adenopatía. Imagen en el lóbulo superior derecho que mide 6,5 × 6,2 cm, con área de neumonitis obstructiva en relación con neoformación pulmonar. Cambios en el parénquima pulmonar en relación con

enfisema de predominio centrolobulillar. Resto sin alteraciones significativas. Impresión diagnóstica: neoplasia pulmonar localmente avanzada con adenopatías mediastínicas e hiliares derechas.

- Tomografía por emisión de positrones (PET-TC) con 18F-fluorodesoxiglucosa de cuerpo entero (18-08-2025): masa hipermetabólica en el lóbulo superior derecho de 60 mm (SULmáx 14) (Fig. 1). Adenopatías supradiaphragmáticas patológicas (pretraqueales, subcarinales, hiliares bilaterales y ligamento pulmonar izquierdo). Derrame pericárdico leve. Múltiples focos hipermetabólicos óseos sugestivos de metástasis líticas en el fémur derecho, el isquion izquierdo, el acetábulo izquierdo, el sacro y la escápula derecha. Conclusión: neoplasia pulmonar con diseminación metastásica ganglionar y ósea.

Pruebas diagnósticas

Informe de anatomía patológica: biopsia incisional de bronquio que muestra infiltración por adenocarcinoma broncogénico. Positividad CK7, napsina, TTF1, PD-L1 (CLON 22C3): 70%. Pendiente de recibir estudio NGS.

Tratamiento

Tras la primera valoración en la consulta de oncología médica, y previo al inicio del tratamiento, la paciente consulta de nuevo por disnea en reposo e hipoxemia, precisando oxigenoterapia de alto flujo. Se descarta un nuevo episodio de taponamiento cardiaco y se diagnostica tromboembolia pulmonar aguda bilateral, con signos de sobrecarga cardiaca y sospecha de linfangitis carcinomatosa, sin poder descartar sobreinfección bacteriana. Tras su estabilización ingresa en planta de oncología médica, donde recibe tratamiento anticoagulante y antibioticoterapia empírica de amplio espectro, con progresiva mejoría clínica. Dada la agresividad de la enfermedad se decide en sesión clínica comenzar tratamiento sistémico sin esperar los resultados de NGS, y se plantea si iniciar primera línea con inmunoterapia en monoterapia o con quimioterapia más inmunoterapia con cemiplimab + QT, basado en el esquema del ensayo EMPOWER-Lung 31. A pesar de que las tasas de respuesta objetiva fueron similares en los ensayos EMPOWER-Lung 12 y EMPOWER-Lung 31, finalmente se optó por la estrategia de combinación de QT + IO, debido a la carga de enfermedad y las complicaciones que comprometían la vida de la paciente.

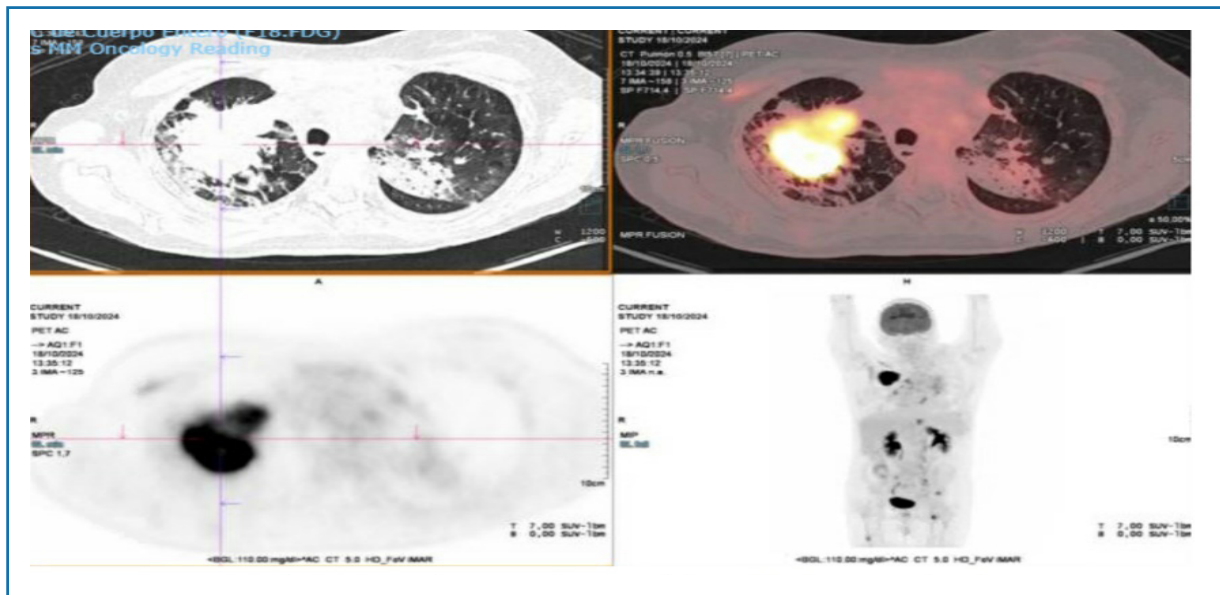


Figura 1. PET-TC inicial que muestra una masa hipermetabólica en el lóbulo superior derecho.

Se pauta el primer ciclo de carboplatino-pemetrexed-cemiplimab en planta, con buena tolerancia, y en los días siguientes es dada de alta. Se recibe durante el ingreso el resultado del estudio de NGS, que no presenta mutaciones accionables para el tratamiento en primera línea con inmunoterapia en monoterapia o con quimioterapia más inmunoterapia con cemiplimab + QT, basado en el esquema del ensayo EMPOWER-Lung 3. A pesar de que las tasas de respuesta objetiva fueron similares en los ensayos EMPOWER-Lung 1 y EMPOWER-Lung 3, finalmente se optó por la estrategia de combinación de QT + IO, debido a la carga de enfermedad y las complicaciones que comprometían la vida de la paciente. Se pauta el primer ciclo de carboplatino-pemetrexed-cemiplimab en planta, con buena tolerancia, y en los días siguientes es dada de alta. Se recibe durante el ingreso el resultado del estudio de NGS, que no presenta mutaciones accionables para el tratamiento en primera línea.

Diagnóstico

Adenocarcinoma de pulmón T3N3M1c en estadio IVB por afectación ósea y ganglionar diseminada.

PD-L1 70%. NGS sin mutaciones accionables. Variable de significado incierto en BRAF 15 p.Gly596Arg c.1786G>C.

Manifestación inicial como taponamiento cardiaco, resuelto tras una pericardiocentesis, quedando derrame pleural leve residual. Tromboembolia pulmonar bilateral aguda.

Evolución y seguimiento

Tras recibir el primer ciclo la paciente presenta un gran beneficio clínico, con resolución de la disnea de mínimos esfuerzos y mejoría del dolor óseo, pudiendo disminuir la dosis de morfina oral. Se reevalúa la enfermedad tras cuatro ciclos de QT + IO y se observa reducción de la masa pulmonar derecha y desaparición del derrame pericárdico, catalogado como enfermedad estable según RECIST (*Response Evaluation Criteria in Solid Tumors*) 1.1.

Tratamiento actual

La paciente se encuentra en fase de mantenimiento con pemetrexed más cemiplimab, con lo que continúa manteniendo su enfermedad estable. Presentó un episodio de trombosis venosa profunda a pesar de recibir anticoagulación, por lo que se ajustó la dosis por parte de hematología y se colocó un filtro de vena cava inferior, y no ha vuelto a presentar eventos tromboembólicos.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de su institución para acceder a los datos de las historias clínicas. Se ha obtenido el consentimiento informado de los pacientes y se cuenta con la

aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. Los autores declaran que se utilizó ChatGPT para la creación de pies de página y ajustar el texto a caracteres permitidos.

Referencias

1. Makharadze T, Gogishvili M, Melkadze T, Baramidze A, Giorgadze D, Penkov K, et al. Cemiplimab plus chemotherapy versus chemotherapy alone in advanced NSCLC: 2-year follow-up from the Phase 3 EMPOWER-Lung 3 Part 2 trial. *J Thorac Oncol.* 2023;18:755-68.
2. Özgüroğlu M, Kilickap S, Sezer A, Gümüş M, Bondarenko I, Gogishvili M, et al. First-line cemiplimab monotherapy and continued cemiplimab beyond progression plus chemotherapy for advanced non-small-cell lung cancer with PD-L1 50% or more (EMPOWER-Lung 1): 35-month follow-up from a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2023;24:989-1001.