

## TUMOR DE PANCOAST ETAPA CLÍNICA IIB. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dr. Yusbiel José León Valdivies; <sup>1</sup>Dr. Reinaldo Bárbaro Sánchez de la Osa; <sup>2</sup> Dra. Jany Ge Barrera <sup>3</sup>; Dr. Carlos Enríquez Acosta. <sup>4</sup>

---

### Resumen

Se presenta el caso de un paciente al cual se le diagnosticó un tumor de Pancoast en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. Esta enfermedad neoplásica no metastásica es la que más comúnmente compromete el plexo braquial de ahí que deba hacerse el diagnóstico diferencial del hombro doloroso, condición clínica esta con la cual es admitido en nuestro centro. Posteriormente se continuó su estudio y la sospecha clínica fue respaldada por tomografía computarizada y resonancia magnética para posteriormente ser confirmada a través del estudio anatomopatológico.

**Palabras clave:** Tumor de Pancoast, hombro doloroso, plexo braquial.

### Abstract

We described a patient who was diagnosed with a Pancoast tumor in the Neumológico Benéfico Jurídico Hospital. This neoplastic non metastatic disease more frequently affects the brachial plexus. Therefore, a differential diagnosis of the painful shoulder was carried out and the patient was admitted in our center with the probable Pancoast tumor diagnosis. Subsequently, its study continued and the clinical suspicion was confirmed by a computerized tomography and a magnetic resonance, to be also confirmed later on with an anatomopathological study.

**Key words:** Pancoast Tumor, painful shoulder, brachial plexus.

---

1. Residente de segundo año de la Especialidad de Neumotisiología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. Yusbiel@infomed.sld.cu

2. Máster en enfermedades infecciosas. Especialista de primer grado en Imagenología. Jefe del departamento de Radiología del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico.

3. Residente de segundo año de la Especialidad de Neumotisiología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico.

4. Residente de segundo año de la Especialidad de Medicina Intensiva y Emergencias. Hospital Clínico Quirúrgico Calixto García.

## Introducción

En 1924 Henry Pancoast, publicó el artículo "Importancia de la investigación de los tumores torácicos apicales", donde describe 3 casos que padecían síntomas específicos: dolor en el miembro superior, parálisis simpática y destrucción ósea, por invasión de las estructuras del plexo braquial<sup>1</sup>, nervios intercostales, las costillas adyacentes, las vértebras y el ganglio estelar, lo cual era difícil diagnosticar por radiografía convencional, describiéndolo como un tumor como una masa creciendo en el surco pulmonar superior produciendo sobre todo dolor en el hombro y brazo afecto<sup>2</sup>.

Se caracteriza por predominar la sintomatología extrapulmonar (nerviosa y ósea), cuenta con tres periodos: Inicial, de estado y periodo terminal. 3 Más de 95 % de tumores de Pancoast son carcinomas de células no pequeñas, principalmente carcinoma de células escamosas (52 %) o adenocarcinomas y carcinomas de células grandes (aproximadamente 23 % para cada subtipo)<sup>4</sup> Los carcinomas de células pequeñas son vistos en menos de 5 % de estos tumores.<sup>5</sup> El Tumor de Pancoast afecta a unos 200 cubanos anualmente y constituye el 5% de las formas de presentación del cáncer de pulmón.<sup>6</sup>

La clasificación de estos tumores involucra el tumor, la presencia o no de ganglios y de metástasis (TNM). Los tumores de Pancoast son, en un mínimo de estadiamiento T-3N0M-0 (T3 para la invasión de pared del tórax, etapa clínica IIB), y son considerados lesiones de T4 si los plexos braquiales, estructuras del mediastino, o los cuerpos vertebrales están involucrados. Cuando los ganglios supraclaviculares están implicados, son designados como N3.<sup>5</sup>

En cuanto a su diagnóstico, comparada con los otros exámenes imagenológicos

es la resonancia magnética (RM) la más exacta en la identificación de la localización y extensión del tumor, superando la exploración tomográfica.<sup>7,8</sup> El diagnóstico histológico se obtiene hasta en el 95 % de los casos por medio de biopsia transtorácica percutánea guiada por ultrasonido, tomografía computarizada o con fluoroscopia.<sup>9,10</sup>

La radioterapia preoperatoria en dosis de 2000-6500 cGy, seguida por resección quirúrgica, es la forma más común del tratamiento para los tumores de Pancoast. La supervivencia a los 5 años en estos pacientes está entre 0-29 %.<sup>11</sup>

## Presentación del caso

Paciente de 77 años de edad, masculino. Acude por presentar un dolor en el hombro derecho desde hace aproximadamente 3 meses sin antecedentes de trauma, insidioso y que se ha ido intensificando, no modificable a los movimientos, irradiándose a la región del plano posterior del hemitorax derecho, se alivia con acetaminofén (500mg) 1 tabletas c/8h y se acompaña ocasionalmente de adormecimiento del miembro superior derecho. Hábitos tóxicos: Fumador de 1cajetilla/día de cigarrillos por alrededor de 60 años.

### Examen físico

Aparato respiratorio: Sin alteraciones.  
Aparato neurológico: Hipoestesia en miembro superior derecho describiendo el trayecto del nervio radial.

### Exámenes realizados

Radiografía de Tórax frontal simple en posición posteroanterior se observa una opacidad de alrededor de 2cm que ocupa el vértice derecho.

Tomografía Computarizada Simple del tórax donde se informa una imagen hiperdensa apical derecha que incluye la pleura y el parénquima de dicho segmento en el surco posterior. Engrosamiento pleural

de 27.95mm. Enfisema centrolobulillar discreto. No adenomegalia.

Hb (g/L)	109
Hto (Vol %)	0.36
<b>Leucograma</b>	
Leucocitos (/L)	8.1x10 <sup>9</sup>
Polimorfonucleares (%)	0.64
Linfocitos (%)	0.35
Eosinófilos (%)	0.01
Eritro (mm/h)	130
Conteo de plaqueta (Cel/L)	212 x 10 <sup>9</sup>
Creatinina (mmol/l)	61.88
Glicemia (mmol/L)	4.4
Proteínas totales (g/L)	77
Test de Mantoux (mm)	0
TGP (uds)	18
TGO (uds)	13
GGT(uds)	15
Test serológico	Negativo
Espudo BAAR I (D) y (C)	Codificación 0
Espudo BAAR II (D) y (C)	Codificación 0

Tabla No1: Exámenes complementarios

Resonancia Magnética: imagen hipertensa de origen pleuroparenquimatosa a nivel del ápex derecho sin osteolisis ni invasión de partes blandas.

Prueba Funcional Ventilatoria: daño ventilatorio obstructivo de intensidad leve en condiciones basales. La respuesta al broncodilatador no es significativa.

Broncoscopia: sin alteraciones.

Ultrasonido abdominal: hígado de tamaño normal y ecopatrón homogéneo, vesícula sin alteraciones. No otras alteraciones intrabdominales.

BAAF de pulmón: Positivo de células neoplásicas. Carcinoma de células no pequeñas.

### Discusión

El tumor de Pancoast es la enfermedad

neoplásica más común no metastásica que compromete el plexo braquial de ahí que deba hacerse el diagnóstico diferencial del hombro doloroso. A menudo se relaciona con el síndrome Pourfour du Petit y el Claude Bernard Horner.<sup>14</sup>

El diagnóstico diferencial debe hacerse teniendo en cuenta el síntoma principal que es en este caso el dolor en el hombro y las estructuras que pueden estar determinando el síntoma.

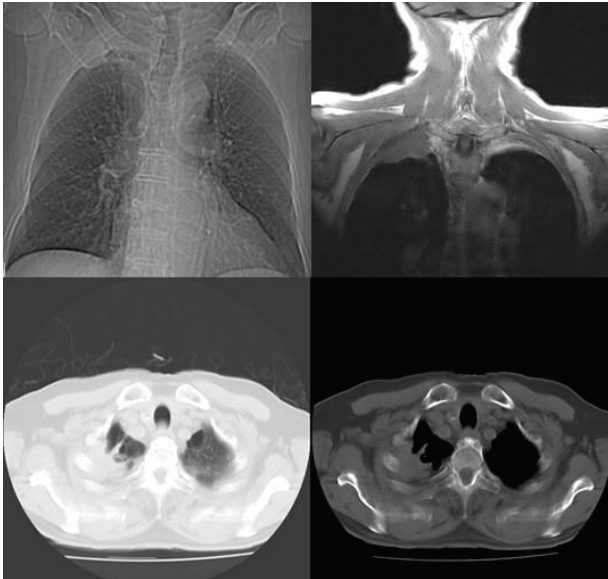
En este caso es menos probable que se trate de una bursitis porque este caso sería un dolor que aparece después de un esfuerzo o movimiento mantenido del brazo, que es intenso y que empeora a los movimientos de rotación y lateralización del brazo, que encuentra alivio al reposo y que tiene dolor intenso a la palpación del hombro.

Por otra parte el paciente tampoco presentaba clínica compatible con una luxación de hombro porque este aparece generalmente después de un trauma, con un intenso dolor a los movimientos dejando a la observación un vacío típico entre la articulación y la cabeza del húmero con un intenso dolor a la palpación.

La fractura del hombro es otro diagnóstico diferencial a considerar, pero generalmente se recoge el antecedente de un trauma que provoca dolor intenso, tumefacción de la zona afecta e imposibilidad de la realización de movimientos que provocaran al lograrse intenso dolor que no presentaba este paciente.

La radiografía de tórax es el procedimiento fundamental en el diagnóstico de sospecha del carcinoma de pulmón, puesto que tiene una eficacia global muy elevada y de bajo coste aunque la tomografía computarizada y la resonancia permiten valorar mejor su extensión. El tratamiento habitual es la radioterapia preoperatorio seguida de cirugía. La supervivencia a los 5 años es del 35%.

La clasificación de estos tumores involu-



**Figura 1.** Se muestra en el panel A una radiografía de tórax donde se observa engrosamiento de más de 2cm en el lóbulo superior derecho. En los paneles C engrosamiento pleural derecho (D en ventana de mediastino). En el B se muestra la RM donde se observa imagen hipertensa a nivel del surco superior

cra el tumor, la presencia o no de ganglios y de metástasis (TNM). Los tumores de Pancoast son, en un mínimo de estadiamiento T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>, etapa clínica IIB.

En este caso se procedió a la estadificación del tumor, lo cual lo incluyó en el estadio T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> en una etapa clínica IIB. Aunque en la literatura revisada no se encontró documentación sobre el número de casos de tumores de Pancoast según el estadiamiento, la experiencia clínica indica que es raro estadiar este tipo de neoplasia en la etapa clínica IIB y en un hombre de más de 70 años; indicando que el diagnóstico del tumor de Pancoast es demorado la mayoría de las veces producto al manejo inadecuado del dolor del hombro y el brazo.

### Conclusiones

El tumor de Pancoast es una entidad que se presenta generalmente en la cuarta década de la vida principalmente en hombres, con dolor en el hombro homónimo y alteraciones de la sensibilidad. Histopatológicamente menos del 5% de los casos son diagnosticados como carcinomas de células pequeñas. Estos pacientes son

generalmente estadiados después de diagnosticados al menos como T<sub>4</sub> por invasión ósea. El tratamiento generalmente es con radioterapia y quirúrgico según el estadio.

### Referencias Bibliográfica

1. Pancoast HK. Superior pulmonary sulcus tumor. *J Am Med.*
2. Paulson DL. Carcinomas in the superior pulmonary sulcus. *J Thorac Cardiovasc Surg.* Dec 1975; 70 (6):1095-104.
3. <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2058>.
4. Davis GA, Knight SR. Pancoast tumors. *Neurosurg Clin N Am.* Oct 2008;19 (4):545-57.
5. Fontinele e Silva J, Barbosa Mde P, Viegas CL. Small cell carcinoma in Pancoast syndrome. *J Bras Pneumol.* Feb 2009; 35 (2):190-3.
6. Detterbeck FC. Changes in the treatment of Pancoast tumors. *Ann Thorac Surg.* Jun 2003; 75 (6):1990-7.
7. Deslauriers J, Gregoire J. Clinical and surgical staging of non-small cell lung cancer. *Chest.* Apr 2010; 117(4 Suppl 1):96S-103S.
8. Heelan RT, Demas BE, Caravelli JF, et al. Superior sulcus tumors: CT and MR imaging. *Radiology.* Mar 2009; 170(3 Pt 1):637-41.
9. Webb WR, Gatsonis C, Zerhouni EA, et al. CT and MR imaging in staging non-small cell

*bronchogenic carcinoma: report of the Radiologic Diagnostic Oncology Group. Radiology. Mar 2007;178(3):705-13*

10. Gofeld M, Bhatia A. Alleviation of Pancoast's tumor pain by ultrasound-guided percutaneous ablation of cervical nerve roots. *Pain Pract. Jul-Aug 2008; 8(4):314-9.*

11. Yang PC, Lee LN, Luh KT, et al. Ultrasonography of Pancoast tumor. *Chest. Jul 2008; 94(1):124-8.*

12. Kuraishi H, Yamashita J, Tsuchiya Y, Kokubu F, Takizawa K. [A case of lung adenocarcinoma of pancoast type successfully treated with concurrent chemoradiotherapy]. *Gan To Kagaku Ryoho. Feb 2009; 6(2):291-3.*

13. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X201200200008&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X201200200008&lng=es)