



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

482/399 - TUMOR DE PANCOAST. IMÁGENES DE UN CASO

D. Ortega Moreno¹, A. Serrano Mora² y C. Gutiérrez Alonso³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Norte Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Norte Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz. ³Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Santa María Norte Pinillo Chico. El Puerto de Santa María. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años. No reacciones medicamentosas conocidas. Fumador de 10 cigarrillos/día. Bebedor diario de una cerveza y ocasional de bebidas de alta graduación. No factores de riesgo cardiovascular. Presenta tos persistente de 3-4 meses de evolución. En los últimos días inflamación de miembro superior derecho, zona supraclavicular, cuello y hemifacies derecha. Asocia debilidad en miembros inferiores y mareos.

Exploración y pruebas complementarias: Edema en esclavina con importante edematización miembros superiores. Bradipsiquia. Eupneico en reposo. Auscultación: tonos puros, rítmicos. Murmullo vesicular sin ruidos. Moco claro en cavum sin exudado amigdalar. Radiografía tórax: hiperdensidad en campo superior pulmonar derecho con efecto masa que desplaza tráquea. TAC tórax: Proceso neoproliferativo pulmonar en LSD con gran extensión que ejerce efecto masa sobre el trayecto de la vena cava superior y progresión secundaria pulmonar bilateral, ganglionar y suprarrenal. Broncoscopia: en bronquio principal derecho, masa que infiltra la pared anterior del bronquio que protruye la luz obstruyéndolo al 85%. Adenocarcinoma de pulmón pobemente diferenciado. TAC cráneo: múltiples metástasis a nivel cerebral, cerebeloso y en tronco del encéfalo. Posibles metástasis óseas en calota craneal. Ecografía abdominal: lesiones ocupantes de espacio en ambas regiones suprarrenales.

Orientación diagnóstica: Durante el ingreso mala evolución clínica con cuadro convulsivo tónico clónico generalizado de difícil control, infarto agudo de miocardio anterior e hipertermia de origen central. *Exitus*.

Diagnóstico diferencial: Adenocarcinoma de pulmón en estadio IV. Síndrome de vena cava superior por tumor de Pancoast.

Comentario final: El tumor de Pancoast se desarrolla desde el ápice pleuropulmonar por encima de la primera costilla. El síndrome de Pancoast es aquel que provoca dicho tumor generalmente por compresión de estructuras vecinas (plexo braquial, cervical...) provocando parestesias o dolor en dicho brazo afecto o afectación facial con ptosis, miosis y anhidrosis (síndrome de Horner). Puede llegar a producir compresión de la vena cava dando el síndrome de vena cava superior. Su origen frecuentemente es debido a cáncer pulmonar de células pequeñas aunque puede estar provocado por abscesos o infecciones pulmonares. El pronóstico es desfavorable pues en su mayoría cuando se diagnostican se encuentran en estadios avanzados.

Bibliografía

1. Villgran VD, Chakraborty RK, Cherian SV. Pancoast Syndrome. StatPearls. 2020.
2. Gundepalli SG, Tadi P. Cancer, Lung Pancoast (Superior Sulcus Tumor). StatPearls. 2020.

Palabras clave: Pancoast. Adenocarcinoma pulmonar.