

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Diagnóstico de tumor de Pancoast

### Diagnosis of Pancoast's Tumor

Elizabet Pérez Velázquez\*, Delmairis Reyes Góngora\*\*, Mayelin Suárez Tristá\*\*

\*Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. \*\*Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna", Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Elizabet Pérez Velázquez, correo electrónico: aeliza@ltu.sld.cu

Recibido: 22 de mayo de 2016

Aprobado: 13 de julio de 2016

### RESUMEN

El tumor de Pancoast tiene una forma peculiar de presentarse, con dolor de brazo y hombro, siendo causa frecuente de consulta ortopédica, sin ser valorada una posible neoplasia de pulmón, originando demora en el diagnóstico. Se describe el caso clínico de una mujer de 71 años de edad, fumadora, con antecedentes de hipertensión arterial, que acudió por presentar dolor en el hombro derecho, parestesias y disminución de la fuerza en miembro superior derecho, ptosis palpebral en el ojo derecho, tos, anorexia y pérdida de peso. Tras la realización de radiografía y tomografía axial computarizada de tórax se encontró una gran masa tumoral en el lóbulo superior y vértice del pulmón derecho. La histología de la punción aspirativa de la masa mostró un carcinoma de células no pequeñas. Se remite al servicio de oncología que indica tratamiento con quimioterapia.

**Palabras clave:** NEOPLASIA DE PULMÓN; TUMOR DE PANCOAST; CARCINOMA DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS.

**Descriptores:** NEOPLASIAS PULMONARES; SÍNDROME DE PANCOAST.

### SUMMARY

Pancoast's tumor has a specific form to present, with pain in the arm and shoulder. It is a frequent cause of orthopedic consultation and, when not assessed as a possible lung cancer, the diagnosis may be delayed. This study describes the case of a 71-year-old woman, with a history of smoking and hypertension that came to see the doctor complaining of pain in the right shoulder, paresthesia and a decrease of the strength of the upper right limb, as well as palpebral ptosis in the right eye, cough, anorexia and weight loss. After radiological tests and thorax CT scan, a great tumoral mass was found in the upper lobe and apex of the right lung. The histological results of the aspiration puncture of the mass showed a non-small cell carcinoma. The patient was referred to the oncology service to be provided with a course of chemotherapeutic treatment.

**Key words:** LUNG CANCER; PANCOAST'S TUMOR; NON-SMALL CELL CARCINOMA.

**Descriptors:** LUNG NEOPLASMS; PANCOAST SYNDROME.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es una de las enfermedades más graves y uno de los cánceres con mayor incidencia en el ser humano, responsable de los mayores índices de mortalidad oncológica a escala mundial. Es la primera causa de mortalidad por cáncer en el varón y la tercera, después del de colon

y mama, en la mujer, causando más de un millón de muertes cada año en el mundo. (1)

El tumor de Pancoast o tumor del surco pulmonar superior representa menos del cinco por ciento de todos los carcinomas broncogénicos. (2) Henry Pancoast en 1924 describió tres casos de tumores torácicos apicales que producían un conjunto de síntomas específicos (dolor del miembro superior,

Citar como: Pérez Velázquez E, Reyes Góngora D, Suárez Tristá M. Diagnóstico de tumor de Pancoast. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2016; 41(8). Disponible en: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/853>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas  
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas  
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

parálisis simpática y destrucción ósea), de ahí el nombre que adoptan hoy en día. (3)

La gran mayoría de los pacientes que presentan estos tumores acuden por primera vez a los servicios de ortopedia, pensando en el origen osteomuscular de los síntomas y es precisamente su forma inusual de presentación la que provoca la demora en el diagnóstico; la histología más frecuente es el carcinoma de células no pequeñas. En este artículo se describe el caso clínico de un tumor del lóbulo superior y vértice del pulmón derecho que produce un síndrome de Pancoast.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y tabaquismo de más de 20 años, que acude varias veces a la consulta de ortopedia por presentar dolor en la espalda, el hombro y el brazo derechos, disminución de la fuerza muscular y parestesias en miembro superior derecho, de siete meses de evolución; en cada ocasión se le prescribieron analgésicos y relajantes musculares como un problema osteomuscular, sin la resolución de los síntomas. Debido a la aparición de otros síntomas como caída gradual del párpado y estrechamiento de la hendidura palpebral del ojo derecho además de anorexia, tos seca y pérdida de peso, la paciente acude a su médico de familia, donde se le indicó una radiografía de tórax y se detectó una imagen sospechosa de tumor, fue remitida a la consulta multidisciplinaria de sombras pulmonares del servicio de Neumología del hospital "Ernesto Guevara de la Serna" para su valoración. Se le realizó el examen físico y los análisis complementarios para definir el diagnóstico.

En la exploración física los resultados fueron: auscultación cardíaca normal, auscultación respiratoria con murmullo vesicular disminuido en lóbulo superior del pulmón derecho. Ptosis palpebral del ojo derecho, enoftalmos y miosis, movilidad de hombro derecho ligeramente limitada, disminución de la fuerza muscular del miembro superior derecho.

Los resultados de los complementarios fueron:

Analítica sanguínea:

Hemoglobina: 11,6 g/l, eritrosedimentación: 80 mm/h, glicemia: 4,1 Mmol/l

TGP: 18.0 UI, TGO: 23 UI, creatinina: 86 Mmol/L, ácido Úrico: 242 Mmol/L.

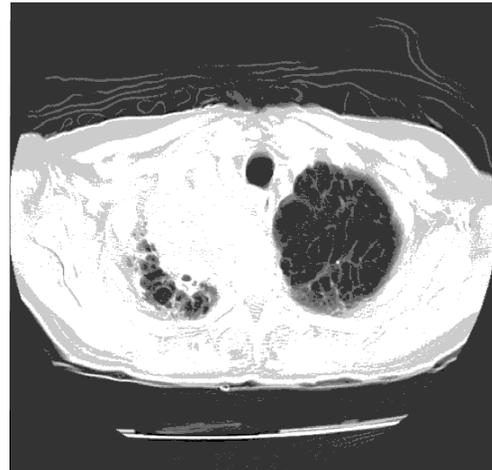
Radiografía de tórax pósterio-anterior y lateral derecha: imagen con aspecto de masa tumoral delimitada en zona apical y lóbulo superior del pulmón derecho.

Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax: N° (07-02)- 2015: masa tumoral de 79mm x 74 mm de contornos irregulares en el lóbulo superior del pulmón derecho que penetra mediastino y capta contraste intensamente, adenopatías perihiliares derechas (**figuras 1 y 2**).

**FIGURA 1. TAC: tumor que ocupa el vértice pulmonar derecho**



**FIGURA 2. TAC: masa tumoral en el vértice pulmonar derecho que penetra mediastino**



Citología aspirativa con aguja fina (CAAF): carcinoma de células no pequeñas. Se remite a Oncología que indica tratamiento con quimioterapia.

### DISCUSIÓN

El síndrome de Pancoast (o tumor del surco superior), es consecuencia de la extensión local de un tumor (por lo común, epidermoide), que crece en el vértice pulmonar y afecta el octavo nervio cervical y el primero y segundo torácicos, con dolor en el hombro que, de forma característica, tiene una irradiación por el territorio cubital del brazo, a menudo con destrucción radiológica de la primera y segunda costillas. (4)

Hermida y colaboradores describieron un caso de una mujer de 80 años con antecedentes de HTA y enfermedad de Alzheimer que también presentó un síndrome de Pancoast como manifestación de un tumor del vértice pulmonar; (5) forma ésta de presentación que origina consultas frecuentes a

ortopedia y en ocasiones provoca demora en el diagnóstico al no pensarse en la neoplasia de pulmón como una posibilidad. (6)

Los síntomas que definen el síndrome de Pancoast son: dolor en el hombro, debilidad y atrofia de los músculos de la mano y síndrome de Claude-Bernard-Horner. Aunque estos síntomas son los que originalmente describió Pancoast, actualmente se acepta como síndrome de Pancoast toda aquella patología localizada en el ápex pulmonar que causa alguno de los síntomas, generalmente, dolor en el trayecto del plexo braquial. (7)

El síndrome de Claude-Bernard-Horner, que consiste en ptosis, miosis, y anhidrosis ipsilateral, es causada por la invasión de la cadena simpática paravertebral y el ganglio cervical inferior (estrellado). La presencia de este síndrome en el contexto de un tumor de Pancoast ha sido reconocida como signo de mal pronóstico, como también lo son otros factores como la extensión del tumor a la base del cuello; la afectación de los ganglios linfáticos del mediastino, cuerpos vertebrales, grandes vasos y una mayor duración de los síntomas. (2)

La supervivencia media es de siete a 31 meses; a los cinco años del 20 al 35 %. El sitio más frecuente de metástasis es el cerebro. Es frecuente la coexistencia

de los síndromes de Horner y de Pancoast, hecho que se puso de manifiesto en este caso. El diagnóstico definitivo requiere la demostración anatomopatológica del tumor. La ubicación marginal de los tumores del sulcus superior determina que la mejor técnica para el diagnóstico sea la punción transtorácica la cual es exitosa en más del 90 % de los casos. Por el contrario, la broncoscopia y la citología de esputo presentan una baja rentabilidad diagnóstica. (8)

Los carcinomas de pulmón localizados en el ápice del pulmón son, en su mayoría, adenocarcinomas aproximadamente el 50 % de los casos, mientras el resto son escamosos o de células grandes. La posibilidad de carcinoma de células pequeñas en esta localización es muy rara. (9)

A través de la presentación de este caso se revela la importancia del conocimiento de las diferentes presentaciones del tumor de Pancoast, tanto para los médicos de atención primaria como de atención secundaria, puntualizando que ante dolor de hombro y brazo, la neoplasia de pulmón debe ser un diagnóstico a valorar. Los síndromes de Pancoast y Claude Bernard Horner son los que habitualmente se presentan en los tumores del surco pulmonar superior.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rebecca Siegel, Jiemin Ma, Zhaohui Zou, Ahmedin Jemal. Cancer Statistics. CA: A Cancer Journal for Clinicians [revista en internet]. 2014 [citado 14 de julio 2016]; 64(1): 9–29. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21208/full>.
2. Puma R, Huerta D, Gallardo A, Clerici M. Tumor de pancoast o tumor del surco pulmonar superior. Presentación de caso y revisión de la literatura. Revista Argentina De Residentes De Cirugía [revista en internet]. 2015, Enero [citado 14 de julio 2016]; 20(1): 20-23. Disponible en: [MedicLatina](http://www.mediclatina.com).
3. Pancoast HK. Importance of careful roentgen-ray investigations of apical chest tumors. JAMA [revista en internet]. 1924 [citado 14 de julio 2016]; 83(18): 1407-11. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=232420>.
4. Sardiñas Yanes O, De Oliveira Marcelino Teresa C, Licea González AE, Hernández Pineda H. Tumor de pancoast presentación de un caso. Rev. Haban. Cienc. méd [revista en internet]. 2012, Jun [citado 14 de Julio 2016]; 11(2): 237-244. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol\\_11\\_2\\_12/rhcm08212.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/vol_11_2_12/rhcm08212.htm).
5. Hermida J A, Bermejo A, Hernández JS Arroyo R. Tumor del vértice pulmonar derecho que produce un síndrome de Pancoast. Descripción de un caso clínico. Semergen [revista en internet]. 2012 [citado 14 de Julio 2016]; 38(2): 111-114. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-90108505-S300>.
6. Sunil D'Souza R. Pancoast's tumour presenting as shoulder pain in an orthopaedic clinic. BMJ Case Rep [revista en internet]. 2013 [citado 14 de Julio 2016]; 2013(2013). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3604467/>.
7. Diaz Regí Bosque M, Villar Balboa I. Cervicobraquialgia: síntoma inicial del Síndrome de Pancoast. RevClinMedFam [revista en internet]. 2013, Feb [citado 14 de julio 2016]; 6(1): 51-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2013000100010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000100010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2013000100010>.
8. Foroul ChN, Zarogoulidis P, Darwiche K, Katsikogiannis N, Machairioti N, Karapantzou J, et al. Superior sulcus (Pancoast) tumors: current evidence on diagnosis and radical treatment. J Thorac Dis [revista en internet]. 2013 [citado 14 de julio 2016]; 5(Suppl4): 342-358. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24102007>.

9. PeedellC, Dunning J, Bapusamy A. Is there a standard of care for the radical management of non-small cell lung cancer involving the apical chest wall (Pancoasttumours)? ClinOncol (R CollRadiol) [revista en internet]. 2010 [citado 14 de julio 2016]; 22(5): 334–346. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0936655510000828>.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras, ni se realice modificación de sus contenidos.