

## Síndrome de Pancoast producido por tuberculosis pulmonar

M. Arenas Gordillo, F. Ortega Ruiz, R. Otero Candelera, A. Caballero Oliver<sup>a</sup>, A. Blanco Orozco<sup>b</sup> y E. Calderón Osuna

Servicio de Neumología. <sup>a</sup>Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía de Tórax. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

El síndrome de Pancoast tiene un origen neoplásico en un 95% de las ocasiones y una infección como causa del mismo es muy poco frecuente. Se describe un caso de tumor de Pancoast secundario a tuberculosis, donde el dolor producido por la plexopatía y la falta de diagnóstico mediante las técnicas menos invasivas, llevó al paciente a que ese tuviera que realizar una biopsia abierta.

**Palabras claves:** Síndrome de Pancoast. Tuberculosis. Plexo braquial.

(Arch Bronconeumol 1998, 34: 266-268)

Pancoast syndrome caused by pulmonary tuberculosis

Pancoast's syndrome arises from neoplasms in 95% of cases but infection is a rare cause. We describe a patient with Pancoast's tumor secondary to tuberculosis. Pain caused by plexopathy and lack of diagnosis by noninvasive means led to the need for open biopsy.

**Key words:** Pancoast's syndrome. Tuberculosis. Braquial plexus.

### Introducción

El síndrome de Pancoast se caracteriza por una lesión apical, dolor, síndrome de Horner y afectación del plexo braquial<sup>1</sup>. Actualmente se acepta la denominación de tumor de Pancoast a una ocupación del vértice pulmonar más un síntoma, que con mayor frecuencia es el dolor.

Este síndrome es la forma de presentación del 3% de todos los cánceres pulmonares, y es la forma más común de afectación maligna no metastásica del plexo braquial. La etiología en un 95% es neoplásica, siendo el carcinoma epidermoide el más frecuente<sup>2</sup>. Entre las patologías no tumorales se han descrito casos aislados de etiología infecciosa como *Staphylococcus*<sup>3</sup>, *Pseudomonas*, criptococosis, *Echinococcus* o tuberculosis.

Presentamos un caso de tumor de Pancoast, caracterizado por la presencia radiográfica de una masa apical derecha y sintomatología consistente en dolor de irradiación braquial, que incapacitaba al enfermo para su actividad habitual. El diagnóstico anatomopatológico fue de silicoantracosis con tuberculosis acompañante.

### Caso clínico

Varón de 64 años, trabajador de la construcción. Entre sus antecedentes personales, destacaban la enucleación del ojo izquierdo por glaucoma. Era fumador de 20 cigarrillos al día. Desde varios años antes, presentaba tos con expectoración crónica con catarros invernales frecuentes. No había padecido tuberculosis previa, ni conocía contactos cercanos.

Fue remitido a nuestras consultas desde urgencias, donde había acudido por dolor en el hombro derecho, con irradiación a la parte posterior de cuello, hemitórax derecho, espalda y zona posterointerna del brazo derecho. Lo presentaba desde hacía 3 semanas, y era de carácter intermitente e incapacitante para el enfermo. La radiografía de tórax (fig. 1) evidenciaba un infiltrado en la zona apical de lóbulo superior derecho, homogéneo y con aspecto de masa. Las baciloscopias de esputo practicadas en el área de urgencias, así como nuestras consultas fueron negativas. Dados los antecedentes de tabaquismo se sospechó un síndrome de Pancoast de origen neoplásico. No había presentado síndrome constitucional, fiebre, ni otros síntomas respiratorios.

El hemograma, bioquímica sanguíneas y gasometría arterial fueron normales. La espirografía evidenciaba una ligera obstrucción.

Se realizó fibrobroncoscopia, en la que macroscópicamente no había hallazgos, salvo datos de broncopatía crónica. Los cepillados del lóbulo superior derecho y la biopsia en profundidad, así como el broncoaspirado, fueron negativos tanto en su estudio anatomopatológico como microbiológico.

Al no remitir el dolor con analgesia convencional se colocó un catéter epidural para la introducción de analgésicos mayores.

Correspondencia: Dr. M. Arenas. Santa Ana, 21, 3.º. 41002 Sevilla.

Recibido: 28-8-97; aceptado para su publicación: 18-11-97.

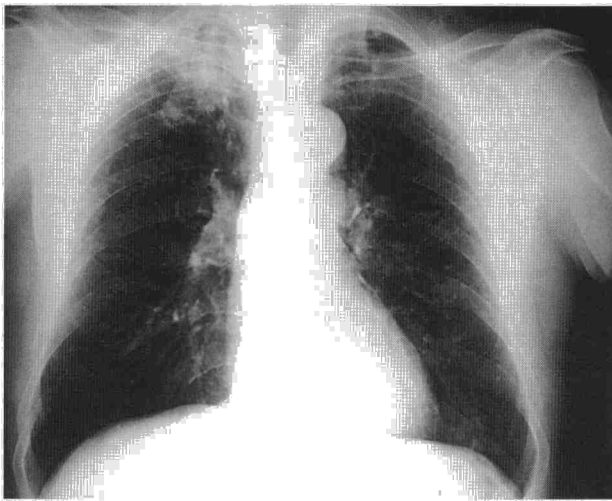


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax, en la que se observa un infiltrado en el vértice pulmonar derecho, de bordes mal definidos y con una zona central más densa, con aspecto de masa.

Una semana después, el paciente es ingresado al comenzar con fiebre de 4 días de evolución. La fiebre cedía al administrar la dosis de mórforo a través del catéter, por lo que se catalogó de fiebre tumoral.

En la TAC de tórax (fig. 2) se observó una masa pulmonar de contornos lobulados en el segmento apical posterior del lóbulo superior derecho, con "reguero pleural". Además se describían signos de tuberculosis fibrótica nodular, cavitada y con bronquiectasias focales. Adenopatías mediastínicas de aproximadamente 1 cm en cadena traqueobronquial derecha.

Ante la negatividad del estudio broncoscópico se realizó punción-aspiración con aguja y control de TAC, siendo negativa para neoplasia. Durante su ingreso presentó algunos episodios de febrícula, realizándosele hemocultivos seriados que fueron negativos, y hubo que aumentar la dosis de mórforo por el dolor.

Se practicó una gammagrafía ósea, que fue normal.

Teniendo en cuenta la falta de diagnóstico y el dolor intenso que presentaba el paciente se propuso intervención quirúrgica, realizándosele lobectomía superior derecha. Las baciloscopias de la muestra de tejido resecado y enviado a anatomía patológica en el mismo acto quirúrgico fueron positivas, y posteriormente fue informada anatomopatológicamente como: silicoantracosis de grado medio, con granulomas caseificantes tipo tuberculoso y ganglios linfáticos con nódulos silicoantracóticos.

Tras la intervención desapareció el dolor y comenzó con una pauta habitual de 6 meses con tuberculostáticos. En la última revisión, 9 meses después, había completado el tratamiento correctamente y continuaba asintomático.

## Discusión

La etiología del síndrome de Pancoast es neoplásica en un 95% de los casos, siendo el carcinoma de pulmón la causa más frecuente<sup>2</sup>. Se han descrito otras estirpes tumorales metastásicas entre las que se encuentran: tiroides, laringe, hígado, riñón<sup>4</sup>, mieloma múltiple, plasmocitoma extramedular, carcinoma adenoide quístico<sup>5</sup>, linfoma<sup>6</sup>, hemangiopericitoma<sup>7</sup> o mesotelioma. La patología no tumoral es rara y tan sólo se han descrito casos aisla-

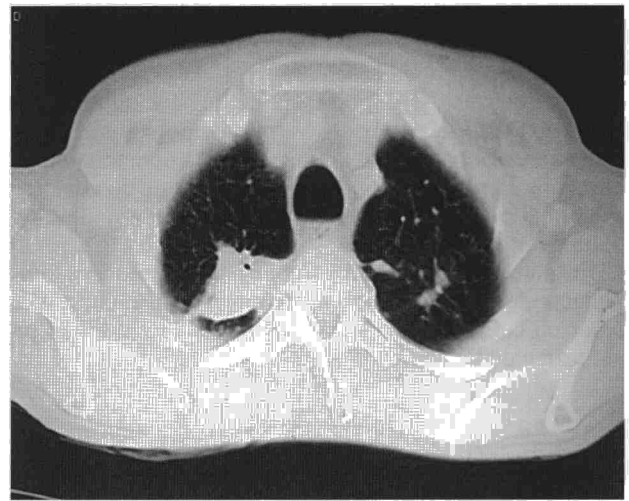


Fig. 2. Corte de TAC de tórax en los vértices pulmonares. Se observa una masa de bordes lobulados, con "reguero pleural", situada en el segmento posterior del lóbulo superior derecho.

dos producidos por infecciones como actinomicosis, *Pseudomonas*, *Staphylococcus*<sup>3</sup> y tuberculosis<sup>8</sup>.

El hallazgo de lesiones fibróticas residuales en los vértices pulmonares es muy frecuente en nuestro medio. Pero cuando este hallazgo se asocia a un dolor persistente en el hombro y/o afectación radicular del miembro superior, siempre nos debe hacer descartar un proceso neoplásico.

El dolor es el síntoma más frecuente del síndrome de Pancoast, presentándose en un 90%<sup>9</sup> de los pacientes. La afectación de la pleura parietal origina dolor en el hombro. Cuando se implica la pared torácica y nervios intercostales, el dolor se extiende hacia la escápula, y cuando se afectan el plexo braquial inferior el dolor se irradia a parte medial e interna de brazo. Por último puede afectar al ganglio estrellado originando el síndrome de Claude-Bernard-Horner.

La afectación de la pleura parietal y las raíces nerviosas se puede producir tanto por compresión como infiltración. En nuestro caso se trata de un proceso inflamatorio con formación de fibrosis y en última instancia la presencia anatomopatológica de una silicoantracosis con tuberculosis. Se han publicado casos de procesos fibrosantes a este nivel con una sintomatología similar<sup>3</sup>.

Es muy significativo la gran afectación dolorosa que presentaba este paciente, considerando que se trataba de un proceso benigno. Por otra parte, el cirujano no encontró invasión de la pleura parietal, por lo que debemos asumir que la afección radicular estaba originada por compresión, ya descrita en otras publicaciones<sup>9</sup>. El origen del dolor no nos crea dudas ya que una vez realizada la lobectomía desapareció.

El diagnóstico de los tumores localizados en el *sulcus* superior entraña dificultades por su situación periférica. El cepillado y broncoaspirado a través de la broncoscopia tienen una baja rentabilidad (25-30%). Sin embargo, cuando se asocian a una biopsia transbronquial la sensibilidad aumenta<sup>10</sup>.

Se obtiene mayor rentabilidad con la punción-aspiración con aguja fina transtorácica con control de TAC, lográndose positividades en algo más del 90%.

Es de destacar la importancia de llegar a un diagnóstico etiológico de la lesión, ya que como se ha demostrado en este caso existen enfermedades potencialmente curables. Por otra parte, la prontitud en el diagnóstico mejora el pronóstico incluso en los de origen maligno y evita complicaciones.

En nuestro medio, la tuberculosis y la fibrosis acompañante debe ser uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta a la hora de valorar al paciente con un síndrome de Pancoast.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Pancoast HK. Superior pulmonary sulcus tumor: tumor characterized by pain, Horner's syndrome, destruction of bone and atrophy of hand muscles. JAMA 1932; 99: 1.391-1.392.
2. Shaw RR. Pancoast tumor. Ann Thorac Surg 1984; 37: 343-345.
3. Gallagher KJ, Jeffrey RR, Kerr KH, Steven NM. Pancoast syndrome: an unusual complication of pulmonary infection by *Staphylococcus aureus*. Ann Thorac Surg 1992; 53: 903-904.
4. Arias F, Martínez E, Illarramendi JJ, Santamaría M, Urbieto M. Síndrome de Horner y plexopatía braquial en un paciente de 72 años. Rev Clin Esp 1993; 193: 455-456.
5. Hatton MQ, Allen MB, Cooke NJ. Pancoast syndrome: an unusual presentation of adenoid cystic carcinoma. Eur Respir J 1993; 6: 271-272.
6. Wang JC, Finn NG, Nimmagadda N, Reddy D. Pancoast's syndrome in a patient with malignant lymphoma. Cancer 1989; 64: 2.588-2.590.
7. Chong KM, Hennox SC, Sheppard MN. Primary hemangiopericytoma presenting as a Pancoast tumor. Ann Thorac Surg 1993; 55: 518-519.
8. Paulson DL. Superior sulcus tumours: results of combined therapy. NY State J Med 1971; 71: 2.050-2.057.
9. Vargo MM, Flood KM. Pancoast tumor presenting as cervical radiculopathy. Arch Phys Med Rehabil 1990; 71: 606-609.
10. Echave-Sustaeta JM, Villena MV, López Encuentra A, De Miguel Poch E. Síndrome de Pancoast secundario a carcinoma de células pequeñas. Diagnóstico mediante biopsia transbronquial. An Med Inter 1994; 2: 345-346.

---

### INFORMACIÓN

*Conférence internationale:*

**Diagnostic et traitement  
des anomalies respiratoires  
au cours du sommeil**

*International conference:*

**Diagnosis and treatment of sleep  
breathing disorders**

Grenoble - France / 9-11 décembre 1998

---

### Fe de errores

En el trabajo "Normativa para los tests de provocación bronquial inespecífica", de A. Valencia Rodríguez et al (*Arch Bronconeumol* 1998; 34: 36-44) se han detectado los siguientes errores:

En la página 41, *donde dice* Te: temperatura del aire "inspirado", *debe decir* aire "espirado".

Así mismo, en la misma página *donde dice* en Wce también corresponde a aire espirado.

Por último, *donde dice* HC, *debe decir* HV.

En el artículo "Nomenclatura y clasificación de las micobacterias", de J. Ruiz Manzano et al (*Arch Bronconeumol* 1998; 34: 154-157), se han producido una serie de errores tipográficos:

Donde dice *M. Kansaii*, debe decir *M. kansasii*.

Donde dice *M. porcinum*, debe decir *M. Porcinum*

Donde dice *M. proriferae* y *M. pulveris*, aparecen repetidos.

Recientemente se ha notificado una nueva especie de micobacteria, se trata de *M. heidelbergense*, descrito por Hass WH et al (1977) cepa tipo ATCC 51253.