

# Tumor de Pancoast

Alonso Moralejo R, Vicente O, Ruiz Ramos RM

Centro de Salud El Abajón. Las Rozas (Madrid)

Varón de sesenta y cinco años, exfumador desde hace diez años, con antecedentes personales de hernias discales cervicales múltiples.

Consulta por cuadro de dolor en hombro derecho con irradiación hacia cuello, de características mecánicas, de un mes de evolución, sin presentar antecedente traumático previo.

En la exploración física no se observó ni deformidad ni tumefacción; no dolor a la palpación de eminencias óseas y arco de movilidad libre.

Ante la falta de correlación de la clínica con la exploración física se solicita radiografía con proyección anteroposterior y lateral de hombro y posteroanterior y lateral de tórax. En las imágenes torácicas (*figuras 1 y 2*) se aprecia una masa ocupante de vértice superior de campo pulmonar derecho y atelectasia laminar y ensanchamiento mediastínico. Se trata de una imagen sugestiva de tumor Pancoast, que posteriormente se confirmó a través de TAC torácico (T4 N0 MO).

### COMENTARIO

El tumor de Pancoast se describió por primera vez en 1942. Es una patología poco habitual y se corresponde con formas bien localizadas de tumores situados en vértice pulmonar. Histológicamente los más prevalentes son los epidermoides y adenocarcinomas.

La clínica es más o menos florida en función de las estructuras afectadas por invasión o por compresión: arteria y vena subclavia, carótida común, nervios vago, frénico y recurrente laríngeo, cadena simpática y ganglio estrellado, cuerpos vertebrales y costillas... Se caracteriza por un cuadro de dolor en hombro ipsilateral irradiado a miembro superior con parestesias, debilidad y atrofia de la musculatura



*Figuras 1 y 2*

intrínseca de la mano en casos más evolucionados a consecuencia de la afectación del plexo braquial. Puede asociar un síndrome de Horner, caracterizado por la triada de ptosis palpebral, enoftalmos y miosis.

El hombro doloroso es muy prevalente en las consultas de atención primaria; por ello, la clínica extrapulmonar del tumor de Pancoast puede confundirse con esta patología osteomuscular más habitual. Esto conlleva un retraso diagnóstico notable, con empeoramiento del pronóstico de estos pacientes.

El diagnóstico es clínico y radiológico: a través de una correcta anamnesis, exploración, e interpretación radiológica se puede llegar a un diagnóstico precoz. Ante la sospecha será necesaria una derivación urgente/preferente para completar el estudio con tomografía axial computerizada torácica y/o resonancia magnética nuclear.

La terapéutica más extendida es radioterapia preoperatoria y cirugía. La supervivencia de esta entidad a cinco años es de 30% y se estima que hay un retraso diagnóstico de año y medio. A la vista de estos resultados se debe tener en cuenta este tipo de tumores y su relación con clínica extrapulmonar, especialmente braquial, para poder sospecharlos y tratarlos de forma precoz.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Archie VC, Thomas CR Jr. Superior sulcus tumors: a mini-review. *Oncologist* 2004;9:550-5.
2. Pitz CC, de la Rivière AB, van Swieten HA, Duurkens VA, Lammers JW, van den Bosch JM. Surgical treatment of Pancoast tumours. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004;26:202-8.
3. Huehnergarth KV, Lipsky BA. Superior pulmonary sulcus tumor with Pancoast syndrome. *Mayo Clin Proc* 2004;79:1268.
4. Detterbeck FC, Jones DR, Kernstine KH, Nauenheim KS. Lung cancer. Special treatment issues. *Chest* 2003;123 (1 Suppl):244S-258S.
5. Dartevelle P, Macchiarini P. Surgical management of superior sulcus tumors. *Oncologist* 1999; 4:398-407.