

Tumor y síndrome de Pancoast

Tumor and Pancoast's syndrome

José Gonzalo Huamán-Muñante¹

Mujer de 87 años de edad, con siete meses de dolor progresivo en la región axilar derecha, irradiado hacia el brazo, más parestesias y disestesias, limitación de la abducción del hombro y disminución de la fuerza muscular del miembro.

La radiografía de tórax y la tomografía mostraron una opacidad heterogénea en la región apical derecha de 6 cm x 6 cm, sólida con cavitación en su interior (Figuras 1 y 2). El estudio histopatológico reveló células neoplásicas de aspecto epitelial, neoplasia epitelial glandular con áreas indiferenciadas. Conclusión: adenocarcinoma con áreas indiferenciadas de células no pequeñas del pulmón.

En 1932, Tobias describió el síndrome de Pancoast-Tobias (SPT) y reconoció que la causa era un carcinoma broncogénico del vértice pulmonar. Representa de 3 % a 5 % de todos los cánceres de pulmón, y la causa más común es el carcinoma de células no pequeñas de origen escamoso, seguido de adenocarcinoma y subtipos de carcinoma de células grandes.⁴

El *American College of Chest Physicians* define al tumor de Pancoast como: “un cáncer de pulmón que surge en el vértice del pulmón e invade las estructuras de la pared torácica apical. Se presenta invasión de las estructuras de la pared torácica apical a nivel de la primera costilla, pero no es necesario tener el síndrome de Horner o dolor que se irradia hacia abajo del brazo. Estas lesiones con frecuencia invaden el plexo braquial, vasos de la subclavía, o la columna vertebral.”^{1,3}

El SPT presenta uno o más de los siguientes síntomas:² dolor grave en el hombro que se agrava con el tiempo, se puede irradiar al cuello, axila, pared torácica anterior, parte medial del brazo y el antebrazo hasta la muñeca; síndrome de Bernard-Horner (ptosis, miosis, enoftalmos y anhidrosis ipsilateral de la cara, y que ocurre en 15 % a 50 % de pacientes); debilidad y atrofia muscular de los músculos intrínsecos de la mano y edema del brazo superior.

El tratamiento estándar para el tumor de Pancoast es la inducción quimiorradioterapia, seguida de resección quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marulli G. Superior sulcus tumors (Pancoast tumors). *Ann Transl Med.* 2016; 4(12):239.
2. Foroulis CN, Zarogoulidis P, Darwiche K, et al. Superior sulcus (Pancoast) tumors: current evidence on diagnosis and radical treatment. *J Thorac Dis.* 2013;5:S342-58.
3. Panagopoulos N, Leivaditis V, Koletsis E, et al. Pancoast tumors: characteristics and preoperative assessment. *J Thorac Dis.* 2014;6:S108-15.
4. Zarogoulidis K, Porpodis K, Domvri K, et al. Diagnosing and treating pancoast tumor. *Exp Rev Respirat Med.* 2016.

1. Médico internista. Departamento de Medicina, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima. Profesor asociado, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Huamán-Muñante JG. Tumor y síndrome de Pancoast (Foto clínica). *Rev Soc Peru Med Interna.* 2019;32(1):81. <https://doi.org/10.36393/spmi.v32i2.225>



Figura 1. Radiografía de tórax. Opacidad heterogénea en la región apical, sólida, con cavitación en su interior.

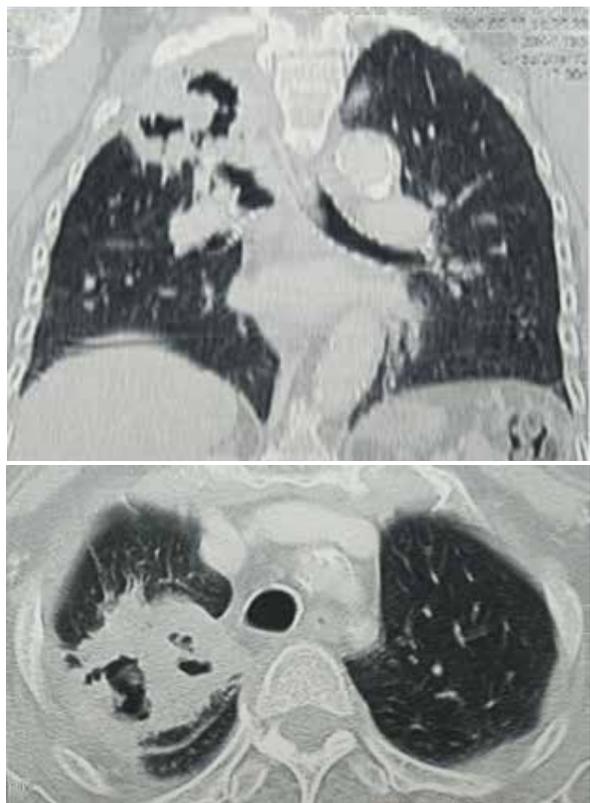


Figura 2. Tomografía computarizada de tórax. Opacidad heterogénea en la región apical derecha de 6 cm x 6 cm, sólida, con cavitación en su interior.