



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/228 - CONSEJO DE SABIOS: OFT, NEURO, NEUMO,..

S. López Santos¹, A. Valdor Cerro², D. Simarro Díaz³, Y. Rodríguez González³, I. Sánchez Martín⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Torrelavega. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años, exfumador, consumo de 50-60 g de alcohol. Antecedentes personales: pólipos colónicos polipectomizados en 5 ocasiones, hepatopatía crónica etílica, TVP en EII y TEP en 2009 con tratamiento anticoagulante durante 6 meses con estudio de hipercoagulabilidad normal. Recientemente acude a urgencias por hemorragia digestiva alta. Acude al centro de salud por notarle la familia el párpado derecho más caído desde hace un mes, motivo por el que es valorado por oftalmología que evidencia ptosis y asimetría pupilar a expensas de miosis de ojo derecho. No refiere alteración en la sudación a nivel facial ni otra sintomatología neurológica asociada. Cuenta que hace 20 días estuvo en urgencias por expectoración hemoptoica/HDA por lo que se realizó endoscopio que evidenció signos de sangrado. No pérdida de peso ni claro síndrome general. Se le deriva a neurología para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica con valores dentro de la normalidad. Neurovascular: arterias temporales + y simétricas, no soplos carotídeos. Auscultación cardíaca y pulmonar normales. Pulsos positivos, débiles y simétricos. Ptosis con mitosis que responde a la luz en ojos derecho. La anisocoria es de unos 2 mm. Radiografía de tórax rosada donde se evidencia dudosa imagen nodular paramilitar izquierda. TAC tórax: masa en vértece pulmonar derecho. Broncofibroscopia: (interferida por tos intensa) masa en lóbulo superior izquierdo que se biopsia. Biopsia: carcinoma de células grandes.

Juicio clínico: Síndrome de Pancoast. El síndrome de Pancoast es consecuencia de la extensión local de un tumor (por lo común, epidermoide), que crece en el vértece 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. 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. 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.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Wallemborg, enfermedad de Lyme, espondilosis cervical.

Comentario final: Debido a que el cáncer del pulmón es una de las principales causas de muerte en nuestro país, nos parece importante comentar esta forma de presentación menos usual como es el tumor de Pancoast. Consideramos este caso demostrativo de la enfermedad, además, queríamos transmitir cómo estos casos en un alto porcentaje entran al sistema de salud por Oftalmología, Ortopedia, u otras especialidades lo que

demora el diagnóstico y posterior manejo.

Bibliografía

Arcasoy SM, Jett JR. Superior pulmonary sulcus tumors and Pancoast's syndrome. *N Engl J Med.* 1997;337(19):1370-6.

Ettinger DS. Lung cancer and other pulmonary neoplasms. Bronchogenic lung cancer. En: Goldman Cecil Medicine, 23rd edition. Philadelphia: Saunders-Elsevier, 2007; p. 201.

Khosravi Shahi P. Síndrome de Pancoast (tumor de sulcus pulmón superior): revisión de la literatura. *An Med Int.* 2005;22(4):194-6.