



Seudosíndrome de Pancoast por un tumor fibroso solitario pleural

Sr. Director: Las neoplasias pleurales primitivas son entidades poco frecuentes. El tumor fibroso solitario pleural (TFSP) es una variedad benigna de tumor pleural primitivo de crecimiento lento y localizado, aunque en ocasiones puede tener un comportamiento agresivo¹. Por lo común, la clínica es silente, y se detectan casualmente en una radiografía de tórax en el contexto de otras exploraciones. Presentamos el caso clínico de un paciente con diagnóstico final de TFSP que comenzó con un cuadro clínico y radiológico compatible con un síndrome de Pancoast.

Varón de 53 años, con antecedentes de tabaquismo y tuberculosis en la infancia, que consultó por fiebre, malestar general, aumento de su disnea habitual y dolor en la zona escapular derecha de características mecánicas irradiado al miembro superior del mismo lado. En la exploración destacaba una hipofonía derecha generalizada. En la radiografía de tórax se evidenció una gran masa pulmonar en el lóbulo pulmonar superior derecho. La analítica era normal.

Se realizó una tomografía computarizada de tórax (fig. 1), que puso de manifiesto una masa pulmonar de 9 cm que ocupaba la práctica totalidad del segmento apical del lóbulo superior derecho y entraba en contacto con los 3 primeros arcos costales posteriores y con la cara medial de los primeros cuerpos vertebrales dorsales. El aspecto radiológico de la lesión era compatible con un proceso neofor-mativo primario pulmonar. La fibrobroncoscopia no mostró alteraciones de significación y el estudio citológico fue negativo. Se intentó una punción aspirativa con aguja fina que objetivó fragmentos de tejido fibroso y vascular, sin evidencia de malignidad. Los marcadores tumorales fueron negativos. Al no lograrse un diagnóstico histológico de la masa se decidió llevar a cabo una biopsia de McGoon (abordaje diagnóstico transcervical). La muestra obtenida se describió como una proliferación mesenquimal fusocelular sin criterios de malignidad. El estudio inmunohistoquímico planteó el diagnóstico de un TFS; sin embargo, la escasa representación tumoral de la muestra, así como los datos clínicos y radiológicos, no permitió establecer este diagnóstico con certeza. Dadas las circunstancias se decidió llevar a cabo una toracotomía derecha exploradora y resección si procediera. Con gran dificultad y después de prever que el tumor podía liberarse, se practicó una lobectomía superior derecha. El informe de anatomía patológica fue compatible con un TFS de 8,5 cm, con abundante necrosis, márgenes de resección libres y 4 ganglios, sin evidencia de neoplasia. El paciente experimentó una progresiva mejoría del dolor escapular irradiado y fue dado de alta.

El síndrome de Pancoast es una entidad clínica asociada al crecimiento tumoral en el *sulcus* superior del pulmón y a la invasión y destrucción de las estructuras neurológicas en esa zona. El síntoma inicial y más frecuente es el dolor localizado en la espalda, presente en un 90% de los casos². Como métodos diagnósticos de imagen se emplea la tomografía computarizada y la resonancia magnética torácicas. El diagnóstico histológico es

Fig. 1. Tomografía computarizada de tórax, donde se observa una gran masa pulmonar en contacto con la pared torácica.

difícil dada su localización poco accesible a la broncoscopia o a la punción transtorácica³. En el caso presentado el paciente desarrolló un cuadro clínico y radiológicamente similar al de un síndrome de Pancoast; sin embargo, la histología final resultó compatible con un TFS. Éste se considera una variedad benigna de tumor pleural primitivo, aunque del 13 al 23% de los casos tienen un comportamiento agresivo, con invasión local, diseminación intratorácica y recidivas⁴. La clínica se encuentra relacionada con el tamaño del tumor y los efectos compresivos que produce, disnea progresiva, dolor torácico y, en casos avanzados, compresión de estructuras como el plexo braquial o la vena cava superior⁵. Aunque histológicamente se consideran tumores benignos, dado el riesgo de recurrencia y malignización su tratamiento es la resección quirúrgica y el seguimiento a largo plazo⁴. En nuestro caso la clínica y radiología del paciente eran más indicativas de una neoplasia pulmonar maligna que de una neofor-mación pleural benigna. La toma de muestras mediante la biopsia de McGoon⁶ no fue sencilla y los resultados obtenidos (a pesar del estudio inmunohistoquímico indicativo de TFS) no podían descartar que el espécimen correspondiese a la cápsula de un tumor maligno. Finalmente, la exéresis radical del tu-

mor fue posible, y con una mejoría espectacular del supuesto síndrome de Pancoast.

J.J. Fibla, J.C. Penagos y C. León

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau. Barcelona. España.

1. Briselli M, Mark EJ, Dickersin GR. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Cancer* 1981;47:2678-89.
2. McLaughlin JS. Superior sulcus tumors. En: Glenn WWL, editor. *Thoracic and cardiovascular surgery*. 6th ed. Norwalk: Appleton Century Crofts, 1996; p. 445-57.
3. Martinod E, D'Audiffret A, Thomas P, Wurtz AJ, Dahan M, Riquet M, et al. Management of superior sulcus tumors: experience with 139 cases treated by surgical resection. *Ann Thorac Surg* 2002;73:1534-9.
4. Altinok T, Topçu S, Tastepe AI, Yazici U, Çetin G. Localized fibrous tumors of the pleura: clinical and surgical evaluation. *Ann Thorac Surg* 2003;76:892-5.
5. Gómez Huelgas R, Martín Villascargas JJ, Ruiz Morales MJ, et al. Síndrome de vena cava superior secundario a mesotelioma fibroso pleural. *Arch Bronconeumol* 1994;30:269-71.
6. McGoon DC. Transcervical technique for removal of specimen from superior sulcus tumor for pathologic study. *Ann Surg* 1964;159:407.