



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/3989 - DOLOR TORÁCICO RESISTENTE ¿PENSAMOS EN TUMOR DE PANCOAST EN AP?

L. García Díaz^a, M. Jordano Cabrera^a, H. Sánchez Claros^b y M. Berzas Alama^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villafranca. Córdoba. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucano. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Bujalance. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 46 años de edad que acude varias veces a consulta de AP por dolor a nivel de cintura escapular izquierda de dos meses de evolución que no mejora con analgesia pautada ni tratamiento rehabilitador. Además, asocia sensación de hormigueo y acorchamiento de brazo ipsilateral.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación normales. Rx tórax: radiopacidad en ápex pulmonar izquierdo. RMN: masa en segmento posterior del lóbulo superior izquierdo con extensión a partes blandas extrapleurales, apreciando destrucción de arco posterior de la 2ª y 3ª costilla, alcanzando la musculatura paravertebral. Así mismo, infiltración de pedículos, láminas y apófisis transversas izquierdas de D2 y D3. Ecografía de tejidos blandos: masa de partes blandas con afectación costal, de unos 7 cm, de características neoplásicas. Estudio AP: tejido muscular estriado infiltrado por carcinoma de células escamosas bien diferenciado. TAC de tórax: tumor de Pancoast izquierdo con afectación ósea. PET-TC: masa apical izquierda extendida a pared torácica, primeros arcos costales y cuerpos vertebrales adyacentes compatible con carcinoma broncogénico (Pancoast). Captación focal en cuerpo vertebral D7 compatible con afectación ósea metastásica.

Orientación diagnóstica: Tumor de Pancoast.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia broncopulmonar primaria, neoplasias hematológicas, síndrome de la costilla cervical...

Comentario final: Se denomina tumor de Pancoast a los cánceres de pulmón localizados en el ápex pulmonar. Por invasión o por compresión de estructuras vecinas pueden producir omalgia, dolor torácico, braquialgia cubital con debilidad y atrofia de los músculos intrínsecos de la mano (plexo braquial), síndrome de Claude-Bernard Horner o síndrome de la vena cava superior. Estos síntomas pueden confundirse con afecciones musculares o neurológicas, motivo por el que a veces se llega tarde a su diagnóstico desde AP y esto conlleva a un peor pronóstico.

Bibliografía

1. Moreno-Fernández JM, et al. Tumor de Pancoast como hombro doloroso en consulta de AP. FMC. 2016;23(2):77-81.
2. Hermida Pérez JA, et al. Tumor del vértice pulmonar que produce síndrome de Pancoast. SEMERGEN. 2012;38(2):111-4.

Palabras clave: Síndrome de Pancoast. Neoplasia de pulmón.