

## TUMOR DEL SULCUS PULMONAR SUPERIOR Y HOMBRO DOLOROSO. REFLEXIONES DE UN CASO

Dr. Mario Nicolás Albani Pérez<sup>1</sup> / Dr. César Naudín Royo<sup>2</sup> / Dra. Laura Anoro Abenoza<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Neumología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>2</sup> Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

<sup>3</sup> Servicio de Neumología. Hospital General de la Defensa. Zaragoza

### RESUMEN

El tumor de Pancoast o tumor del sulcus pulmonar superior representa sólo el 5% de casos de carcinoma pulmonar, siendo una forma peculiar de presentación clínica y topográfica, con invasión predominantemente parietal. Se describe el caso de paciente con hombro doloroso y síndrome constitucional en contexto de hallazgo radiológico de masa pulmonar apical derecha con invasión costal local correspondiente a tumor de pancoast.

### PALABRAS CLAVE

Tumor de pancoast, cáncer de pulmón

### ABSTRACT

Pancoast tumor or upper pulmonary sulcus tumor only represents the 5% of cases of pulmonary carcinoma, being a rare clinical and topographic presentation, with predominantly parietal invasion. We describe the case of patient with pain in the right shoulder and constitutional syndrome related to right apical lung mass with rib infiltration due to pancoast tumor.

### KEY WORDS

Pancoast tumor, Lung Cancer

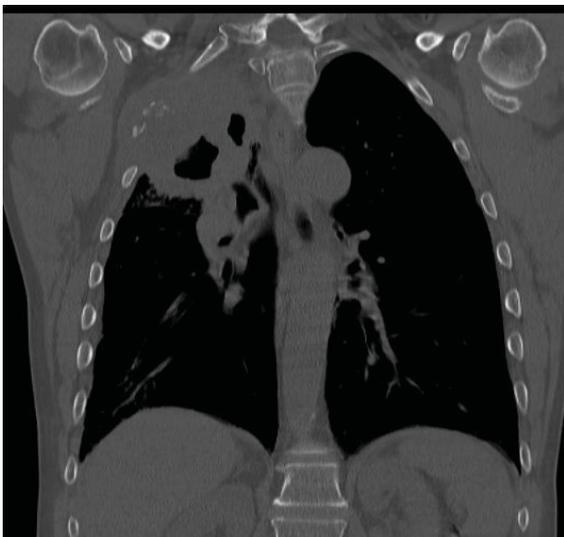
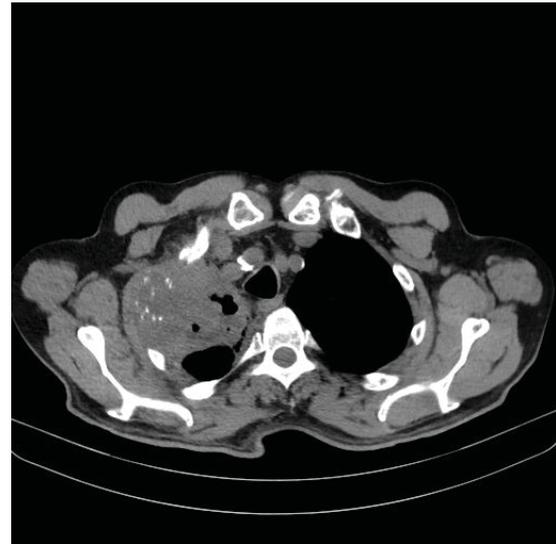
### CASO CLÍNICO

Hombre de 73 años con antecedentes de ex-tabaquismo hasta hace 20 años (IPA: 35 p/a), hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus 2, carbunco. Clínica de un mes de evolución de dolor en hombro e irradiación costal laterotorácica superior derecha, exacerbado con movimientos respiratorios, hipoxia, pérdida ponderal de 5 kg en 3 meses. A la exploración física, dolor a la palpación torácica superior derecha, localizada. En Rx de tórax se visualiza radiopacidad en vértice pulmonar derecho con nivel hidroaéreo en su interior, pérdida de volumen del hemitórax y desviación de tráquea ipsilateral. Se realiza TAC Torácico con evidencia de masa hipodensa que infiltra a pared torácica con osteólisis de los tres primeros arcos costales, así como adenopatía de 18mm en espacio paratraqueal derecho (4R) y de 12mm en hilio pulmonar ipsilateral (10R), hallazgos compatibles con carcinoma pulmonar, tumor de Pancoast. En la endoscopia respiratoria

se visualiza masa endobronquial en lóbulo superior derecho que se biopsia, obteniendo diagnóstico de carcinoma células escamosas indiferenciado. (T4-N2-M0, Estadio IIIB). Tras dichos resultados, es remitido a oncología, y se decide iniciar tratamiento con quimiorradioterapia.

### DISCUSIÓN

El tumor de Pancoast o tumor del sulcus pulmonar superior representa sólo el 5% de casos de carcinoma pulmonar, siendo una forma peculiar de presentación clínica y topográfica con invasión predominantemente parietal. Debe ser sospechado en adultos de mediana edad con dolor en hombro y extremidad superior, e historia de tabaquismo. El síndrome está caracterizado por dolor en el hombro y espalda, debilidad, dolor y atrofia de distribución cubital, y el síndrome de Claude-Bernad-Horner<sup>1</sup>. Actualmente se acepta como síndrome de



Pancoast toda aquella patología localizada en el ápex pulmonar que causa alguno de los síntomas. La mayoría de son debidos a carcinomas pulmonares de células no pequeñas, especialmente de estirpe escamosa, sin presentar metástasis a distancia.

Radiológicamente, el tumor a menudo es difícil de observar. Los hallazgos en la radiografía de tórax incluyen una radiopacidad localizada en el ápice pulmonar, asimetría con respecto al ápex contralateral, masa apical o destrucción ósea. El TAC aporta información adicional en relación a la extensión local y a distancia del tumor. La resonancia magnética, es útil para determinar afectación de vasos, plexo braquial, y en la evaluación ósea vertebral y del canal espinal. El PET permite una mejor valoración de la actividad metabólica de las lesiones.

El diagnóstico requiere la demostración

anatomopatológica del tumor. Se estima que la mejor técnica diagnóstica es la punción transtóraca. La broncoscopia presenta una rentabilidad diagnóstica en torno al 40-60%. La videotoracoscopia o la toracotomía se pueden realizar si las técnicas menos invasivas no son diagnósticas.

La quimiorradioterapia combinada neoadyuvante seguida de la resección del tumor parece ser la mejor opción terapéutica en los casos resecables, con una menor tasa de recurrencia local y mejor supervivencia. En la enfermedad localmente avanzada no resecable se recomienda la quimiorradioterapia.

Los índices de supervivencia a los 5 años son del 30-40% en pacientes sin afectación de ganglios linfáticos, y menores del 10% en aquellos con resección incompleta, afectación de ganglios mediastínicos o invasión vertebral.

## BIBLIOGRAFIA

1. Deepali R, Gaikwad-Takale. Squamous Cell Carcinoma in Pancoast Syndrome. Indian Journal of Medical Case Reports ISSN: 2319-3832.
2. Khosravi Shahi P. Síndrome de Pancoast (tumor de sulcus pulmonar superior): revisión de la literatura. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2005 Abr [citado 2018 Mar 13]; 22( 4 ): 44-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992005000400010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000400010&lng=es)
3. Vegas Solórzano Y. Tumor del Vértice Pulmonar Superior como Causa del Síndrome de Pancoast. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX (604) 529-532, 2012.