



MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO Y SÍNDROME DE PANCOAST

M. Llordés Llordés*, R. Rami Porta, G. González Pont** y M. Cuesta Palomero

Servicios de Cirugía Torácica, *Medicina Interna y **Anatomía Patológica. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona.

Una paciente de 77 años de edad, afecta de derrame pleural derecho, fue diagnosticada, mediante biopsia pleural tomada en el curso de una pleuroscopia, de mesotelioma epitelial maligno. Se le practicó pleurodesis química con clorhidrato de tetraciclina. No hubo recidiva del derrame hasta el fallecimiento de la enferma, cuatro meses después del diagnóstico.

A los dos meses del diagnóstico, la paciente presentó un síndrome típico de Pancoast, coincidiendo con un crecimiento de las masas pleurales a nivel apical derecho, claramente visible en la radiografía posteroanterior de tórax.

El síndrome de Pancoast suele aparecer asociado a un carcinoma de pulmón, frecuentemente de tipo escamoso, localizado en la zona apicoposterior del pulmón. Su aparición en el curso evolutivo de un mesotelioma pleural maligno es excepcional.

Arch Bronconeumol 1991; 27:185-187

Malignant pleural mesothelioma and Pancoast syndrome.

A malignant pleural mesothelioma was diagnosed in a 77 years old woman by means of a pleural biopsy obtained during a pleuroscopy in the course of a right pleural effusion. Chemical pleurodesis with tetracycline hydrochloride was performed. Pleural effusion did not relapse until the patient died four months after the diagnosis was made. Two months after the diagnosis a typical Pancoast syndrome developed in association with growing of right apical pleural mass detectable at the posteroanterior chest radiograph.

Pancoast syndrome is frequently associated with pulmonary carcinoma specially of the squamous type localized at the pulmonary apicoposterior region. The occurrence of this syndrome in cases of pleural mesothelioma is extremely rare.

Introducción

En 1932, Pancoast¹ describió un síndrome que se caracterizaba por la presencia de un dolor continuo a nivel del hombro, irradiado al brazo siguiendo el trayecto del nervio cubital, así como por la existencia de síndrome de Horner (ptosis palpebral, miosis, enoftalmos y anhidrosis ipsilateral) y, en casos muy evolucionados, atrofia de los músculos de la mano. En cuanto a los hallazgos radiológicos, existía siempre una afectación de la zona apical del tórax, con destrucción costal en algunas ocasiones.

Este síndrome suele aparecer asociado a un carcinoma pulmonar, frecuentemente de tipo escamoso, con crecimiento en la zona apical del pulmón. El síndrome de Pancoast es debido a la invasión tumoral de las estructuras vecinas, con afectación del 8.º nervio cervical, los dos primeros dorsales, la cadena simpática y el ganglio estrellado. Aproximadamente un 2 % de los carcinomas broncogénicos operados cursan en su evolución con síndrome de Pancoast². Su aparición en el curso de un mesotelioma es excepcional^{3,4}, de ahí nuestro interés por presentar el caso.

Recibido el 7-11-1990 y aceptado el 8-1-1991.

Caso clínico

Mujer de 77 años de edad, sin hábitos tóxicos ni alergias conocidas. Como antecedente epidemiológico cabe destacar el haber trabajado un año en una fábrica de plásticos durante su juventud. Acudió a Urgencias por un cuadro de tres semanas de evolución, caracterizado por dolor en hemitórax derecho y sensación disneica progresiva, astenia, anorexia y pérdida de 4 kg de peso. A la exploración física cabía destacar la semiología propia de una ocupación pleural. Las radiografías posteroanterior y lateral de tórax mostraron la presencia de un derrame pleural derecho y engrosamiento de la pleura parietal (fig. 1). Mediante toracocentesis se obtuvo un exudado de predominio linfocítico y citología sugestiva de malignidad (sospechosa de adenocarcinoma). La búsqueda del posible adenocarcinoma mediante múltiples pruebas complementarias (mamografía, ecografía abdominal y ginecológica y TAC abdominal) resultó infructuosa.

Se procedió a la práctica de una pleuroscopia que evidenció la presencia de múltiples nódulos de aspecto tumoral en pleura costal, diafragmática y visceral. Se tomaron biopsias a todos estos niveles y el diagnóstico anatomopatológico fue mesotelioma epitelial maligno (fig. 2). Posteriormente, se realizó una pleurodesis química con clorhidrato de tetraciclina. Fue dada de alta con reexpansión clínica y radiológica del pulmón y un mínimo pinzamiento del seno costofrénico derecho.

A los cuarenta días del alta, acudió a control ambulatorio aquejando dolor torácico moderado, sin disnea. En las radiografías de tórax no se evidenció derrame pleural, pero sí una progresión de las masas pleurales, en especial en la zona apical (fig. 3). Dos meses después, acudió de nuevo a Urgencias por un incremento importante del dolor torácico, además de la aparición de un intenso dolor en

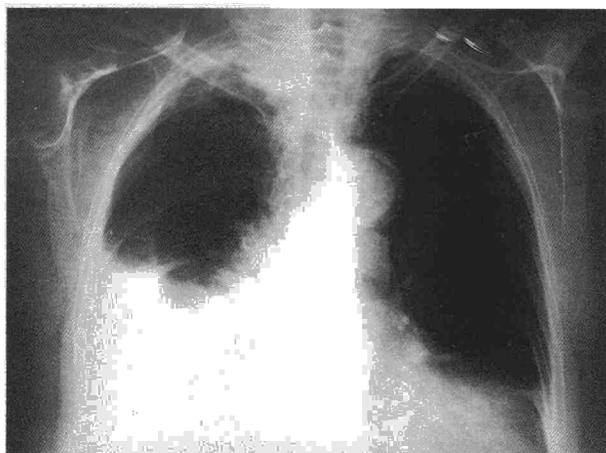


Fig. 1. Radiografía posteroanterior de tórax en el primer ingreso de la paciente. Derrame pleural derecho y discreto engrosamiento pleural.

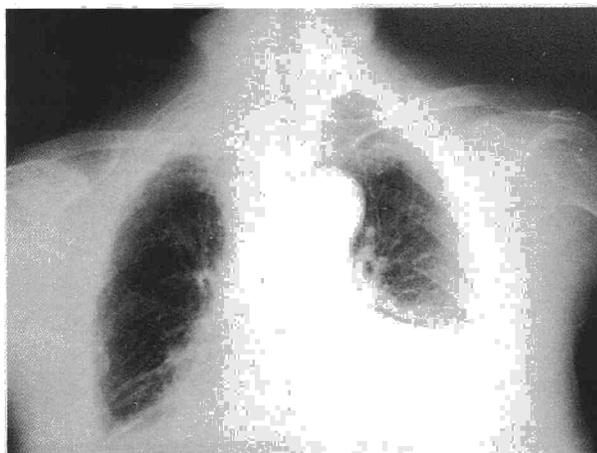


Fig. 3. Radiografía posteroanterior de tórax. Crecimiento de las masas pleurales derechas, sobre todo en la zona apical, al mes y medio del diagnóstico.

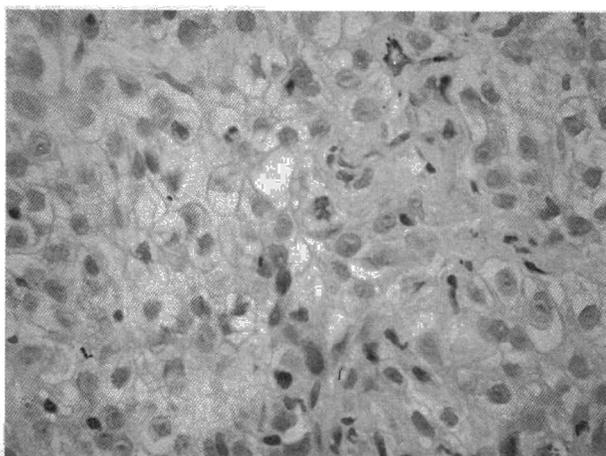


Fig. 2. Biopsia pleural. Marcada proliferación mesotelial con atipias nucleares y mitosis (HE x 400).

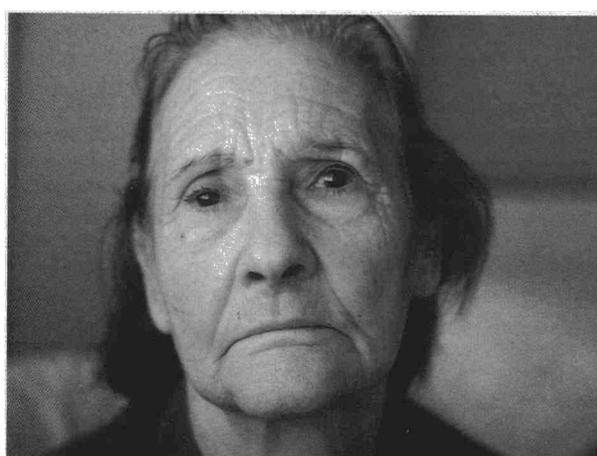


Fig. 4. Facies de la paciente a los dos meses del diagnóstico. Enoftalmos y ptosis palpebral derecha.

hombro y borde cubital de la extremidad superior derecha desde el hombro al 4.º y 5.º dedos. A la exploración, era evidente un considerable deterioro del estado general y la presencia de enoftalmos, miosis y ptosis palpebral del ojo derecho (fig. 4). Fue necesaria la utilización de preparados opiáceos para calmar el dolor. La paciente falleció a los cuatro meses del diagnóstico.

Discusión

El mesotelioma pleural maligno es un tumor muy agresivo, poco frecuente (unos 5 casos por millón de diagnósticos de cáncer⁵), de difícil diagnóstico y controvertido tratamiento. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico es de unos 3 o 4 meses^{5,6}. La supervivencia media desde el diagnóstico oscila entre 8 y 15 meses según las series^{4,7-9}.

En los años 60 quedó bien establecida la asociación entre el mesotelioma y la exposición al asbesto¹⁰. Este antecedente epidemiológico sólo se registra en algo más de la mitad de los casos. El tiempo de exposición oscila de meses a años y el tiempo de latencia entre exposición y aparición de los síntomas puede llegar a

ser de muchos años (media de 32 años)⁵. En el caso que nos ocupa, se produjo la exposición durante 12 meses unos 57 años antes. Las dos terceras partes de los pacientes diagnosticados de mesotelioma se encuentran entre los 50 y los 70 años de edad. La proporción por sexos es de 2-4 varones por 1 mujer aproximadamente^{5,11}.

Para llegar al diagnóstico de certeza, está bien establecido que el mejor método es la biopsia por toracotomía¹². La toracotomía permite la obtención de abundante material para la biopsia, lo que facilita el diagnóstico anatomopatológico. Una alternativa válida, en especial en los casos en que hay derrame pleural, es la pleuroscopia¹³. En el caso de nuestra paciente, la macroscopia de las lesiones pleurales tanto a nivel costal como diafragmático y visceral en forma de nódulos de diversos tamaños y el examen anatomopatológico dieron el diagnóstico inequívoco de mesotelioma epitelial maligno.

Esta paciente refería dolor torácico poco intenso inicialmente, pero continuo, con disnea y pérdida de



peso, síntomas muy frecuentes en el cuadro inicial del mesotelioma. Otros síntomas y signos que pueden existir son tos, hemoptisis y fiebre.

El líquido pleural se reacumula con gran facilidad, pero, conforme avanza la enfermedad, la pleura está más afectada y la cavidad pleural se oblitera, comportándose como una coraza. Esto impide la reacumulación de líquido, pero también la expansión del pulmón.

En la evolución natural del mesotelioma se produce una infiltración de los órganos vecinos (vértebras, esófago, tráquea, vena cava superior, raíces nerviosas, etc) lo que puede dar lugar a disfagia, obstrucción de vías aéreas, paraplejía, síndrome de obstrucción de la vena cava superior y síndrome de Pancoast³.

La aparición del síndrome de Pancoast en esta paciente puede atribuirse al crecimiento del tumor a nivel de la zona apical del pulmón, como puede observarse en la radiografía evolutiva (fig. 3). La existencia de este síndrome en el curso de un mesotelioma pleural maligno es rara, pero no excepcional^{3,4}. Si el crecimiento tumoral se produce a nivel ápico posterior del hemitórax, pueden afectarse tanto el ganglio estrellado como las últimas raíces del plexo braquial, así como la pared torácica, produciendo el clásico síndrome de Pancoast. Este síndrome se ve con mayor frecuencia en el curso de un carcinoma escamoso de pulmón en localización apical y más raramente en patologías benignas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pancoast HK. Superior pulmonary sulcus tumor. JAMA 1932; 99:1.391-1.396.
2. Rami Porta R, Bravo Bravo JL, Varela de Ugarte A et al. Cáncer de pulmón con invasión de la pared torácica. Bol Fund Jiménez Díaz 1983; 10:85-90.
3. Antman KH. Clinical presentation and natural history of benign and malignant mesothelioma. Sem Oncol 1981; 3:313-320.
4. Hillerdal G. Malignant mesothelioma 1982: a review of 4.710 published cases. Br J Dis Chest 1983; 77:321-343.
5. Ruffie P, Feld S, Minkin Y et al. Diffuse malignant mesothelioma of pleura in Ontario and Quebec: a retrospective study of 332 patients. J Clin Oncol 1989; 7:1.157-1.168.
6. Chahinian AP, Holland JF. Treatment of diffuse malignant mesothelioma: a review. Mount Sinai J Med 1978; 45:54-67.
7. Antman KH, Blum RH, Greenberger JS et al. Multimodality therapy for malignant mesothelioma based on a study of natural history. Am J Med 1980; 68:356-362.
8. McCormack PM, Nagasaki F, Hilaris BS et al. Surgical treatment of pleural mesothelioma. J Thorac Cardiovasc Surg 1982; 84:834-842.
9. López Encuentra A, Varela Simó G, Sotelo Rodríguez T. Mesoteliomas pleurales malignos. Descripción de 23 casos con análisis de supervivencia. Rev Clin Esp 1987; 181:496-502.
10. Whitewell F, Rawcliffe M. Diffuse malignant pleural mesothelioma and asbestos exposure. Thorax 1971; 26:6-22.
11. Antman KH. Natural history and staging of malignant mesothelioma. Chest 1989; 96(suppl July):935-955.
12. Shearin JC, Jackson D. Malignant pleural mesothelioma: report of 19 cases. J Thorac Cardiovasc Surg 1976; 71:621-627.
13. Chahinian AP, Pajak TF, Holland JF et al. Diffuse malignant mesothelioma; prospective evaluation of 69 patients. Ann Intern Med 1982; 96:746-755.