

Presentaciones de casos

Hospital Universitario «Miguel Enríquez»

Lesión del surco pulmonar superior: a propósito de un caso interesante

Dr. Armando Leal Mursulí,¹ Dr. Juan A. Castellanos González,² Dra. Teresa C. Pérez Díaz,³ Dra. Nélida Ramos Díaz,⁴ Dr. Radamés Isaac Adefna Pérez⁵ y Geydy Leal Alpízar⁶

RESUMEN

Los tumores del surco pulmonar superior representan un porcentaje no despreciable entre los tumores del pulmón. A su vez, los tumores malignos entre ellos constituyen el 90 %, mientras en el 10 % restante, constituido por tumores benignos, procesos inflamatorios o infecciosos del vértice pulmonar, se destacan las enfermedades granulomatosas. Existe dificultad en el diagnóstico clínico precoz de un síndrome de Pancoast por la aparición tardía de los síntomas característicos de esta enfermedad. Se presenta un caso con manifestaciones clínicas que enfocaron los estudios iniciales y la clínica hacia la búsqueda de una enfermedad maligna pulmonar. El proceder diagnóstico fue la toracotomía y resultó tratarse de una enfermedad granulomatosa del pulmón.

Palabras clave: Surco pulmonar superior, tumor de Pancoast, granulomatosis pulmonar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino, de 60 años de edad, color de la piel blanco y mecánico de ocupación, quien acude a consulta pues nota cambios en el tono de su voz y «ronquera».

El paciente es un ex fumador (5 años), tiene antecedentes de hipertensión arterial, pero no lleva tratamiento. Hace 3 semanas presentó episodio febril de 38 °C y después de este, presentó tos y ronquera sin expectoración. Estos síntomas no han mejorado a pesar del tratamiento médico. Se realiza una radiografía de tórax y se decide su ingreso.

Examen físico positivo:

- Uñas de vidrio de reloj.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular disminuido en 1/3 superior del hemitórax derecho.

Complementarios de interés:

- Radiografía del tórax anteroposterior y lateral derecha: imagen radiopaca en tercio superior, en vértice del pulmón derecho y en mediastino superior (Figura 1).
- Eritrosedimentación globular: 102
- Pruebas funcionales ventilatorias: normales.
- Tomografía axial computadorizada: tumor hiperdenso con calcificaciones en el vértice del pulmón derecho, que se extiende desde la pleura parietal hasta el mediastino. En cortes más bajos se observa otra lesión de aspecto tumoral con infiltración de la vena cava superior (Figura 2).
- Broncoscopia: normal
- Videotoracoscopia: proceso tumoral adherido al trayecto de la vena cava superior. Se toman dos muestras.
- Biopsia: no concluyente, sospecha de proceso neoplásico.
- Estudios de BAAR y Mantoux: negativos.
- Examen de cuerdas vocales: parálisis de la cuerda vocal derecha.



Figura 1. Radiografía del tórax anteroposterior y lateral derecha: imagen radiopaca en tercio superior, en vértice del pulmón derecho y en mediastino superior.

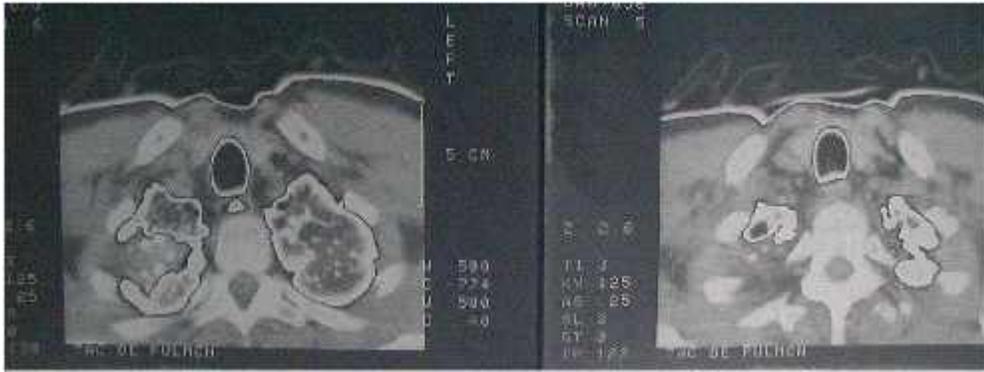


Figura 2. Tomografía axial computadorizada: tumor hiperdenso con calcificaciones en el vértice del pulmón derecho, que se extiende desde la pleura parietal hasta el mediastino. En cortes más bajos se observa otra lesión de aspecto tumoral con infiltración de la vena cava superior.

Se decide realizar intervención quirúrgica (toracotomía exploratoria) con el diagnóstico presuntivo de cáncer del pulmón basados en los hallazgos clínicos y de los complementarios. Los hallazgos quirúrgicos fueron: tumor del lóbulo superior derecho adherido a la vena cava superior, esófago y vasos subclavios. Se realiza exéresis tumoral y plastia de la vena cava superior.

La biopsia transoperatoria por congelación dio resultados dudosos. Se realiza lobectomía superior derecha.

Según el diagnóstico histopatológico, se trata de un proceso inflamatorio crónico pulmonar granulomatoso agudizado, que se corresponde con el aspecto histopatológico de granuloma de probable causa tuberculosa, aunque la coloración de Ziehl-Nielsen fue negativa de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR). Se detecta la presencia de tubérculos fibrocasosos antiguos calcificados, áreas de hiperplasia bronquiolar, neumonitis crónica intersticial, bronquiectasias, hemorragias intraalveolares, congestión crónica y antracosis.

Se concluye que se trata de una enfermedad granulomatosa pulmonar de posible origen tuberculoso. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. No hubo complicaciones.

DISCUSIÓN

Aunque los tumores del surco superior suelen ser de malignos en su inmensa mayoría y en el caso que presentamos las evidencias hacían suponer un cáncer del pulmón, las enfermedades tumorales no malignas, y entre estas las de tipo granulomatoso, deben ser consideradas en la sistemática diagnóstica y en nuestro medio, las de origen tuberculoso en primer lugar.¹⁻³

En el caso presentado todas las investigaciones se enfocaron desde el inicio al objetivo de establecer el diagnóstico de cáncer del pulmón, específicamente en la forma de presentación del síndrome de Pancoast. Al no poder establecer el diagnóstico histológico preoperatorio, se toracotomizó al paciente apoyados en el resto de las manifestaciones clínicas, los antecedentes del paciente y el resultado de los exámenes complementarios. Debimos esperar el resultado de Anatomía Patológica para establecer el carácter maligno o no de la enfermedad y resultó ser de carácter granulomatoso. El pleomorfismo de estas enfermedades en no pocas ocasiones impide realizar un diagnóstico positivo preoperatorio y tampoco es raro que coexista con neoplasias malignas.^{4,5}

Ante la presencia de síntomas o signos que pudieran hacernos sospechar en el diagnóstico precoz de un síndrome de Pancoast, la posibilidad de una cirugía exéretica como tratamiento curativo no debe ser demorado, pues con frecuencia se trata de un tumor maligno aunque, en ocasiones, como ocurre en el caso presentado, no se cuenta con un diagnóstico histológico.⁶⁻⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang CF, Su WJ, Chou TY, Perng RP. Hepato-cellular carcinoma with Pancoast's syndrome as a initial symptom: a case report. *Clin Oncol.* 2001; 31(3):119-24.
2. Mehrotra A, Roj A, Tripathi K. Apical pulmonary tuberculosis presenting with Pancoast's syndrome like features. *Assoc Physicians India.* 2001; 49:380-1.
3. Bzkurt AK. Schwannoma as a case of Pancoast's Syndrome. *Intern Med.* 2002; 32(3):8-9.
4. Marjanski TN , Rzynska W, Ikoowski J. Pancoast's Syndrome as a result of metastatic renal cell carcinoma. *Thorax.* 2003; 58(4):370-2.
5. Chong RI. Tratamiento integral del tumor de Pancoast. Protocolo de trabajo de terminación de la residencia. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología; 1997.
6. Rabano A, La Sala M, Hernández P, Barros JL. Thyroid carcinoma presenting as Pancoast Syndrome. *Thorax.* 1991; 46 (4): 270-1.
7. Mitchell DH, Sorrell TC. Pancoast Syndrome due to pulmonary infection with *Cryptococcus Neoformans* variety *gatti*. *Clin Infect Dis.* 1992; 14(5):1142-4.
8. Dolan G, Smith J, Reilly JT. Extrapulmonary lymphomatoid granulomatosis presenting as Pancoast Syndrome. *Postgrad Med J.* 1991; 67(792): 914-5.

Recibido: 3 de marzo de 2005. Aprobado: 30 de marzo de 2005.

Dr. Armando Leal Mursulí . Ramón Pintó N.º 202, Luyanó. Municipio 10 de Octubre. Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: lealcirt@infomed.sld.cu

¹Especialista en II Grado en Cirugía General. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular.

²Especialista de I Grado en Cirugía General y Medicina General Integral.

³Especialista I Grado Medicina General Integral. Máster en Educación Médica Superior.

⁴Especialista de II Grado en Cirugía General.

⁵Especialista de I Grado en Cirugía General.

⁶Estudiante de 2.^{do} año de Medicina. I SCBP «Victoria de Girón».