

dantes (3 a 6 por corte), caracterizadas por su forma variada (redondeada o poliédrica), provistas de un citoplasma acidófilo, rara vez vacuolado, con un núcleo también polimorfo (lobulado, alargado o en forma de gafas), tratándose, a nuestro juicio, de elementos de naturaleza mesenquimal.

### ZUSAMMENFASSUNG

Bei der erwachsenen Ratte findet man in der nach Wiessel fixierten und Schmorl gefärbten Nebenniere ziemlich seltene (3-6 pro Schnitt), durch ihr Form (rundliche oder polyedrische) auffallende Zellelemente. Sie haben ein azidophiles Zytoplasma, das selten Vakuolen aufweist und einen ebenfalls sehr

polymorphen Kern (gelappt, langgestreckt oder in Brillenform) hat. Unserer Ansicht nach handelt es sich um Elemente mesenchymalen Ursprungs.

### RÉSUMÉ

On décrit des éléments cellulaires dans la suprarrénale de rat adulte, fixée en Wiessel et teinte avec la méthode de Schmorl. Ce sont des cellules peu abondantes (3 ou 6 par coupe) caractérisées par leur forme variée (arrondie ou polyédrique) munies d'un cytoplasme acidophile, rarement vacuolé, avec un nucléole aussi polymorphe (lobulé, allongé ou sous forme de lunettes) s'agissant à notre avis, d'éléments de nature mésenchymale.

## NOTAS CLÍNICAS

### TUMOR DE PANCOAST (TUMOR DEL SULCUS PULMONAR SUPERIOR)

D. ORAINDI y S. LANDA

P. N. A. Sanatorio Antituberculoso "Briñas", de Bilbao  
Director: DR. R. ZUMÁRRAGA

En 1924, describió PANCOAST un tipo de tumores, cuyo estudio completó en 1932, con el nombre de "tumor del sulcus pulmonar superior", y que se manifiesta por trastornos respiratorios y, sobre todo, nerviosos, que son los que, por lo general, hacen acudir al enfermo a la consulta del médico, puesto que los síntomas pulmonares son de aparición más tardía.

Esta entidad clínica tumoral con individualidad suficiente para considerarla como un síndrome aislado, se caracteriza:

- 1.° Por un síndrome doloroso radicular inferior de plexo braquial del tipo de Dejerine-Klumpke.
- 2.° Por trastornos oculares simpáticos de tipo Bernard-Horner.
- 3.° Porque en la radiografía se aprecia una sombra perfectamente delimitada que ocupa la parte alta del campo pulmonar, con un borde inferior convexo hacia abajo.
- 4.° Porque destruyen las primeras costillas a partir del cabo posterior, las apófisis transversas y ocasionalmente las partes laterales de los cuerpos vertebrales.
- 5.° No da nunca metástasis torácicas, ni adenopatías, faltando toda reacción pulmonar.
- 6.° Es palpable en la fosa supraclavicular.
- 7.° Conduce fatalmente a la muerte por un mecanismo todavía desconocido.

Estos signos de aparición y grado variables, cons-

tituyen el cuadro morboso particular designado como genuinos tumores de Pancoast.

Nuestro caso clínico es el siguiente:

F. A., 66 años, casado, natural de Vigo.

*Antecedentes.* — Siempre sano, no ha hecho el servicio militar por falta de talla. Niega venéreas. No sabe leer ni escribir. Mentalidad muy corta. Ha tenido ocho hijos, de los que sólo vive uno; los demás, muertos de pequeños antes de los cuatro años no sabe de qué.

*Enfermedad actual.* — Desde hace once meses, no precisa bien el comienzo, dolor en el lado izquierdo del tórax, hombro y brazo del mismo lado. Desde esta fecha no desaparece el dolor, que es continuo y ha ido exacerbándose progresivamente. En continua queja por sus dolores se somete a disgusto al interrogatorio.

Hace cuatro meses que tiene abundante expectoración y con gran frecuencia es hemoptoica asalmónada, que desde las últimas semanas es habitual y de mal olor.

Toda la atención del enfermo está fijada en su dolor; por ello y por su escasa inteligencia cuesta obtener otros síntomas que padece: enflaquecimiento, pérdida de fuerzas. Se cansa muy fácilmente, quejándose siempre de un dolor que no le deja dormir.

*Exploración.* — Se aprecia un síndrome de Horner izquierdo, ptosis, contracción pupilar y enoftalmos. Un abultamiento manifiesto sobre la fosa supraclavicular del mismo lado, dedos en palillo de tambor.

Atrofia de la cintura escapular y miembro superior homolateral, que tiene en adducción y sosteniendo su mano izquierda con la opuesta, para evitar movimientos que le son dolorosos.

*Percusión.* — Hemitórax derecho, normal. En hemitórax izquierdo, en campo pulmonar superior, matidez en ambos planos, anterior y posterior; y es muy dolorosa la percusión, especialmente en región supraclavicular. Resto, submatidez.

*Auscultación.* — En plano anterior del hemitórax izquierdo, por encima y por debajo de la clavícula, se oye un soplo tubárico con estertores de medianas y gruesas burbujas; algún roncus. Broncofonía y pectoriloquia afona manifiestas. En plano posterior de la zona de matidez se oye una espiración soplante. Resto del pulmón, normal.

Corazón, normal. Abdomen, normal. No presenta adenopatía alguna en región axilar, cervical, ni supraclavicular. Reflejos pupilares, normales.

*Laboratorio.* — Wassermann en sangre, negativo. Bacilos de Koch en esputos, negativo. Leucocitos, 17.000. Hemograma,

0.4/0.0.3 63/26.6. Hematíes, 3.500.000. Hb., 70 por 100. Pulso, 96. Respiraciones, 25. Tensión arterial, 11/6. Temperatura, 38.5°.

La radiografía (figura 1) es sumamente curiosa. De primer momento, puede ser tomada por la de un enfermo tuberculoso operado de un primer tiempo de toracoplastia, y actualmente con lesiones extensas para proseguir las resecciones costales.

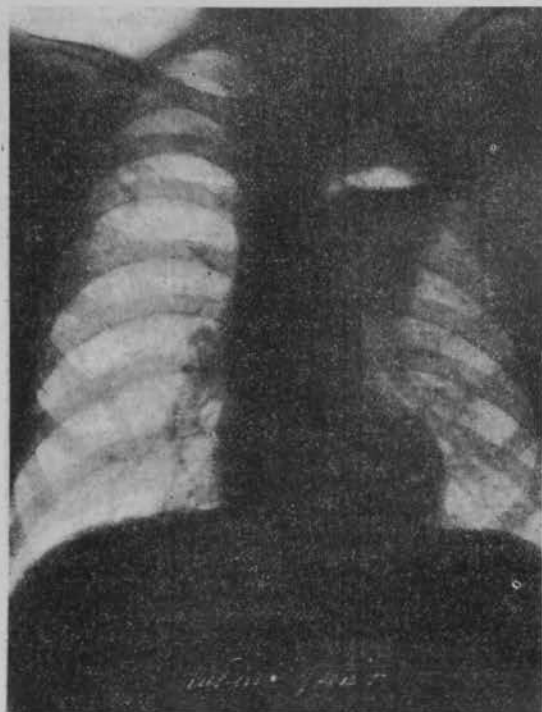


Fig. 1

En su campo superior izquierdo se aprecia una cavidad en medio de una sombra densa, regularmente homogénea, que se extiende desde el vértice al espacio intercleidohiliar, de bordes precisos y bien delimitados en todo su contorno, que le

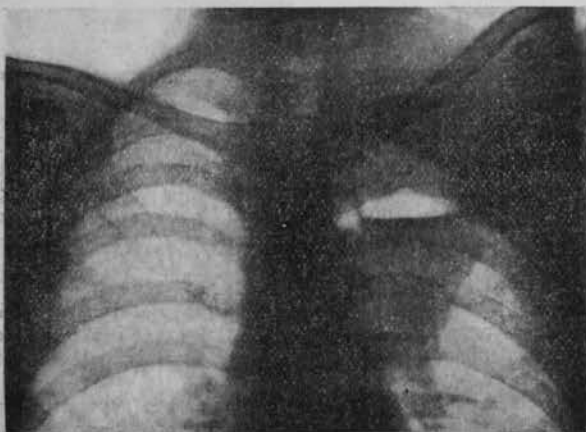


Fig. 2

separa sin ninguna transición del resto del parénquima pulmonar claro. El pulmón derecho es normal y los ganglios tráqueobronquiales no están aumentados de tamaño. No hay desplazamiento de órganos; el diafragma no está elevado ni paralizado. Falta el cabo posterior de las dos primeras costillas izquierdas, muy bien apreciable en el detalle de la radiografía (figura 2).

**Evolución.** — Durante su estancia en este Sanatorio no se modifica el cuadro clínico, habiéndosele realizado un tratamiento puramente sintomático que no produjo efecto alguno, a pesar de que las dosis diarias de morfina fueron elevadas. A los veinticinco días de su ingreso falleció repentina e inesperadamente.

**Informe de autopsia.** — (El estudio macro y microscópico se debe al doctor GARCÍA MARTÍN.)

**Aspecto del cadáver.** — Emaciado, color blanco, no hay hipostasis, falta la rigidez cadavérica en la extremidad superior izquierda, con ausencia de resistencia al movimiento pasivo de la articulación del hombro.

**Tórax. Pulmón izquierdo.** — Las hojas pleurales se despegan fácilmente, menos en el vértice, que forma un bloque compacto con los órganos vecinos. Faltan parte de las dos primeras costillas; la clavícula está respetada. Por guardar íntegra la pieza no se practican cortes. No obstante, levantando el plastrón torácico, aparece en el lóbulo superior una gran cavidad (figura 3), llena de un magma negruzco gelatinoso, como grandes coágulos de sangre, pero algo más com-



Fig. 3

pactos. También, pero en menor cantidad, hay líquido que recuerda la tinta del calamar. Estos coágulos y líquido despiden un olor nauseabundo. La pleura que recubre la cavidad está íntegra, respetada, perfectamente limpia, como disecada. El lóbulo inferior con notorias manchas antracóticas.

**Pulmón derecho.** — Escasas adherencias, fácilmente despegables; manchas antracóticas abundantes; crepitación nítida característica. Normal a la sección.

**En mediastino anterior,** adenopatía de tipo fibroso, de la que se guarda un trozo para examen microscópico. Posteriormente se encontraron en dicho ganglio típicos folículos tuberculosos.

**Corazón.** — Normal. Válvulas normales. Aorta dilatada.

**Abdomen. Hígado.** — Tamaño normal. En la cara superior tres o cuatro surcos anormales. En la cara inferior, algunos focos del parénquima de color negro apizarrado, que contrasta con el color normal del resto del órgano. En la cara inferior un trozo del parénquima del tamaño de una nuez, de distinta estructura macroscópica, el cual se secciona para el examen microscópico (resultó ser un angioma).

**Bazo.** — Tamaño infantil, muy friable.

**Riñón.** — En ambos llama la atención su tamaño infantil. En algunos puntos focos negruzcos, al corte, normalidad.

**Estómago.** — Normal, distendido. **Páncreas,** normal.

**Intestino.** — Aspecto sucio, entre verdoso y negruzco, nada anormal; sólo se advierte reducción de tamaño en la porción correspondiente al ángulo esplénico y colon descendente.

**ESTUDIO HISTOLÓGICO.** — Cápsula gruesa de tejido conjuntivo, que forma en algunos puntos un gran bloque de esclerosis adulta. Numerosos botones vasculares. Algunos cartilaginosos. Frecuentes lóbulos adiposos. Acúmulos de células linfocitarias y plasmáticas que revelan su estirpe crónica.

**Porción tumoral.** — Estroma muy aparente de tejido conjuntivo con numerosas células fibroblásticas. Abundantes digitaciones a través del parénquima tumoral.

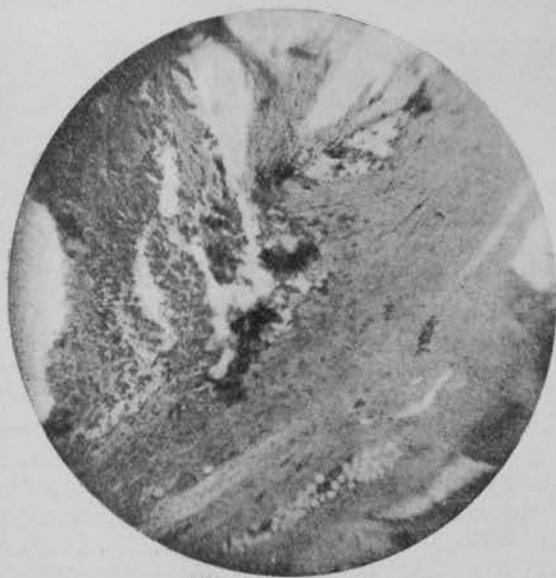


Fig. 4

Este parénquima está constituido por voluminosas células del tamaño aproximado de un monocito. Protoplasma escaso y basiófilo. Núcleo central poco cromático y voluminoso. Se

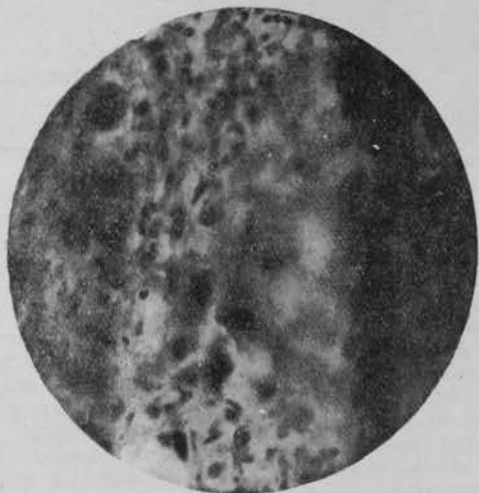


Fig. 5

ven con frecuencia núcleos gigantes. Raras mitosis. En algunas zonas se aprecia claramente la disposición de estas células en remolinos (figuras 4 y 5).

Ausencia de metástasis en otros órganos.

La historia de este enfermo, como la de casi todos los publicados, tiene de característico que las manifestaciones clínicas son predominantemente de dolor neurálgico en el trayecto de distribución de las raíces C-VIII, D-I, y, como decíamos al principio, es por lo que los enfermos vienen a la consulta.

En todos los casos de síndrome doloroso inferior del plexo braquial se impone hacer una radiografía

pulmonar. Ilustran este punto de vista un caso de PANCOAST que fué tratado como afección ósea; y un caso de FRIED (citado por JACOX) considerado en principio como siringomielia. Conviene saber que los signos radiológicos son a menudo poco manifiestos al principio. En dos de las observaciones de PANCOAST, la primera radiografía no señalaba nada anormal; posteriormente, la radiografía se hizo típica. Lo mismo sucedió con el enfermo de JIMÉNEZ DÍAZ, que tenía dolores intensos y no presentaba imagen radiológica clara del proceso que los ocasionaba; más tarde el cuadro fué completo.

La sintomatología ocasionada por la localización pulmonar es de tos, hemoptisis, fiebre y pérdida de peso. La expectoración fétida, por la abscesificación secundaria, que como todos los tumores puede sufrir, pero cuya evolución la anotamos, porque en la limitada bibliografía que nos ha sido posible revisar por las actuales circunstancias, dentro de la ya por sí escasa que se ocupa de este síndrome, no hemos visto ningún caso semejante.

El origen de este tumor es desconocido. PANCOAST sugiere pueda desarrollarse a expensas de algún residuo embrionario epitelial (cuerpo último branquial). Y dice: "se ha denominado "tumor del sulcus pulmonar superior" porque este término implica: su localización aproximada y el no estar originado a partir de estructura pulmonar, pleural, costillas o mediastino. Es posible que se cambie su denominación por un mejor conocimiento de la histopatología tumoral". Sin embargo, de las siete observaciones que aporta PANCOAST, dos de ellas son otras tantas mujeres que años antes padecieron carcinoma de útero. Lo mismo sucede con el caso de LINGREN, que trece años antes padeció un carcinoma de ovario.

Para JACOX, el tumor parte de la mucosa de los bronquios terminales en el vértice del pulmón, y según él sería lo más apropiado denominarle "carcinoma primario del apex pulmonar". Para STEIN y JUSTIN, el origen puede ser pulmonar, endotelio pleural, adenoma bronquial, branquial, etc.

Más recientemente, MORRIS y HARKEN, con ocho observaciones propias, tres de ellas semejantes a los designados como genuinos tumores de Pancoast, juzgan necesario para este diagnóstico: a) la exclusión de un origen en el tejido pulmonar, pleural, mediastínico, perióstico, costal o de la columna vertebral; b) la demostración histológica de que se trata de un carcinoma de células planas; c) comprobación de que en ninguna parte del cuerpo existen tumores primitivos como punto de partida de una metástasis.

Como se ve, nada se sabe del lugar en que se originan estos tumores y las opiniones son encontradas, desde el que rechaza puede tratarse de una metástasis, al que incluye enfermos que anteriormente tuvieron tumores de otra localización.

Igual desconocimiento se tiene de la naturaleza del tumor, que sigue en la misma incertidumbre inicial, ya que es curioso que el único caso biopsiado por PANCOAST, primeramente fué diagnosticado de endotelioma pleural y más tarde, otro anatomopatólogo lo juzgó como carcinoma espinocelular. Histológicamente su naturaleza es variable; puede resultar "un cáncer pulmonar o una tumoración del



simpático o un endotelioma o una metástasis tumoral o tener un origen branquial" (HABEIN y MILLER); un cáncer epitelial de células planas (STEIN, JUSTIN, NARDONE, MORRIS y HARKEN). El caso más reciente que conocemos es el de LINGREN, y se trata de un carcinoma bronquial.

Los elementos principales para el diagnóstico son los dolores y el obscurecimiento de la cúpula pleuropulmonar acompañado de la destrucción de costillas.

Para el diagnóstico diferencial deben tomarse en consideración los siguientes cuadros morbosos, en opinión de los autores que se han ocupado del síndrome: atrofia muscular progresiva, esclerosis lateral amiotrófica, artritis, bursitis subdeltoidea, siringomielia, neuritis braquial, angina de pecho, costilla cervical, etc., que son inmediatamente descartadas por la radiografía. Ante la imagen radiológica hay que recordar otros cuadros localizados en la abertura superior del tórax y base del cuello, que pueden dar lugar a confusiones: tuberculosis apical, endotelioma y sarcoma pleural, osteosarcoma de costilla, cáncer primitivo pulmonar, neurinoma o ganglioneurinoma del simpático cervical, etc. (JACOX, PANCOAST, MORRIS, HABEIN). Además de que pueden darse teóricamente todas estas posibilidades de confusión con procesos que carecen muchos de ellos de manifestaciones clínicas y radiológicas completas, hay que recordar que en los tres enunciados ya citados de MORRIS y HARKEN, se exige que no existan focos tumorales en otra parte del organismo que resulten origen de una metástasis. Y es condición diagnóstica la *corrosión costal*.

Como tratamiento sólo cabe la radioterapia, a la cual en algunos casos estos tumores parecen transitoriamente sensibles. En el caso de JIMÉNEZ DÍAZ, irradiado por ALBERT, desaparecieron los dolores y el síndrome de Horner, habiendo mejorado visiblemente en la radiografía. NIOSI, en un caso diagnosticado de neurinoma o ganglioneurinoma practicó la resección del lóbulo superior del pulmón, falleciendo el enfermo al sexto día por insuficiencia cardíaca y edema pulmonar agudo; a posterior hizo el diagnóstico de síndrome de Pancoast. En uno de los casos de JACOX fué intentada una intervención quirúrgica, pero el enfermo murió. La cordotomía sólo puede considerarse como paliativa.

## RESUMEN

Se presenta un caso de típico tumor de Pancoast, de localización izquierda, posteriormente abscesificado y con corrosión del cabo posterior de las dos primeras costillas. El enfermo falleció a los once meses de la iniciación clínica de su enfermedad, a los veinticinco días de su ingreso en el Sanatorio. No habiéndosele intentado más que un tratamiento puramente sintomático.

## BIBLIOGRAFÍA

- FLEXNER, M. — New. Int. Clin., 4, 143, 1940.  
 GUILLAIN, STERNÉ. — Ann. de Méd., 7, 93, 1936.  
 HABEIN, H., MILLER, V., HENTHORNE, J. C. — Ann. Int. Med., 11, 1.806, 1938.  
 JACOX, H. W. — Journ. Amer. Med. Ass., 103, 84, 1934.  
 JIMÉNEZ DÍAZ, C. — Rev. Clin. Esp., 7, 406, 1942.  
 LINGREN, G. — Act. Med. Scand., 110, 445, 1942.  
 MORRIS, J. H., HARKEN, D. — Ann. Surg., 112, 1, 1940.

- NARDONE, B. — Riforma Med., 1.059, 1942.  
 NIOSI. — Referata Gacet. Méd. Esp., 199, 191, 1943.  
 PANCOAST, H. K. — Journ. Amer. Med. Ass., 99, 1.391, 1932.  
 RODRIGO SARALETTE, P. — El cáncer primitivo del pulmón. Edit. Científico-Médica. Barcelona-Madrid, 1941.  
 ROMANO, N. — B. Il. Accad. Med. Roma, 63, 300, 1937.  
 STEIN, J. J. — Journ. Amer. Med. Ass., 111, 162, 1938.  
 TAPIA, M. — Formas anatomoclínicas de la tuberculosis pulmonar. Tomo II. Edit. Afrodiseo Aguado, Madrid, 1941.

## NEURINOMA DEL CUBITAL

A. RAVENTÓS MORAGAS y R. ROCA DE VIÑALS

Cirujano Ayudante  
del Servicio

Ayudante del Servicio  
de Cancerología

Clinica Quirúrgica del Hospital de Santa Cruz y San Pablo  
de Barcelona. Profesor: DR. J. SOLER JULIÁ

El exiguo número de casos publicados en nuestro país de esta neoplasia, y su relativa rareza, nos inducen a publicar con algunos comentarios esta observación, contribuyendo así a la casuística española, junto a las de T. RODRÍGUEZ DE MATA<sup>1</sup>, MARTÍNEZ GARCÍA y CARDENAL<sup>2</sup>, BARCIA GOYANES<sup>3</sup>, y la ponencia de RÍO HORTEGA<sup>4</sup>, sobre la anatomía patológica de dichas formaciones. LLAURADÓ y ROCA DE VIÑALS presentaron en las sesiones clínicas del doctor GALLART un caso de neurinoma retroperitoneal, desarrollado, probablemente, en las raíces de un par raquídeo.

*Historia clínica.* — Antonio Usero Martín, de 42 años, natural de Senés (Almería), domiciliado en San Celoni. Ingresa en la cama número 23 del Servicio, procedente del Dispensario de Neurología del doctor Barraquer.

*Antecedentes patológicos familiares y personales.* — Carecen de importancia.

*Enfermedad actual.* — Hace catorce meses notó una tumoración en el tercio superior del antebrazo izquierdo que crecía lentamente, y que desde hace unos seis meses le origina dolores irradiados en la parte interna de la mano y de dos dedos, índice y meñique. No recuerda haber recibido ningún traumatismo importante en la zona de la tumoración.

*Exploración.* — En la unión del tercio superior con el medio del antebrazo a nivel de la cara posterior y en su parte interna, hay una tumoración del tamaño de una almendra, consistente, ovoide, no adherida a piel, cuya presión produce dolores irradiados en la zona del nervio cubital.

No hay trastorno motor alguno; los músculos inervados por el cubital conservan íntegra su función. La sensibilidad es normal, excepto la epicrítica de la cara anterior de la falangeta y falangeta del meñique, que en su porción externa está algo disminuida. Sensibilidad profunda normal.

*Intervención* (doctor A. RAVENTÓS MORAGAS). Junio de 1939. — Anestesia local con novocaina al 1 por 100. Previa incisión de la piel se encuentra una tumoración en el trayecto del nervio cubital. Separado el neurilema se ven los cordones nerviosos rodeando la tumoración, que es central, y que se enuclea fácilmente sin tener que seccionar ni un solo cordón. La cavidad queda limpia, no sangra, y se une el perineuro con dos puntos de catgut fino. Sutura de la piel con crin.

El curso postoperatorio es normal; el enfermo mejora rápidamente y habiéndole desaparecido los dolores pide el alta a los nueve días de operado. Todos los movimientos y la sensibilidad en la zona del nervio cubital son normales. Posteriormente hemos sabido que continúa perfectamente curado.

*Examen histológico.* — Demuestra que se trata de un neurinoma típico con elementos fusiformes dispuestos en bandas.