

347/1381 - PANCOAST. UN TUMOR POCO HABITUAL

M. Soto López^a y N. Pertierra Galindo^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años, no fumadora, con antecedentes personales de conización por cáncer de cérvix en año 2000, carcinoma intraductal de mama intervenido con mastectomía monolateral en 2006, epilepsia. En tratamiento con carbamacepina. Acude a la consulta de Atención Primaria por disminución de la hendidura palpebral en ojo izquierdo de una semana de evolución. Se cita en oftalmólogo privado quien diagnostica conjuntivitis crónica y solicita dacriocistografía y TAC de senos paranasales. Acude de nuevo por falta de mejoría y comienzo de cervicobraquialgia izquierda con mal control con analgesia habitual que pautamos. Visita a neurólogo privado quien solicita resonancia magnética, y pauta rehabilitación sin mejoría, con empeoramiento del cuadro físico, (limitando mínima actividad física) y psicológico comenzando con trastorno adaptativo mixto con respuesta discreta a tratamiento que pautamos. Se solicita radiografía de tórax donde se observa carcinoma de pulmón en ápice de pulmón izquierdo. Realiza tratamiento ambulatorio con Radioterapia y quimioterapia al que no responde y fallece.

Exploración y pruebas complementarias: Ptosis palpebral de ojo izquierdo con hiperemia conjuntival difusa. No síndrome constitucional. Resto anodino. Analítica sanguínea completa en Atención Primaria: anodina. Dacriocistografía: anodina. TAC de senos paranasales: leve asimetría con mínimo aumento de densidad de partes blandas. Cambios inflamatorios en seno esfenoidal izquierdo. Desviación derecha de tabique nasal. Resonancia cervical: cambios degenerativos en C5-C6 Y C6-C7, sin protrusión discal. Radiografía de tórax: masa en ápice de pulmón izquierdo. TAC tórax: carcinoma de pulmón T4N0M0.

Orientación diagnóstica: Tumor de Pancoast (T4N0M0) con síndrome de Horner asociado.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias: mesotelioma, pulmonares, neoplasias hematológicas, metástasis. Procesos infecciosos: neumonías, tuberculosis, quiste hidatídico.

Comentario final: Este síndrome es con frecuencia, consecuencia de la extensión local de un tumor del vértice pulmonar, que acaba afectando a la pared torácica y a la base del cuello. Puede ser cualquier variedad pero predomina el epidermoide. Se asocia al síndrome de Claude-Bernard-Horner: enoftalmos, ptosis palpebral, miosis y anhidrosis. Es importante destacar en el ámbito de la atención primaria la importancia de una correcta anamnesis y exploración con abordaje extenso del motivo de consulta principal y un seguimiento exhaustivo para un correcto diagnóstico y derivación de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-sindrome-horner-secundario-tumor-pancoast-S0025775310001594>
2. <https://www.uptodate.com/contents/superior-pulmonary-sulcus-pancoast-tumors>.

Palabras clave: Pancoast. Horner. Epidermoide.