Depósito Legal electrónico: ME2016000090 - ISSN Electrónico: 2610797X
http://erevistas.saber.ula.ve/gicos

Revista del Grupo de Investigación en Comunidad y Salud

/ Volumen **11**, N° **2**, 2026 /

Reporte de Casos

Mesotelioma pericárdico simulando pericarditis tuberculosa: un desafío diagnóstico

Pericardial mesothelioma mimicking tuberculous pericarditis: a diagnostic challenge

GUERRERO, MARÍA[1]; GUEVARA, PAOLA[1]; QUINTERO, VERÓNICA[1]; SEVERINO, MICHELE[1]; MUÑOZ, RENE[1]

[1]Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

Autor de correspondencia
mariaaguerrerog.1999@gmail.com

Fecha de recepción
20/12/2025
Fecha de aceptación
26/01/2026
Fecha de publicación
29/05/2026

Autores

Guerrero, María
Estudiante sexto año de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
Correo-e: mariaaguerrerog.1999@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1719-8669

Guevara, Paola
Estudiante sexto año de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
Correo-e: andreina6824@gmail.com
ORCID: 0009-0007-9910-8722

Quintero, Verónica
Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
Residente de primer año del Postgrado de Gastroenterología de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.
Correo-e: Vaqm210593@gmail.com
ORCID: 0009-0008-7346-8217

Severino, Michele
Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
Correo-e: Dramseverino5@gmail.com
ORCID: 0009-0005-6782-3372

Muñoz, Rene
Médico Cirujano, Especialista en Medicina Interna, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.
Profesor Asistente del Departamento de Medicina de la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela
Correo-e: Renejavivi17@gmail.com
ORCID: 0000-0003-0122-9846

Citación:
Guerrero, M., Guevara, P., Quintero, V., Severino, M., Muñoz, R. (2026). Mesotelioma pericárdico simulando pericarditis tuberculosa: un desafío diagnóstico. *GICOS, 11*(2), 210-217
DOI:

La Revista Gicos se distribuye bajo la Licencia Creative Commons Atribución No Comercial Compartir Igual 3.0 Venezuela, por lo que el envío y la publicación de artículos a la revista es completamente gratuito. https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/ve/

RESUMEN

El mesotelioma pericárdico corresponde a la localización menos frecuente de esta neoplasia maligna, que suele evolucionar con un cuadro clínico insidioso e inespecífico que simula diversas patologías respiratorias, lo que desvía el diagnóstico, esto, junto a las escasas opciones de tratamiento conlleva a un pronóstico desfavorable. El presente caso trata de un paciente masculino de 44 años, sin comorbilidades aparentes quien manifestó tos, astenia, adinamia e hiporexia siendo inicialmente diagnosticado con una infección respiratoria baja, posteriormente los estudios de imagen evidencian cardiomegalia, signos de derrame pericárdico y taponamiento cardíaco, por tal motivo se lleva a cabo pericardiocentesis. En vista de múltiples recidivas acompañadas de derrame pleural se plantea posible etiología neoplásica y/o tuberculosa, se realizan estudios de líquido pleural que reportan características de exudado y ADA positivo tratando finalmente al paciente bajo el diagnóstico presuntivo de pericarditis tuberculosa, terminando en un desenlace fatal a los dos meses del inicio de los síntomas como consecuencia de shock mixto obstructivo y séptico. Sin embargo, luego del fallecimiento se recibe informe anatomopatológico que descarta el diagnóstico inicial reportando células pericárdicas sugestivas de mesotelioma pericárdico. Este caso toma relevancia debido a la aparición poco frecuente de tumores malignos a nivel pericárdico, que suelen cursar con un diagnóstico bastante complejo y de difícil manejo, que de ser diagnosticado tardíamente como generalmente ocurre tiene un mal pronóstico y poca supervivencia, por lo que se hace pertinente su documentación para orientar al personal de salud hacia un diagnóstico oportuno.

Palabras clave: mesotelioma; pericarditis tuberculosa; taponamiento cardíaco; derrame pericárdico.

ABSTRACT

Pericardial mesothelioma is the least common location of this malignant neoplasm, which typically presents with an insidious and nonspecific clinical picture mimicking various respiratory pathologies, leading to misdiagnosis. This, along with limited treatment options, results in a poor prognosis. This case involves a 44-year-old male patient with no apparent comorbidities who presented with cough, asthenia, adynamia, and hyporexia. He was initially diagnosed with a lower respiratory infection, but subsequent imaging studies revealed cardiomegaly, signs of pericardial effusion, and cardiac tamponade. Therefore, pericardiocentesis was performed. Given the multiple recurrences accompanied by pleural effusion, a possible neoplastic and/or tuberculous etiology was considered. Pleural fluid studies were performed, revealing exudative characteristics and a positive ADA test. The patient was initially treated with a presumptive diagnosis of tuberculous pericarditis, but died two months after the onset of symptoms due to mixed obstructive and septic shock. However, after the patient's death, the histopathological report ruled out the initial diagnosis, reporting pericardial cells suggestive of pericardial mesothelioma. This case is significant due to the rare occurrence of malignant pericardial tumors, which often present with a complex diagnosis and are difficult to manage. When diagnosed late, as is often the case, the prognosis is poor and survival is low. Therefore, documenting this case is important to guide healthcare professionals toward timely diagnosis.

Keywords: mesothelioma; tuberculous pericarditis; cardiac tamponade; pericardial effusion.

INTRODUCCIÓN.

El mesotelioma es una neoplasia maligna poco común originada en las células mesoteliales de la pleura, peritoneo o pericardio (Wang et al., 2024), siendo esta ultima la localización menos frecuente, representando aproximadamente el 2% de los casos de mesoteliomas y un 4% de los tumores cardíacos (Stella et al., 2025), con una prevalencia post mortem menor al 0,0022%. La incidencia del mesotelioma pericárdico aumenta con la edad y se diagnostica con frecuencia entre los 50 y 70 años principalmente en hombres con una relación 3:1 (Syed Ahmad et al., 2024).

Entre los factores de riesgo, se ha encontrado cierta relación entre la exposición prolongada a asbesto en mesoteliomas pleurales y peritoneales, sin embargo, no se ha logrado extrapolar con la afección pericárdica (Meter et al., 2025); del mismo modo, la relación de posibles factores como radioterapia, quimioterapia, tabaquismo y patologías cardiacas siguen siendo debatidas en la actualidad (Hinrle et al., 2025).

Generalmente al momento del diagnóstico la enfermedad ya se encuentra en etapas avanzadas debido a la inespecificidad de sus síntomas, siendo un cuadro insidioso (Arrosi, 2023), con edema periférico, dificultad respiratoria, tos y dolor en pecho (Arrosi, 2023; Krywanczyk et al., 2021; Stella et al., 2025) acompañado usualmente de derrame pericárdico, taponamiento cardíaco, insuficiencia cardíaca o pericarditis constrictiva (Stella et al., 2025; Syed Ahmad et al., 2024; Yan et al., 2022), por otra parte, puede manifestarse con formas más inusuales como infarto al miocardio, linfadenopatía periférica y trombosis de la vena cava superior (Stella et al., 2025).

Esta patología presenta una supervivencia de menos de 6 meses desde el inicio de la sintomatología, aunado a las dificultades diagnósticas y las escasas opciones terapéuticas, por lo que son pacientes con un pronóstico bastante pobre (Kawakami et al., 2021).

A nivel internacional, no se ha logrado establecer un protocolo de tratamiento, presentando como opciones terapéuticas, la radioterapia, quimioterapia y la cirugía de resección de masas y la pericardiectomía, sin embargo, la eliminación del tumor en su totalidad es compleja y en vista de diagnosticarse en estadios avanzados, se pueden realizar procedimientos paliativos como la pericardiocentesis terapéutica y la ventana pericárdica (Stella et al., 2025).

El paciente reportado en el presente estudio falleció menos de dos meses posterior al inicio de los síntomas, presentando dificultades diagnósticas durante su estancia hospitalaria, confundiéndose con pericarditis tuberculosa.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 44 años de edad natural de Santa Cruz de Mora procedente del estado Zulia, sin comorbilidades aparentes, cuya hermana refiere inicio de enfermedad actual el día 29/01/24 caracterizado por presentar tos productiva a predominio nocturno, no cianozante ni emetizante, con expectoración verdosa,

concomitante astenia, adinamia e hiporexia por lo que acude a facultativo de su localidad quienes indican tratamiento antibiótico, ante no mejoría deciden referir a hospital de El Vigía el 31/01/24 ingresando en contexto de infección respiratoria baja, donde posteriormente es referido al IAHULA por evidenciarse cardiomegalia radiológica (Figura 1) y derrame pericárdico en eco transtorácico, ingresando por servicio de cardiología el 07/02/24 con diagnóstico de derrame pericárdico severo con signos de taponamiento cardíaco.

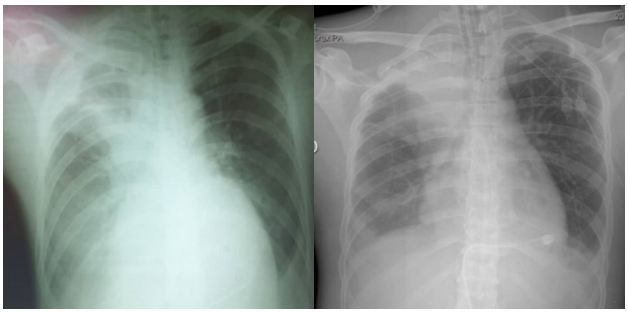

Figura 1.

Radiografías de tórax con evidencia de signo de Golden en lóbulo superior derecho, índice cardiotorácico +0.5 y silueta cardíaca que impresiona botella de agua.

Paciente sin antecedentes personales patológicos de importancia. Refiere perdida de aproximadamente 8 kilos en 4 meses, niega viajes recientes, contacto con sintomáticos respiratorios y diaforesis nocturna.

Al examen físico de ingreso se evidencia pulso venoso yugular ingurgitado y ruidos cardíacos hipofonéticos, se realiza electrocardiograma que reporta Rs/125lpm/0,12''/0,03''/0,25''/0,40/0o con trazo que manifiesta taquicardia sinusal, complejos hipovoltados en plano frontal y bloqueo incompleto de rama derecha. Se solicita ecocardiografía que revela taponamiento cardíaco por lo que se indica pericardiocentesis, se coloca catéter drenando 150cc de líquido de aspecto hemático y se extraen muestras para cultivo y citoquímico, con el fin de precisar posible etiología.

Se recibe citoquímico con características de exudado y hematología con marcada neutrofilia, por lo que se inicia antibioticoterapia con cefepime y doxiciclina. Por otra parte, el reporte citológico de líquido muestra proceso inflamatorio sin criterios de malignidad que conjuntamente a los hallazgos radiológicos llevan a nuevas impresiones diagnósticas como enfermedad chagásica debido a área endémica y tuberculosis.

Por reversión de derrame pericárdico se decide retirar catéter, sin embargo, en posterior control de eco transtorácico se evidencia derrame pericárdico severo con compromiso hemodinámico y se realiza ventana pericárdica (Figura 2) en donde se drenan 1000 cc de líquido ámbar proveniente de cavidad pleural derecha y 400 cc de líquido hemático vinoso de cavidad pericárdica, se observa pericardio engrosado de 4 a 5 mm aproximadamente, con bordes granulares, epicardio de aspecto granular con tejido de aspecto fibrinoide y blanquecino, se toma muestra para biopsia de pericardio (Figura 3) y muestras de líquido pericárdico para citología, ADA, KOH y citoquímico. Ante recidiva se plantea posible etiología neoplásica.

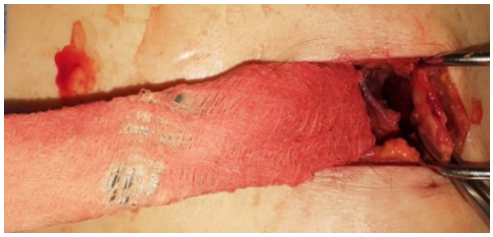

Figura 2.

Ventana pericárdica.

Figura 3.

Muestra para biopsia.

Se traslada al área de traumashock para monitoreo y vigilancia continua, se rota antibioticoterapia a vancomicina y meropenem y se mantiene bajo soporte ventilatorio y vasopresor con norepinefrina.

Posteriormente impresiona aumento de derrame pleural a predominio derecho y se realiza toracocentesis evacuadora, dejando drenaje torácico, sin embargo, por persistencia de inestabilidad hemodinámica amerita uso de segundo vasopresor y se plantea shock secundario a proceso infeccioso. Se realiza estudio de líquido pleural para ADA teniendo en cuenta que derrames pericárdicos en ausencia de patología infecciosa o cardíaca se asocian en gran porcentaje a tuberculosis extrapulmonar. El reporte de la muestra características de exudado con ADA positivo por lo que se presume el diagnóstico tuberculosis extrapulmonar y pericarditis tuberculosa y se indica inicio de tratamiento de primera línea asociada a esteroides según protocolo. No obstante, no se descartan otras causas en espera de resultado de biopsia de pericardio.

Servicio de hematología corrobora neutrofilia con granulaciones toxicas sugestivas de proceso infeccioso activo, trombocitopenia con macroplaquetas en probable relación a trombocitopenia inducida por sepsis. Por otra parte, se evidencian complicaciones asociadas a soporte, dados por disproteinemia severa, hipercatabolismo por sepsis y necrosis en región distal de miembros inferiores probablemente irreversible.

El paciente fallece el 25/02/24 con diagnósticos de shock mixto (obstructivo y séptico); pericarditis tuberculosa complicada con derrame pericardio con signos de taponamiento cardíaco; neumonía nosocomial.

Posteriormente se recibe informe anatomopatológico que reporta en cortes histológicos de tejido pericárdico proliferación de células con citoplasma mal definido, núcleos de contornos irregulares, algunos vesiculosos, hipercromáticos, dispuestas en masas sólidas, nidos y cordones, en áreas esbozando un patrón alveolar (Figura 4). Presencia de mitosis atípicas (mayor a 5), sugestivo de neoplasia maligna: mesotelioma pericárdico, lo

que cambia el diagnóstico postmortem a mesotelioma pericárdico complicado con derrame pericárdico y taponamiento cardíaco.

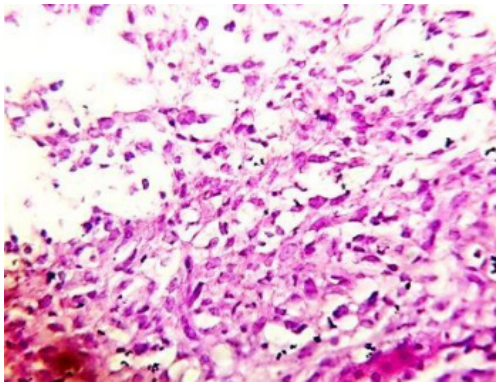

Figura 4.

Reporte anatomopatológico.

DISCUSIÓN

El mesotelioma pericárdico es una neoplasia maligna muy infrecuente que tiene una prevalencia post mortem de menos del 0.0022% (Kawakami et al., 2021; Syed Ahmad et al., 2024). Suele presentarse como un cuadro inespecífico e insidioso (Arrosi, 2023), con edema periférico, dificultad respiratoria, tos y dolor en pecho (Arrosi, 2023; Krywanczyk et al., 2021) acompañado usualmente de derrame pericárdico, taponamiento cardíaco, insuficiencia cardíaca o pericarditis constrictiva (Syed Ahmad et al., 2024; Yan et al., 2022) motivo que puede retrasar el diagnóstico siendo así su diagnóstico ante mortem de solo el 25% (Kawakami et al., 2021; Syed Ahmad et al., 2024).

Así mismo, la existencia de patologías más comunes que pueden cursar la misma clínica desvían el diagnóstico, tal como ocurre con la pericarditis tuberculosa que es de las enfermedades más erróneamente diagnosticadas que genera lesiones a nivel del pericardio muy similares (Savarrakhsk et al., 2021; Yan et al., 2022). Hecho que se presentó con el paciente de este caso, quien cursó con derrame, signos de taponamiento cardíaco y pericardio engrosado de aspecto granular, conjuntamente a reporte de ADA positivo, tratándose finalmente como posible tuberculosis extrapulmonar, sin embargo, si bien el ADA tiene una gran sensibilidad en el diagnóstico de la tuberculosis, su especificidad no es absoluta y no excluye otras posibles enfermedades que desencadenan respuestas locales intensas del sistema inmune celular mimetizando el perfil bioquímico de la tuberculosis, como es el caso de las neoplasias.

Entre otros diagnósticos diferenciales se incluyen patologías como la enfermedad cardíaca coronaria, pericarditis agudas, tumores metastásicos pericárdicos y miocardiopatías (Savarrakhsk et al., 2021).

Por otra parte, pueden presentarse cambios inespecíficos al ECG como hipovoltaje y alteraciones en la repolarización (Arrosi, 2023) y en los exámenes de laboratorio, aumento de los marcadores inflamatorios, anemia y bajo nivel de albumina sérica (Savarrakhsk et al., 2021). Hallazgos que se visualizaron en el caso descrito.

Para llegar a un diagnóstico probable los estudios de imagen que se pueden utilizar incluyen, el ecocardiograma, la tomografía y resonancia magnética, contando estas dos últimas con mayor sensibilidad debido a que el ecocardiograma solo muestra el agrandamiento de la silueta cardiaca y signos de derrame y taponamiento (Krywanczyk *et al.*, 2021; Savarrakhsk *et al.,* 2021). En el presente caso, no se pudo contar con estos estudios en vista de no disponer los mismos en la institución y los escasos recursos económicos del paciente.

Así mismo, la citología del líquido pericárdico no es del todo confiable debido a que en un 70-80% de las ocasiones puede no presentar células atípicas (Arrosi, 2023; Krywanczyk et al., 2021) y de haberlas suelen ser difíciles de distinguir morfológicamente de otras neoplasias, motivo por el cual se hace necesaria la biopsia y el uso de inmunohistoquímica para el diagnóstico definitivo (Arrosi, 2023).

En cuanto al tratamiento, en los tumores pequeños la resección quirúrgica suele ser la mejor opción disponible, sin embargo, se debe tener en cuenta que es una enfermedad que usualmente se diagnóstica en estadios avanzados y la extirpación total es compleja, por ello en la actualidad se ha implementado el uso de quimioterapia combinada con cisplastino y permetrexed evidenciando buenos resultados (Savarrakhsk et al., 2021).

La complejidad diagnóstica y escasas opciones de tratamiento determinan que el pronóstico de estos pacientes sea bastante malo, teniendo una supervivencia menor a 6 meses (Kawakami et al., 2021). Tal como ocurrió en el presente caso, donde la supervivencia posterior al inicio de la sintomatología fue de aproximadamente 2 meses.

CONCLUSIÓN

El mesotelioma pericárdico es una neoplasia poco frecuente y de diagnóstico complejo por su presentación inespecífica, que puede simular otras enfermedades como la tuberculosis. El diagnóstico tardío sumado a las escasas opciones terapéuticas, resultan en un pronóstico desfavorable y una supervivencia corta, por lo que se hace necesario su estudio con el fin de evitar a futuro este desenlace fatal.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

Arrossi, A. (2023). Pericardial Mesotheliomas. *Advances in anatomic pathology, 30*(4), 253–258. https://doi.org/10.1097/PAP.0000000000000399

Hirnle, G., Kapałka, M., Krawiec, M., & Hrapkowicz, T. (2025). Pericardial mesothelioma mimicking mediastinal lymphoma and systemic rheumatic disease: a case report. *Frontiers in oncology*, 14, 1481373. https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1481373

Meter, M., Glavaš, D., Radović, D., Meter, D., & Gabrić, J. (2025). Primary cardiac pericardial mesothelioma-a rare but deadly disease: a case description. *Quantitative imaging in medicine and surgery*, *15*(11), 11689–11694. https://doi.org/10.21037/qims-2025-915

Kawakami, N. Kawai, M. Namkoong, H. Arai, D. Ueda, S. Hamada, K. Kawada, I. Hasegawa, N. Mikami, S. Asamura, H. & Fukunaga, K. (2021). Cardiac tamponade due to primary malignant pericardial

mesothelioma diagnosed with surgical pericardial resection. *Journal of cardiology cases*, *24*(4), 149–152. https://doi.org/10.1016/j.jccase.2021.03.002

Krywanczyk, A. Tan, C. & Rodriguez, E. (2021). A Clinico-Pathologic Approach to the Differential Diagnosis of Pericardial Tumors. *Current cardiology reports*, *23*(9), 119. https://doi.org/10.1007/s11886-021-01548-6

Savarrakhsh, A. Vakilpour, A. Davani, SZ. Daskareh, M. Morsaghian, M. Salari, A. & Mirrazeghi, S. (2021). Malignant primary pericardial mesothelioma presenting as effusive constrictive pericarditis: a case report study. *Journal of cardiothoracic surgery*, *16*(1), 298. https://doi.org/10.1186/s13019-021-01684-8

Stella, S., Consonni, D., Ceresoli, G. L., Dallari, B., Perduri, R., Storchi, C., Migliore, E., Gangemi, M., Genova, C., Benfatto, L., Comiati, V., Zabeo, V., Piro, S., Giovannetti, L., Grappasonni, I., Pascucci, C., Larese Filon, F., D'Agostin, F., Vimercati, L., Cozzi, I., … Mensi, C. (2025). Pericardial Mesothelioma: Diagnostic and Therapeutic Management, a Population-Based Study in Italy. *Cancers*, *17*(23), 3865. https://doi.org/10.3390/cancers17233865

Syed Ahmad, S. Kirk, F. Wijesinghe, W. He, C. & Stroebel, A. (2024). A peculiar presentation of tamponade: pericardial mesothelioma. *Journal of surgical case reports*, *2024*(5), rjae279. https://doi.org/10.1093/jscr/rjae279

Wang, A. Liu, B. Dong, S. & Wang, Y. (2024). Case report: A case of primary cardiac malignant mesothelioma. *Frontiers in oncology*, 14, 1356592. https://doi.org/10.3389/fonc.2024.1356592

Yan, Y. Lv, W. Luo, Y. Hu, J. & Yang, J. (2022). Primary malignant pericardial mesothelioma with a survival of 2.5 years: a case report. *Translational cancer research*, *11*(5), 1451–1456. https://doi.org/10.21037/tcr-22-778