

CARTAS AL DIRECTOR

Síndrome de Pancoast y cáncer de células pequeñas: a propósito de un caso**Sr. Director:**

Los tumores del surco superior son usualmente causados por carcinoma epidermoide, adenocarcinoma o carcinoma de células grandes y se tratan habitualmente con radioterapia, seguida por cirugía radical¹⁻³.

Ya que el carcinoma de células pequeñas (CCP) se trata habitualmente con quimioterapia, y que excepcionalmente causa síndrome de Pancoast, nos parece oportuno presentar un caso de dicha asociación.

Varón de 50 años, fumador de 800 paquetes de cigarrillos al año diagnosticado de tuberculosis en lóbulo superior derecho a los 21 años y tratado con neumotórax terapéutico. Tres años más tarde, presentó nuevo infiltrado en lóbulo superior izquierdo, con Ziehl positivos siéndole practicado neumotórax izquierdo y posterior tratamiento tuberculostático con PAS y estreptomycin.

En los dos meses previos a su ingreso desarrolló dolor en hombro derecho, irradiado a extremidad superior derecha, pérdida de fuerza y parestesias en territorio inervado por las dermatómeras C₇ y C₈, de la misma extremidad. Refería pérdida de 10 kg de peso, astenia y anorexia. A la exploración destacaba el hallazgo de ptosis palpebral derecha, miosis homolateral, éstasis venoso en región cervical, atrofia muscular e hipoestesia en la región inervada por C₇, C₈ en E.S.D. Se palpaba adenopatía supraclavicular derecha dura de 1,5 c 1,5 cm.

La radiografía posteroanterior de tórax (fig. 1) mostró paquipleuritis calcificante y casquetes biapicales, mayor en hemitórax derecho, no observándose alteraciones óseas. La citología de esputo mos-

tró: células neoplásicas compatibles con el tipo anaplásico de células pequeñas. Se realizó biopsia de adenopatía supraclavicular derecha, que fue diagnosticada de carcinoma de células pequeñas de tipo intermedio. En el aspirado medular se observaron numerosas células neoplásicas. La broncoscopia no mostró alteraciones.

Fue tratado con radioterapia 3.000 rads y quimioterapia (ciclofosfamida, vincristil, VP-16 y adriamicina), recibiendo un total de nueve ciclos; a las tres semanas del mismo tratamiento, presentó criterios de respuesta tanto clínica como radiológica. A las 28 semanas se observó progresión tumoral en primario y a distancia (metástasis en calota craneal), falleciendo a las 56 semanas.

Johnson et al⁴, estiman que el CCP constituye sólo el 1,2 % de los síndromes de Pancoast, si bien Paulson^{1, 2}, observó una frecuencia menor. Hasta la fecha, sólo se han descrito 18 casos de dicha asociación⁴⁻⁷.

Ya que el tratamiento del CCP, es diferente del cáncer de pulmón no microcítico y la rara posibilidad de un origen no tumoral que produzca síndrome de Pancoast, parece prudente establecer el diagnóstico histológico previamente. La broncoscopia junto con la citología de esputo sólo son diagnósticas en un 15 %-25 %, ya que la localización es muy periférica. La punción aspirativa con aguja fina, es el método de mayor rentabilidad diagnóstica, llegando a ser del 95 %. En nuestro caso, tanto la citología de esputo como la biopsia de adenopatía, fueron diagnósticas.

Insistimos en la necesidad de realizar un diagnóstico previo en todos los síndromes de Pancoast y que en caso de que su origen sea el CCP, el tratamiento debe ser mixto con poliquimioterapia y radioterapia.

L. Borderías Clau, J. Terán Santos, R. Agüero Balbín, F. Zurbano Goñi, J. Durán Cantolla y A. Jiménez Gómez.

Servicio de Neumología y Cirugía Torácica.
Hospital Nacional Marqués de Valdecilla.
Facultad de Medicina. Santander.

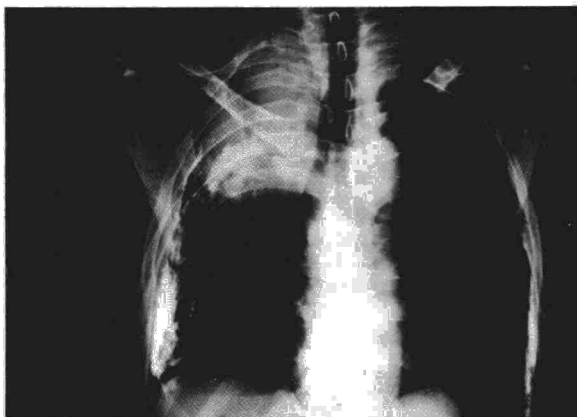


Fig. 1. Paquipleuritis calcificante bilateral. Casquetes biapicales, mayor en el lado derecho.

BIBLIOGRAFIA

1. Paulson D. Carcinomas in the superior pulmonary sulcus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1975; 70:1095-1104.
2. Paulson D. Treatment of superior sulcus carcinomas. En: *Update pulmonary diseases and disorders*. AP. Fishman McGraw-Hill Book Company, 1983:318-325.
3. Pratt DS. Diagnosis of a thoracic milet tumors by transbronchial biopsy. *Thorax* 1978; 33:803-805.
4. Johnson D et al. Pancoast's syndrome and small cell. *Surg Cancer Chest* 1983; 82:602-606.
5. RW Morris, Abadir R. Pancoast tumor: The value of high dose radiation therapy. *Radiology* 1979; 132: 717-719.
6. Konaki R et al. Superior sulcus tumors: results of irradiation of 36 patients. *Cancer* 1981; 48:1563-1568.
7. Hilaris B et al. The value of propreture radiation therapy in apical cancer of the lung. *Surg Clin North Nu* 1974; 54:831-840.
8. MomFaus CF. Clinical biology of small cell bronchogenic carcinoma relationship to surgical therapy. *Semin Oncol* 1978; 5:272-279.



BASES PREMIO BOI

1. El Premio BOI, de periodicidad bienal, estará dotado con 300.000 pesetas, habiendo además cuatro Accésit de 100.000 pesetas cada uno.

2. Pueden optar al Premio todos los trabajos ORIGINALES, de autores españoles, realizados en España y publicados en Archivos de Bronconeumología, durante el plazo que va desde el número 2 del Volumen 20 hasta el número publicado, como máximo, dos meses antes del Congreso Nacional SEPAR de 1986.

3. Los autores que publiquen sus trabajos en dichos números y no deseen concurrir al Premio, lo manifestarán previamente.

4. Serán eliminados los trabajos relacionados con nuevos medicamentos y los que se refieran a preparados ya comercializados.

5. Por acuerdo de la Junta Directiva de SEPAR, el Tribunal Calificador queda constituido como sigue:

Presidente de SEPAR

Director de la Revista «Archivos de Bronconeumología»

Presidentes de las cinco Secciones de SEPAR.

6. Los Miembros del Tribunal enviarán a la Secretaría de SEPAR en sobre cerrado su calificación,

en números enteros de uno a diez, de todos y cada uno de los trabajos que participan en la Convocatoria del Premio BOI. La Secretaría de Redacción de la Revista se encargará de comunicar a los miembros del Tribunal el título de los trabajos que participan en la Convocatoria, tres meses antes de la concesión del Premio y asimismo de reclamar la calificación de los trabajos dos meses después para proceder a la selección de los 10 mejores con arreglo a la media aritmética alcanzada. Asimismo la Secretaría de SEPAR cuidará de convocar a los componentes del Tribunal

7. Mediante votaciones secretas el Tribunal Calificador, reunido en la Sede del Congreso irá eliminando un trabajo en cada votación hasta que solamente quede uno, que será el ganador, utilizándose después el mismo procedimiento para la adjudicación de los Accésit.

8. La decisión del Tribunal Calificador se anunciará en uno de los Actos oficiales del Congreso, e inmediatamente se procederá a la entrega del importe a los autores, o a sus representantes.

9. Estas Bases, sólo podrán ser modificadas por acuerdo conjunto entre el Laboratorio patrocinador y la Junta de Gobierno de SEPAR.

Diciembre 1985.