

## Tumor de pancoast presentación de un caso

### Pancoast´s tumor case presentation

Oscar Sardiñas Yanes<sup>I</sup>, Teresa C. De Oliveira Marcelino<sup>II</sup>, Amelia E. Licea González<sup>III</sup>, Héctor Hernández Pineda<sup>IV</sup>

<sup>I</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Instructor. *Master* en Urgencias y Emergencias Médicas. Diplomado práctico en Terapia Intensiva. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario Dr. Miguel Enríquez. Correo electrónico: [oscar.sardinias@infomed.sld.cu](mailto:oscar.sardinias@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Médico residente de Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario Dr. Miguel Enríquez. Correo electrónico: [tecamarc@yahoo.com.br](mailto:tecamarc@yahoo.com.br)

<sup>III</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral y Medicina Interna. Instructor. *Master* en Urgencias y Emergencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario Dr. Miguel Enríquez. Correo electrónico: [amelialicea@infomed.sld.cu](mailto:amelialicea@infomed.sld.cu)

<sup>IV</sup>Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Médico residente de Medicina Interna. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario Dr. Miguel Enríquez. Correo electrónico: [dr\\_hernandezpineda@hotmail.com](mailto:dr_hernandezpineda@hotmail.com)

---

## RESUMEN

**Introducción:** El Tumor de Pancoast se produce por crecimiento local de un tumor del vértice pulmonar que penetra fácilmente en el canal neural y destruye las raíces nerviosas octava cervical y primera y segunda torácicas. Su causa más frecuente es el cáncer de pulmón.

**Objetivo:** Al presentar este caso, nuestro objetivo es mostrar de forma ilustrativa una de las formas neurológicas de presentación del cáncer de pulmón y señalar una vez más cómo este tipo de paciente casi siempre acude por Ortopedia y rara vez por Neumología o Medicina Interna. **Presentación del caso:** Se presentó una paciente que aquejó primeramente dolor en hombro derecho, acude al ortopédico y al reumatólogo, este último al verle las manos (uñas en vidrio de reloj y dedos hipocráticos), la remite a Neumología, se realiza radiografía de tórax, se ingresa en Medicina Interna, donde se le practica una serie de estudios, incluida cirugía de mínimo acceso por el Grupo de Tórax.

**Conclusiones:** El estudio histológico corroboró el diagnóstico de carcinoma

bronquial epidermoide, así como demostró cómo estos casos entran por Ortopedia, lo cual atrasa el accionar médico.

**Motivación:** Tuvimos a bien presentar este caso, que ilustra cómo los pacientes con esta patología, en muchas ocasiones, entran por Ortopedia, lo cual demora el diagnóstico y, por ende, la conducta.

**Palabras clave:** tumor de pancoast, uñas en vidrio de reloj, dedos hipocráticos. carcinoma bronquial epidermoide.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Pancoast tumor refers to a tumor located in the vertex of the lung. It can easily penetrate the neural channel destroying the eighth cervical and first and second thoracic nervous roots. The most frequent cause of this tumor is lung cancer.

**Objective:** To present this case, we want to show a neurological presentation form of lung cancer and demonstrate again that this type of patient often not consult in Neumology or Internal Medicine initially.

**Case presentation:** Female patient complaining of pain in the right shoulder was seen in the orthopedic and rheumatology office. On Physical exam the rheumatologists detects watch glass nails and Hippocratic fingers and refers the patient to the pneumatological department. A decrease in the breath sounds of the right vertex was detected. An x-ray of the thorax was taken and the patient was admitted in the internal medicine ward. Studies carried out included minimal access thoracic surgery.

**Conclusions:** Histologically the diagnosis was an epidermoid bronchial carcinoma, also demonstrate that this type of patient often not consult in Neumology or Internal Medicine initially.

**Motivation:** This case shows how often patients with this pathology consult by orthopedic, retarding diagnosis and the treatment.

**Key words:** pancoast tumor, watch glass nails, hippocratic fingers, epidermoid bronchial carcinoma.

---

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón está dividido en dos grandes grupos histológicos: Cáncer de no células pequeñas y cáncer de células pequeñas, el primero representa 85 % de todos los cánceres de pulmón, incluyendo subtipos como el adenocarcinoma (40 %), el carcinoma de células escamosas (30 %) y el carcinoma de células gigantes (15 %). El grupo de células pequeñas ocupa 15 % de estos procesos pulmonares. Otras neoplasias a este nivel incluyen el carcinoma adenoescamoso, el tumor carcinoide, algunos tumores de las glándulas bronquiales, sarcomas, blastomas, linfomas, etcétera.<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup> Pero también se ha descrito en carcinoma de mama, esófago, pleura y linfomas, que puede producir dolor secundario a destrucción o irritación del plexo braquial inferior, a nivel de hombro, cara interna, atrofia de los músculos de la mano, con hiperestesia en la distribución de las raíces nerviosas de C8, T1 y T2.<sup>3</sup> El Tumor de Pancoast es el tumor maligno situado en el ápex pulmonar, que aparece en 4% de los casos y no es una variedad histopatológica.<sup>4</sup>

En general, el tumor es de estirpe escamosa, crecimiento lento y metástasis tardías. En ocasiones, la afección del ganglio estrellado provoca el Síndrome de Horner, caracterizado por enoftalmos, ptosis palpebral y miosis unilateral con anhidrosis de la hemicara y extremidad superior. El diagnóstico de Tumor de Pancoast se suele establecer en fases tardías y es común objetivar infiltración neoplásica de las primeras costillas o incluso de algún cuerpo vertebral.<sup>5</sup> Por ser el cáncer del pulmón una de las principales causas de muerte en nuestro país y ser el Tumor de Pancoast una de sus formas de presentación, consideramos este caso demostrativo de la enfermedad, además, ilustrar una vez más cómo estos casos en un alto porcentaje entran al sistema de salud por Ortopedia, lo que demora el diagnóstico y posterior manejo.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, de piel negra, 46 años. Antecedentes patológicos familiares: padre fallecido por Infarto Miocárdico, madre fallecida (Hipertensa). No refiere cirugías, transfusiones ni traumatismos. Antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial. Fumadora de 30 años de evolución, de dos a tres cajas de cigarrillos al día.

Seis meses antes de su ingreso, viene presentando aumento de volumen de hombro derecho, por lo cual acudió primeramente al ortopédico, este le observa uñas en vidrio de reloj y dedos hipocráticos, por lo cual la remite a consulta de Neumología. Acude a nuestro Cuerpo de Guardia por dolor intenso y aumento importante de volumen de hombro derecho e impotencia funcional. Refiere haber perdido alrededor de 20 libras de peso en los últimos 6 meses. No tos, no falta de aire. Al examen físico inicial de Cuerpo de Guardia, se observan como datos positivos: Aumento de volumen de hombro y miembro superior derecho e impotencia funcional. Murmullo vesicular muy disminuido hacia el vértice derecho. Se indican complementarios en cuerpo de guardia, donde se observa una imagen radiopaca irregular en vértice del pulmón derecho en la radiografía de tórax anteroposterior y un leucograma con conteo total en  $6,4 \times 10^9/L$  P: 0,80 Lf: 0,20 Hematócrito: 0,34. Ingresa en Sala de Medicina.

Se indican complementarios en cuerpo de guardia, donde se observa una imagen radiopaca irregular en vértice del pulmón derecho en la radiografía de tórax anteroposterior (figura 1) y técnica de vértice figura 2 y un leucograma con conteo total en  $6,4 \times 10^9/L$  P: 0,80 Lf: 0,20 Hematócrito: 0,34.



Figura 1. Rx. de tórax (AP).



Figura 2. Técnica de vértice.

### **Ingresa en sala de medicina**

Examen Físico Positivo en Sala: Mucosas hipocoloreadas y húmedas, uñas en vidrio de reloj, en ambas manos y pies, dedos en palillo de tambor. Figura 3. Peso: 63 Kg. Talla: 1,63 m. Tejido celular subcutáneo infiltrado en hombro y miembro superior derecho, doloroso, calor rubor e impotencia funcional. Mamas medianas, no tumoración ni adenopatías axilares. Frecuencia respiratoria: 19x', expansibilidad torácica disminuida del lado derecho, murmullo vesicular muy disminuido en vértice derecho. Vibraciones vocales disminuidas, no estertores. Dolor articular a nivel hombro derecho, aumento de volumen de la articulación de hombro hasta nivel de manos de ese lado, impotencia funcional.



Figura 3. Dedos hipocráticos.

Exámenes complementarios en Sala de Medicina: Hemoglobina: 86 g/L. Leucograma  $10,3 \times 10^9$  /L; P: 74,8; Lf: 16,2; Eo: 9,0; glicemia: 4,9 mmol/L; colesterol: 5,72mmol/L; plaquetas:  $581 \times 10^9$  /L; creatinina: 88  $\mu$ mol/L; ácido úrico: 173 $\mu$ mol/L; eritrosedimentación: 120 mm/h; Volumen corpuscular medio (VCM): 78,1fl. Ultrasonido abdominal: Abundante patrón gaseoso, no otras alteraciones. Lámina periférica menciona plaquetas aumentadas, trombocitos agregados, anisopoiquilocitosis, hipocromía xx, macrocitos, microcitos, STAB, dianocitosis, linfocitos atípicos. Hierro sérico: 2,1. Pruebas serológicas negativas. Coagulograma: Tiempo de protrombina c: 13 p: 15; Tiempo parcial de tromboplastina activada c: 28 p: 36; Proteínas totales: 72,3 g/l; Albumina: 44,1 g/l, Globulinas: 28,2g/l; Grupo y Rh: A+. Radiografía con técnica de vértice acusa opacidad del vértice derecho. Tomografía computarizada de pulmón que informa adenopatías mediastinales a predominio derecho e imagen hiperdensa en vértice derecho, de localización posterior que mide 66 x 33 mm en contacto paravertebral. Broncoscopia con codificación 0 en análisis de BAAR y citológico no útil para diagnóstico.

Durante su estancia en Sala de Medicina, se le impone tratamiento para el dolor y la anemia; no cede el dolor, no tos, no disnea. Se constata, días posteriores al ingreso, la aparición de adenopatías cervicales derechas no dolorosas, firmes, adheridas a planos profundos, además de esto una ptosis parpebral derecha con discreta miosis de ese lado, no tos, no falta de aire.

Se decide traslado a Cirugía (Grupo de Tórax), donde se realiza BAAF de vértice pulmonar derecho con muestra no útil para diagnóstico. Espirometría: Parámetros espirométricos conservados. Toracoscopia: se tomaron dos fragmentos de biopsia del vértice de pulmón derecho, se traslada hacia UCIO (Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos). Al día siguiente, se realiza hematocrito postoperatorio (HTO: 0,25) y le transfunden glóbulos rojos, continúa estable y dos días después la trasladan para Sala de Cirugía. Figura 4

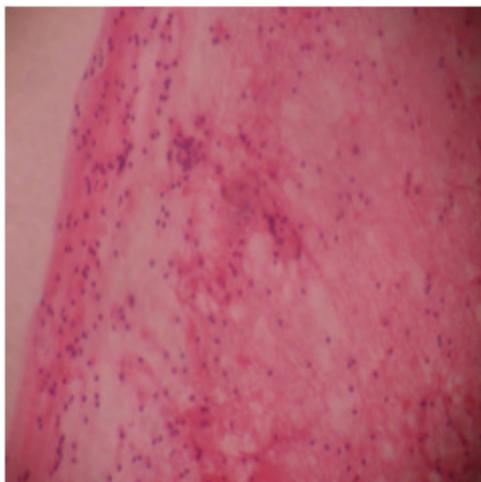


Figura 4. Resultado de biopsia pulmonar:  
Carcinoma epidermoide queratinizante

Después del alta es admitida en el servicio de oncología para quimioterapia y valoración posterior de conveniencia o no de tratamiento quirúrgico.

## DISCUSIÓN

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer en Cuba, tanto para hombres como para mujeres. Al respecto, en 2007, fallecieron 20 360 cubanos por tumores malignos, de los cuales 4 819 fueron por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. En Santiago de Cuba, durante ese mismo año murieron

1 534 pacientes por esa afección, para una tasa de 146,43 por cada 100 000 habitantes, entre ellos 211 hombres por carcinoma broncogénico (tasa de 40,30), de modo que se situó en segundo lugar como causa de muerte por cáncer, solamente superado por el de próstata, puesto que el primero correspondió, sorprendentemente, al de pulmón en mujeres, con 114 (tasa de 21,75), por encima de las 94 (tasa de 17,93), cuyo deceso se produjo por el de mama.<sup>6</sup>

La incidencia en féminas viene *in crescendo*, en consonancia con la tendencia universal de aumento del consumo de cigarrillos por parte de ellas, sobre todo, en países menos desarrollados, lo cual incide directamente en el incremento de la mortalidad por carcinoma broncogénico, que en las mujeres norteamericanas ha superado los porcentajes atribuibles a cánceres ginecológico y mamario;<sup>7</sup> nuestra paciente es fumadora.

El síntoma más frecuente de presentación, es la plexopatía braquial, cuyas manifestaciones clínicas habituales son dolor de hombro y brazo, Síndrome de Horner y/o debilidad y atrofia de los músculos de la mano. Las causas más frecuentes son el Síndrome de Pancoast, en el contexto de un cáncer de pulmón (como ocurrió en nuestro caso) o de mama, y la radioterapia.<sup>8</sup>

Es frecuente la coexistencia de los síndromes de Horner y de Pancoast,<sup>1</sup> hecho que se puso de manifiesto en este caso.

Parte importante de la literatura revisada coincide en que esta enfermedad es más frecuente en el sexo masculino y que aparece a partir de los 45 años de edad,<sup>9</sup> lo cual en cuanto al sexo no se corresponde con nuestra paciente, pero la edad entra perfectamente dentro del rango de la literatura.

Los exámenes complementarios para el diagnóstico son muy similares al resto de los que se utilizan para diagnosticar los tumores malignos del pulmón, la radiografía de tórax, la Tomografía computarizada, los estudios histológicos, etcétera. En las radiografías simples de tórax, se puede observar alguna anormalidad en casi 98% de los pacientes con un carcinoma broncogénico, y 85% son imágenes sugestivas para sospechar el diagnóstico por las alteraciones pulmonares distales (atelectasia), la existencia de adenopatías (ensanchamiento mediastínico), Tumores de Pancoast (radiopacidad de vértice) o detección de invasión de la pared torácica. La radiografía de tórax detecta elementos sospechosos en la mayoría de los pacientes con tumores pulmonares.<sup>10</sup> Algunos estudios arrojan que la forma de presentación radiográfica del Tumor de Pancoast es de alrededor de 8,4%.<sup>11</sup> Nuestro caso no fue la excepción, se llegó al diagnóstico básicamente con los hallazgos clínicos, imagenológicos e histológicos.

## CONCLUSIONES

Con este caso, se pone de manifiesto una vez más el hecho de que los pacientes con Tumor de Pancoast acuden en su mayoría primero a Ortopedia. También dejó al descubierto la relación entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, así como la incidencia del mismo *in crescendo* en el sexo femenino y el papel fundamental de la radiografía de tórax para el diagnóstico en estos casos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cecil. Internal Medicine, 23<sup>rd</sup> edition. Cap. 201. 2007.
2. Harrison. Principles of internal medicine, 16 th edition. Cap. 75. Sección 1. 2006.
3. Ettinger DS. Lung cancer and other pulmonary neoplasms. Bronchogenic lung cancer. En: Goldman Cecil Medicine. 23rd edition. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007: 201.
4. Clavero R, Vilanueva GP, Solovera RM *et al*. Tumor de Pancoast con lesión hipofisiaria sincrónica. Rev. chil. enferm. respir. [online]. Sep. 2007; 23(3).
5. Farreras R. Tratado de Medicina Interna. 14ta edición, Cap. 98. Sección 5. 2000.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Estadísticas de salud en Cuba. Anuario estadístico. La Habana: MINSAP; 2007.
7. Cáncer de pulmón, "la epidemia femenina del siglo XXI". 2007. <http://www.drogomedia.com/hemeroteca/archivos/2004053111.pdf>
8. Rev. Soc. Esp. Dolor. Narón. La Coruña. Jun.-jul 2008; 5 (5).

9. Macchiarini P. Resection of superior sulcus carcinoma (anterior approach). Thorac Surg Clin. 2004; 14(2):229-40.

10. Merck de Información Médica para el Hogar . "Tumores pulmonares". 2008.

11. Principales aspectos clinicoepidemiológicos del cáncer de pulmón. MEDISAN. Santiago de Cuba. Ago. 2011; 15(8).

Recibido: 15 de febrero de 2012.

Aprobado: 3 de abril de 2012.