

**Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río**

## **II ENCUENTRO NACIONAL DE INVESTIGACION EN APS PRiSalud 2024**

### **Tumor de Pancoast: Reporte de un caso**

Autores:

Milena Alvarez Díaz\*

Yanisleydis Hernández Davis\*

José Alejandro Jimenez Ramos \*\*

Karen Ly Blanco Johnson\*\*\*

Wendy L. Alba Vilau \*\*\*\*

\*Estudiante de 5to año de Medicina. Alumnos Ayudantes en Medicina Interna

\*\*Estudiante de 6to año de Medicina. Alumno Ayudantes en Medicina Interna

\*\*\*Estudiante de 5to año de Medicina. Alumno Ayudante enPsiquiatria

\*\*\*\*Estudiante de 5to año de Medicina.

Pinar del Río, Febrero de 2024

## RESUMEN

**Introducción:** El cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte a nivel mundial en la actualidad, entre sus formas de presentación se encuentra el Síndrome de Pancoast, que es cuando el tumor se localiza en el vértice pulmonar y hay alteraciones en los nervios localizados en esta región, lo que se traduce por dolor en el miembro superior del lado en que está el tumor.

**Presentación de caso:** Se recibe un caso de una paciente femenina de 50 años de edad que acude al cuerpo de guardia del Hospital Abel Santamaría Cuadrado remitida de su área de salud, por presentar fiebre de más de 20 días de evolución, pérdida de peso de más de 30 libras en un mes, decaimiento marcado, anorexia, tos seca que en ocasiones se acompañaba de expectoración hemoptoica y dolor en miembro superior derecho y hemitórax derecho. Se le realizaron varios complementarios arrojando como resultado cáncer de pulmón de células no pequeñas, específicamente de tipo adenocarcinoma, lo que permitió realizar el diagnóstico de Tumor de Pancoast en la paciente.

**Conclusiones:** El Síndrome de Pancoast es una de las formas de presentación del cáncer pulmonar, no se ve con mucha frecuencia en nuestra provincia y por su cuadro clínico, en ocasiones, es confundido con una alteración del sistema osteomioarticular, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento.

**Palabras clave:** Cáncer de pulmón, Tumor de Pancoast, Síndrome de Pancoast, Neoplasia de células no pequeñas, Médico de familia, Prevención de enfermedades no transmisibles

## Introducción

El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por neoplasia a nivel mundial, siendo responsable de más de 1,6 millones de muertes anuales, de allí radica la importancia en torno a su prevención,

detección temprana y tratamiento para reducir la morbimortalidad asociada. El principal factor de riesgo es el tabaquismo, el que se estima que está implicado en el 90% de los casos. Esta afección se ve con más frecuencia en el sexo masculino y con pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.<sup>1,2,3</sup>

El cáncer de pulmón engloba una variedad de distintos subtipos histológicos, los que presentan distinto enfrentamiento clínico, tratamiento y pronóstico. Las variedades histológicas del cáncer de pulmón se dividen en dos grandes grupos separando a los “tumores de células pequeñas” del resto, éstos últimos englobados en un grupo denominado “tumores no células pequeñas”, siendo este subtipo el más frecuente. Las principales variedades histológicas de los tumores no células pequeñas lo componen el adenocarcinoma, epidermoide o escamosos, adenoescamoso y carcinoma de células grandes. La distinción entre carcinoma células pequeñas y no células pequeñas resulta fundamental, pues existen diferencias sustanciales en como abordamos el enfrentamiento clínico, estadiaje y tratamiento en ambos grupos, junto a diferencias significativas en la sobrevida de ambas variedades. Los tumores células pequeñas exhiben un pronóstico más ominoso que los tumores no células pequeñas.<sup>1</sup>

Los tumores del vértice pulmonar pueden extenderse localmente comprometiendo la vía eferente simpática ipsilateral manifestándose por el síndrome de Horner ipsilateral (ptosis palpebral, enoftalmos, miosis y anhidrosis). Estos tumores pueden comprometer la zona inferior del plexo braquial por extensión local generando dolor braquial y de hombro ipsilateral, pudiendo generar debilidad o atrofia de los músculos de la mano, este cuadro clínico sumado al síndrome de Horner se denomina síndrome de Pancoast.<sup>1,2</sup>

Los tumores de Pancoast (o del surco superior) representan del 3% al 5% de todos los cánceres de pulmón. Se caracterizan por la infiltración de la entrada torácica y pueden presentarse con una constelación de síntomas dependiendo de la invasión de estructuras específicas. La combinación de dolor severo e implacable en hombros y brazos y la atrofia de los músculos intrínsecos de la mano a lo largo de la distribución del octavo tronco nervioso cervical y el primero y segundo torácico y el síndrome de Horner (ptosis, miosis y anhidrosis) por la extensión local que compromete la vía eferente simpática ipsilateral comprende una entidad clínica denominada “Síndrome de Pancoast-Tobías”.<sup>1</sup>

Estadísticamente es la neoplasia maligna más común en hombres (incidencia de 35,5 por cada 100.000), mientras que en las mujeres (12,1 por cada 100.000) se sitúa por detrás de los tumores de mama, cuello uterino y colon. Su incidencia y mortalidad han disminuido entre los hombres durante las dos últimas décadas en los países occidentales, mientras que, entre las mujeres, están aumentando en casi todas las regiones del mundo. En Las Américas en 2016 la mortalidad fue de 18,1 por cada 100.000 habitantes, afectando a 22,9 hombres (x 100.000 hab.) y 14,3 mujeres (x 100.000 hab.). Los países con mayor tasa fueron Canadá, Cuba, Uruguay y Estados Unidos de América, todos con más de 27 por cada 100.000.<sup>4,5</sup>

Esta enfermedad en 2017 ocupó el primer lugar en la lista de defunciones por neoplasia en Cuba con 5720 fallecimientos, sobrepasando las cifras de 2014, 2015 y 2016 en 276, 246 y 176 defunciones respectivamente. La razón de tasas entre el sexo masculino respecto al femenino fue de 1,7. Los grupos etarios superiores a los 60 años constituyeron los más afectados, representando el 84,8% del total.<sup>4,5</sup>

Presentación del caso:

Motivo de ingreso: decaimiento marcado y pérdida de peso

Edad: 50 años

Sexo: femenino

Raza: blanca

Descripción del caso: Paciente femenina de 50 años de edad que acude a consulta remitida de su área de salud por presentar fiebre de 38-38.5°C desde hace aproximadamente una semana, que aparece en

el horario de la tarde, se acompaña de mucho decaimiento, cede con la administración de dipirona ya sea vía oral o intramuscular. Presenta tos seca, sin expectoración, sin disnea, que aparece indistintamente en cualquier momento del día. Ha presentado, además, fatigas, anorexia, astenia marcada y pérdida de peso, según la paciente en un mes ha perdido 30 libras. Refiere dolor supraclavicular derecho, de moderada intensidad, que comenzó hace un mes aproximadamente, que se irradia al brazo y antebrazo de ese mismo lado y alivia con la administración de dipirona. El médico de su consultorio, como parte del examen físico constató palidez cutáneo-mucosa, miosis y ptosis palpebral de la hemicara derecha, disminución del murmullo vesicular en el lóbulo superior del campo pulmonar derecho, no se precisaron estertores, le indicó un Rayos X de tórax donde se encontró una radiopacidad en el vértice pulmonar derecho. Varios días después de ingresar continúa con la tos seca, ahora acompañada de expectoración verdosa, que en ocasiones tenía estrías de sangre. La fiebre persistió durante más de 20 días, apareciendo en el horario de la tarde y de 38°C.

APP: Hipotiroidismo

APF: Madre: cáncer de estómago (fallecida)

Padre: cáncer de próstata (fallecido)

Operaciones: Fibroma

Quiste de ovario

Hernia infraumbilical

Alergia a medicamentos: dimenhidrinato, meclozina

Transfusiones: Sí (2)

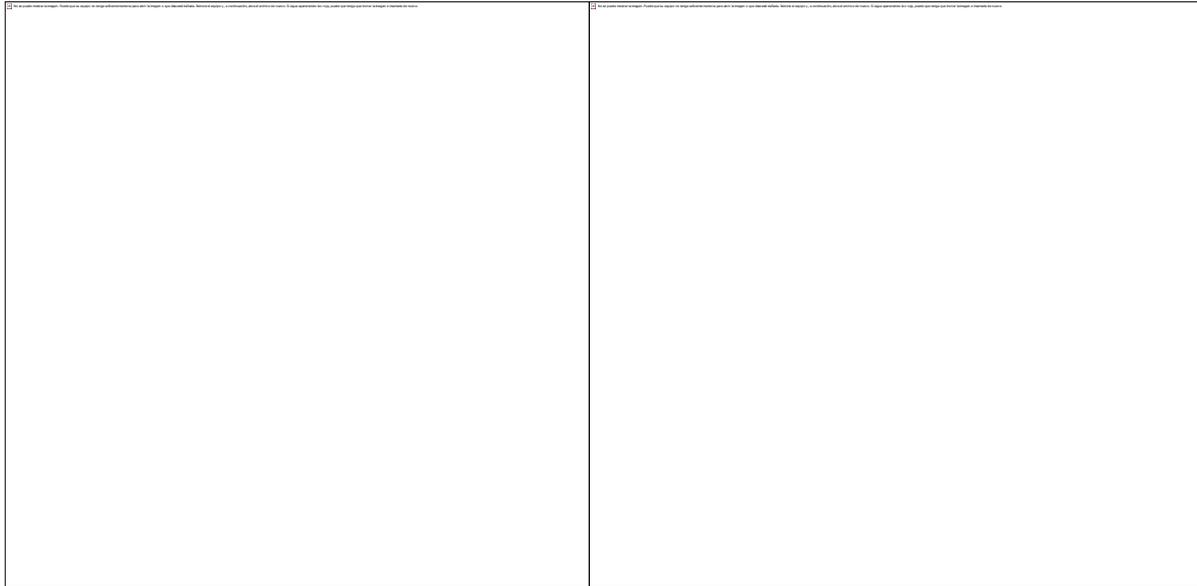
Hábitos tóxicos: Fumadora desde hace más de 15 años, una caja de cigarrillos diaria

Principales estudios que complementaron el diagnóstico:

- Hemograma: Hematocrito 0.31, Hemoglobina 93 g/L, Leucocitos  $14 \times 10^9/L$  (Stabb 00.1, Neutrófilos 0.60, Linfocitos 0.39, Monocitos 0.00, Eosinófilos 0.00)

- Eritrosedimentación: 110mm/h

- Rayos X de tórax de vista postero-anterior y con técnica de vértice: se visualiza radiopacidad heterogénea en lóbulo superior derecho de bordes irregulares.



- USG de vértice derecho: se observa una masa redonda de bordes bien definidos, de baja ecogenicidad, de aspecto sólido, que mide 28x28 mm de aspecto tumoral, con líquido alrededor de la imagen, pleura ecorrefringente y gruesa de 7mm.

- Broncoscopia: en ambos árboles bronquiales se observan signos de cronicidad, con abundantes secreciones espesas y adherentes. La mucosa de la entrada al lóbulo superior derecho se encuentra edematosa y enrojecida, sin presencia de T endobronquial.

- Esputo BAAR: Negativo

- Esputo bacteriológico: Negativo

- Esputo micológico: Negativo

- Lavado bronquial: Negativo

- Orina: proteínas 0x ml, hematíes 0x ml, Leucocitos 0x ml, cilindros 0x ml.

- BAAF: tumor de células no pequeñas de tipo Adenocarcinoma.

Diagnóstico clínico: Tumor de Pancoast derecho

#### Discusión

El tumor de Pancoast, también conocido como tumor del surco pulmonar superior, es una forma peculiar de presentación topográfica y biológica del cáncer de pulmón, con invasión

predominantemente parietal y tardía diseminación regional o a distancia.<sup>3</sup> Su expresión clínica es el síndrome de Pancoast: dolor en la espalda debido a que se afecta el octavo nervio cervical y el primero y el segundo nervios intercostales, con dolor del hombro que irradia en la distribución cubital del brazo, síndrome del plexo braquial (dolor, debilidad y atrofia de distribución cubital en el miembro superior), síndrome de Claude Bernard-Horner (miosis, enoftalmos, ptosis palpebral, anhidrosis). Radiológicamente se caracteriza por la presencia de una radiopacidad en el ápex pulmonar, que puede llegar a destruir las estructuras parietales a ese nivel.<sup>6,7</sup>

El diagnóstico del tumor de Pancoast se realiza mediante la biopsia por aspiración con aguja fina por punción transtorácica, la cual muestra el tipo histológico de cáncer en el paciente, y además con el cuadro clínico del mismo, dado por síntomas respiratorios acompañados de dolor en el miembro superior y hemitórax del lado en que se encuentre el tumor, y en ocasiones del síndrome de Horner, dado por enoftalmia, miosis, anhidrosis y ptosis palpebral del lado en que se encuentre el tumor.<sup>8</sup>

Es muy importante el diagnóstico temprano de esta enfermedad pues, por lo general, cuando el paciente acude al médico ya viene en una etapa avanzada de la misma, ya que en un primer momento del cuadro clínico le atribuyen el dolor en el miembro superior del lado del tumor a una cuestión a ser atendida por el servicio de Ortopedia, con lo que se retrasa el diagnóstico y, por ende, el tratamiento.<sup>8</sup>

En estos casos juega un papel trascendental el médico de familia, que como parte de las acciones realizadas en el nivel secundario de la prevención de enfermedades no transmisibles lleva a cabo actividades dirigidas al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de estas enfermedades, tales como el pesquisar de los síntomas de estas afecciones principalmente en los pacientes con riesgo elevado de padecerlas como es el caso de la paciente en cuestión pues sus padres fallecieron de cáncer, lo que la predispone genéticamente a padecer esta enfermedad. Seguidamente a la pesquisa de los síntomas, el médico procede a realizar un examen físico detallado a la paciente buscando signos de la enfermedad, y le indica la realización de varios exámenes complementarios en los que apoyarse para establecer el diagnóstico. Una vez que cuente con los elementos necesarios para sospechar el probable diagnóstico de la patología, dígase los antecedentes patológicos personales y familiares, los factores de riesgo y los hallazgos en los exámenes complementarios a los que tenga acceso, debe remitir al paciente a un centro de atención especializado (el hospital de referencia) para valorar el caso por un grupo multidisciplinario para realizar estudios de confirmación diagnóstica, y seguidamente estadiar el caso en el grupo, indicar tratamiento y cumplir seguimiento.<sup>9,10</sup>

El diagnóstico diferencial del tumor de Pancoast comprende enfermedades como la Tuberculosis, en esta paciente se descarta pues no ha estado en contacto con otra persona que la tenga o en algún lugar donde sea frecuente, la tos no ha incrementado la frecuencia, sigue siendo seca, con expectoración poco frecuente, no refiere dolor torácico al respirar; se descarta un absceso pulmonar pues el esputo no es purulento, no tiene olor y sabor desagradables, tampoco presenta aliento fétido; se descarta una neumonía pues la paciente no presenta tos húmeda, al examen físico no presenta estertores húmedos de tipo crepitantes; se descarta una bronquiectasia pues la paciente no presenta tos húmeda con expectoración abundante en la mañana, fétida, purulenta, que deje sabor a yeso.<sup>11</sup>

La combinación de radio-quimioterapia y cirugía es el tratamiento de elección para los pacientes con cáncer de pulmón en forma de tumor de Pancoast, además de brindarle apoyo psicológico al paciente y sus familiares.<sup>10,12</sup>

El caso es relevante pues no es una afección que se presente con mucha frecuencia en nuestra provincia, muestra la importancia de conocer los tipos de presentación del cáncer de pulmón, para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, así como el papel del médico de familia en estos casos.

## Conclusiones

Podemos afirmar que el Síndrome de Pancoast es una de las formas de presentación del cáncer pulmonar, donde se visualiza un tumor en el vértice del mismo, se diagnostica mediante el cuadro clínico del paciente y un estudio anatomopatológico el cual determina la variedad histológica de cáncer de pulmón, en este caso una biopsia por aspiración con aguja fina por punción transtorácica, y el tratamiento más efectivo es la combinación de radio-quimioterapia y cirugía. En el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta patología juega un papel muy importante el médico del consultorio familiar.

## Referencias bibliográficas

1. Arrieta Oscar, Lazcano Eduardo. Cáncer de pulmón. El peso de la enfermedad y avances en el diagnóstico y tratamiento. Salud Pública Mex[revista en la internet] 2019 Jun [Citado 2024 Feb 20] ; 61(3): 217-218. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342019000300217&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000300217&lng=es). Epub 03-Mar-2020. <https://doi.org/10.21149/10660>.
2. Acosta Reynoso Idania María, Remón Rodríguez Laritza, Segura Peña Roger, Ramírez Ramírez Gisela, Carralero Rivas Ángel. Factores de riesgo en el cáncer de pulmón. ccm [Internet]. 2019 Mar [citado 2024 Feb 20] ; 20( 1 ): 42-55. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es).

3. Ayala León Silvia Josefina, Agüero Miguel Antonio, Gauna Cinthia, Ayala León Miguel. Factores etiológicos y caracterización de pacientes con cáncer de pulmón en el Instituto Nacional del Cáncer, Paraguay. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2020 Mar [cited 2024 Feb 20] ; 7( 1 ): 56-65. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2312-38932020000100056&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932020000100056&lng=en). <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.01.56-065>.
4. Castañeda, Roberto & Hernández-Gómez, Elvis & González, Ernesto & Labrador, Liyanis & Ramos-Cordero, Angel. (2019). Tumor de Pancoast. Informe de un caso. [Citado 2024 Feb 20] Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/333489201\\_Tumor\\_de\\_Pancoast\\_Informe\\_de\\_un\\_caso](https://www.researchgate.net/publication/333489201_Tumor_de_Pancoast_Informe_de_un_caso).
5. Cabo García Adriana, del Campo Mulet Ernestina, Rubio González Tamara, Nápoles Smith Nancy, ColumbieReguífero Justa Carmen. Aspectos clínicos y epidemiológicos en pacientes con cáncer de pulmón en un servicio de neumología. MEDISAN [Internet]. 2018 Abr [citado 2024 Feb 20] ; 22( 4 ): 394-405. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192018000400009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000400009&lng=es).
6. Villalobos Mora C, Mora Hernández GA. Tumor de Pancoast. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [Internet] 2018; LXXII(614)153-157. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=58602>
7. KhosraviShahiP.. Síndrome de Pancoast (tumor de sulcus pulmonar superior): revisión de la literatura. An. Med. Interna (Madrid) [Internet]. 2005 Abr [citado 2024 Feb 20] ; 22( 4 ): 44-46. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-71992005000400010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992005000400010&lng=es).
8. Pérez-Velázquez E, Reyes-Góngora D, Suárez-Tristá M. Diagnóstico de tumor de Pancoast. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2024]; 41 (8) Disponible en: <https://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/853>
9. Alvarez Sintés R, Hernández Cabrera GV, GarcíaNuñez RD, Barcos Pina I, Baster Moro JC. Medicina General Integral; [Internet]. 4.ed.T. 1. Vol. 2. Salud y medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022. Disponible en <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomo-ii-salud-y-medicina-vol-2-4ta-ed>
10. Alvarez Sintés R, Hernández Cabrera GV, GarcíaNuñez RD, Barcos Pina I, Baster Moro JC. Medicina General Integral; [Internet]. 4.ed.T. 2. Vol. 1. Principales afecciones en los contextos familiar y social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2022. Disponible en <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/medicina-general-integral-tomo-ii-principales-afecciones-en-los-contextos-familiar-y-social-vol-1-4ta-ed>
11. Villena-Suarez, Juliana R. et al. Tuberculosis que imita cáncer: casos derivados al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima-Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]. 2018, v. 35, n. 1 [Accedido 20 Febrero 2024] , pp. 77-83. Disponible en: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3602>>. ISSN 1726-4642. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3602>.

12. Fleites González Gilberto, Guerra Mesa José Luis, Collado Otero Juan Carlos, Areces Delgado Fernando, Alsina Sarmiento Sofía, Marinello Guerrero Jorge Juan. Tumor de Pancoast: tratamiento con intención curativa, Resultados en 36 pacientes (informe preliminar). Rev Cubana Cir [Internet]. 2005 Sep [citado 2024 Feb 20] ; 44( 2-3 ). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932005000200002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932005000200002&lng=es).