

347/265 - OMALGIA IZQUIERDA DE MESES DE EVOLUCIÓN

G. Fernández Plana^a, S. Medina Muñoz^a, A. Álvarez Dueñas^a y Á. Oria Fernández^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vicente Muñoz. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Vicente Muñoz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, con único antecedente de fumador de medio paquete al día, sin tratamiento habitual, que acude por dolor en hombro izquierdo e infraclavicular progresivo de 6 meses, que empeora con la inspiración profunda y el decúbito supino. En la anamnesis detallada, refiere aumento de tos habitual y síndrome constitucional con astenia y pérdida de peso de 10 kg.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez cutánea generalizada, ptosis palpebral izquierda y miosis de ojo izquierdo. Acropaquia en dedos de las manos. Dolor a la movilización de hombro izquierdo y a la palpación de primer, segundo y tercer arcos costales izquierdos. Auscultación pulmonar: Murmullo vesicular conservado. Radiografía tórax: probable masa en lóbulo superior izquierdo. TC tóraco-abdomino-pélvico: Hallazgos sugestivos de masa pulmonar espiculada en vértice izquierdo que infiltra pared torácica y mediastino posterior, con destrucción ósea de arcos costales primero, segundo y tercero, apófisis ipsilaterales transversas y extensión por los agujeros neurales con invasión del canal. Biopsia aguja gruesa: Carcinoma broncogénico de células escamosas en lóbulo superior izquierdo.

Orientación diagnóstica: Carcinoma broncogénico en lóbulo superior izquierdo que asocia síndrome de Pancoast.

Diagnóstico diferencial: Procesos infecciosos pulmonares (bacterias, hongos, tuberculosis), amiloidosis pulmonar, otras neoplasias (torácicas, hematológicas).

Comentario final: El síndrome de Pancoast es producido por la existencia de un tumor en vértice pulmonar (el más frecuente, carcinoma broncogénico) con extensión local y síntomas asociados, como dolor en hombro, en pared torácica por afectación costal, en cara cubital de antebrazo por afectación del plexo braquial, síndrome de Horner (ptosis ipsilateral, miosis, enoftalmos y anhidrosis) por afectación del ganglio estrellado y síndrome de la vena cava superior (disnea, tos, edema de cara, cuello y miembro superior ipsilateral) por compresión e invasión. Debemos realizar una anamnesis y exploración detalladas ya que la clínica puede presentarse con cualquiera de estos síntomas y signos; y la detección precoz puede mejorar el pronóstico.

Bibliografía

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

2. Marulli G, Battistella L, Mammana M, et al. Superior sulcus tumors (Pancoast tumors). *Ann Transl Med.* 2016;4(12):239.
3. Villgran VD, Cherian SV. Pancoast Syndrome. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls 2018 Feb.

Palabras clave: Pancoast. Carcinoma. Pulmonar.