

Síndrome de Pancoast secundario a metástasis cervical con radiografía de tórax normal

G. Bonet, J. Ribas, J. Ruiz, A. Salavert*, J. Bechini** y J. Morera

Servicios de Neumología, *Cirugía Maxilofacial y ** Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Germans Trias y Pujol. Badalona. Barcelona.

El síndrome de Pancoast se caracteriza por dolor en el hombro y la extremidad superior, síndrome de Horner, destrucción ósea y atrofia de los músculos de la mano. El carcinoma broncogénico es la etiología más frecuente de este síndrome, aunque con menor frecuencia son otras neoplasias o algunas infecciones pulmonares las que lo ocasionan. En más del 90% de los casos se evidencia una tumoración apical en la radiografía del tórax, aunque en ocasiones únicamente se observa un mínimo engrosamiento pleural apical. Presentamos el caso de un paciente con clínica compatible con síndrome de Pancoast cuya radiografía del tórax era completamente normal. El estudio mediante resonancia magnética evidenció la existencia de una tumoración cervical en el plexo braquial, que correspondió a metástasis cervical de un carcinoma escamoso de origen desconocido. Se insiste en que ante un paciente con una clínica altamente indicativa de síndrome de Pancoast, cuya radiografía de tórax sea estrictamente normal, debe tenerse en cuenta la posibilidad de que exista enfermedad metastásica cervical con afectación del plexo braquial.

Palabras clave: Síndrome de Pancoast. Neoplasias de cabeza y cuello. Metástasis de neoplasias.

(Arch Bronconeumol 1998; 34: 307-309)

Introducción

El síndrome de Pancoast, descrito en 1932, se caracteriza por dolor en el hombro y la extremidad superior, síndrome de Horner, destrucción ósea y atrofia de los músculos de la mano¹, siendo la causa más frecuente el carcinoma broncogénico. En numerosas ocasiones la clínica es incompleta, y se acepta actualmente como síndrome de Pancoast toda tumoración del vértice pulmonar que se acompañe de dolor en el hombro y/o el brazo homolaterales². En la mayoría de los casos, el estudio radiológico del tórax pone de manifiesto la existencia

Pancoast's syndrome secondary to cervical metastasis with a normal chest X-ray

Pancoast's syndrome is characterized by pain in the shoulders and upper extremities, Horner's syndrome, bone loss and hand muscle atrophy. Bronchogenic carcinoma is the most common cause, although other neoplasms or lung infection are occasionally responsible. An apical mass on the chest film can be seen in over 90% of cases, although apical pleural thickening is sometimes the only radiographic finding. We describe a patient whose clinical picture was highly suggestive of Pancoast's syndrome but whose chest film was normal. Magnetic resonance imaging disclosed a cervical mass adjacent to the brachial plexus that proved to be cervical metastasis from an unknown primary tumor. We emphasize the need to consider the possibility of a metastatic cervical tumor compromising the brachial plexus in patients with a normal chest X-ray but clinical signs highly suggestive of Pancoast's syndrome.

Key words: Pancoast's syndrome. Neoplasm head and neck. Metastasis.

de una tumoración en el vértice pulmonar homolateral. Presentamos el caso de un paciente con clínica altamente indicativa de síndrome de Pancoast, cuyo examen radiológico del tórax no demostró alteraciones que pudieran justificar la clínica existente.

Observación clínica

Varón de 42 años, fumador de 25 paquetes/año y con un hábito enólico de 80 g/día. En la anamnesis no se recogieron antecedentes patológicos de interés. Consultó por presentar dolor continuo en el hombro y el brazo derechos de 3 meses de evolución, de intensidad suficiente como para impedir el descanso nocturno. En las semanas previas al ingreso hospitalario se añadió una ptosis palpebral homolateral. En la exploración física, destacaban un síndrome de Horner derecho y una discreta atrofia de la musculatura de la mano derecha. El resto de la exploración física resultó normal. En particular,

Correspondencia: Dr. J. Ribas.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.
Ctra. del Canyet, s/n. 08916 Badalona. Barcelona.

Recibido: 30-12-97; aceptado para su publicación: 13-1-98.

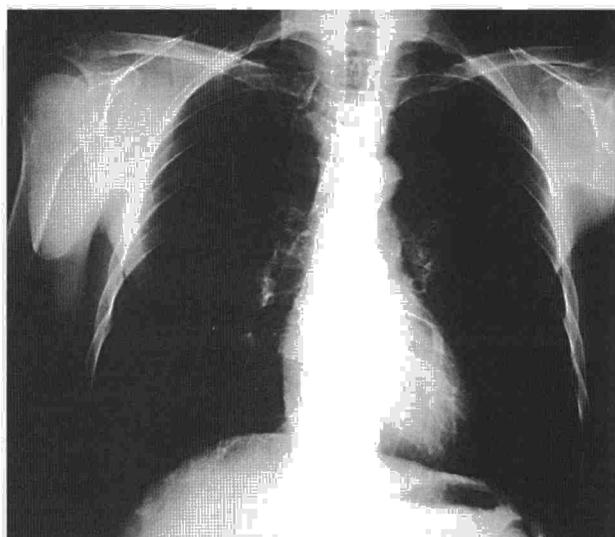


Fig. 1. Radiografía de tórax en proyección posteroanterior en la que no se evidencian anomalías significativas.

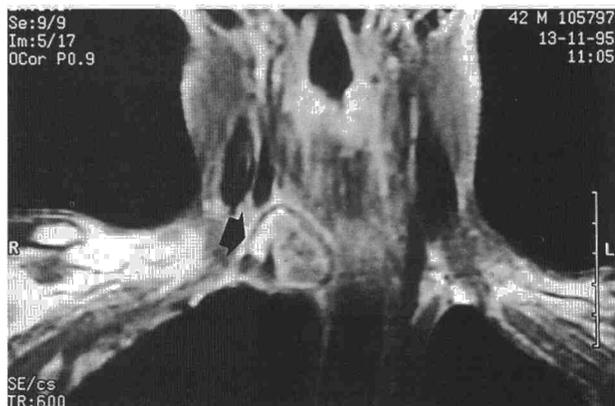


Fig. 2. Resonancia magnética (sección coronal) en las regiones cervical y torácica superior que demuestra la existencia de una masa (flecha) en el plexo braquial derecho que contacta con la pleura que recubre el vértice pulmonar homolateral.

no se palpaban masas ni adenomegalias en las zonas supraclavicular ni cervical. El hemograma, la bioquímica plasmática rutinaria, las pruebas de coagulación y el antígeno carcinoembrionario se encontraban dentro de los valores de referencia. El estudio radiológico convencional del tórax (fig. 1) y de la columna vertebral en la zona cervical resultó normal. Ante la normalidad de los estudios de imagen practicados, se realizó una resonancia magnética nuclear de las regiones cervical y torácica alta que puso de manifiesto la existencia de una masa extrapulmonar de 3 cm de diámetro mayor en el plexo braquial derecho, en contacto con las arterias subclavia y vertebral derechas y con la pleura que recubría el vértice pulmonar derecho (fig. 2). Posteriormente, se practicó una fibrobroncoscopia que no demostró alteraciones significativas en los árboles bronquiales. La exploración otorrinolaringológica resultó normal. Seguidamente, se practicó una cervicotomía exploradora derecha que evidenció una tumoración infiltrante en el plexo braquial derecho, siendo la biopsia diagnóstica de metástasis de carcinoma escamoso. Para completar el estudio, se practicaron una endoscopia digestiva alta,

un enema opaco y una tomografía computarizada toracoabdominal que no demostraron evidencia de neoplasia primitiva.

Con el diagnóstico de metástasis cervical de carcinoma escamoso de origen desconocido se indicó tratamiento paliativo con radioterapia. Aunque la respuesta clínica inicial fue satisfactoria (alivio del dolor), el paciente falleció a los 8 meses del diagnóstico por progresión de la enfermedad.

Discusión

La etiología del síndrome de Pancoast es neoplásica en un 95% de los casos. La neoplasia más frecuente es el carcinoma broncogénico, siendo los subtipos histológicos más comunes el carcinoma escamoso, el adenocarcinoma y el carcinoma de células grandes³. Raramente es un carcinoma de células pequeñas el responsable del síndrome⁴. Además del carcinoma broncogénico, existen otras neoplasias que muy raramente se han descrito como causantes del síndrome de Pancoast: linfoma⁵⁻⁷, mieloma múltiple⁸⁻¹⁰, metástasis pulmonares^{11,12} y carcinoma de tiroides¹³. La etiología no neoplásica es muy rara, aunque existen diversas enfermedades infecciosas que se han descrito como causa del síndrome de Pancoast: hidatidosis pulmonar¹⁴, micosis^{15,16}, tuberculosis pulmonar¹, infección pulmonar por *Pseudomonas aeruginosa*¹⁷ y neumonía estafilocócica¹⁸.

La gran mayoría de los pacientes con clínica indicativa del síndrome de Pancoast presenta una tumoración visible en la radiografía del tórax. En un trabajo clásico³, hasta un 94% de los pacientes con un síndrome de Pancoast mostraron una radiografía de tórax claramente patológica. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de casos que llega hasta un 6%, la radiografía de tórax puede ser casi normal, mostrando únicamente un mínimo engrosamiento pleural apical³.

Excluyendo la enfermedad tiroidea, el origen más frecuente de las tumoraciones en la región cervical en los adultos es el neoplásico, sobre todo las metástasis, no llegándose a diagnosticar la neoplasia primaria hasta en un 3-6% de los casos¹⁹. La sintomatología más frecuente en estos casos es la existencia de una tumoración cervical, siendo casi siempre la única manifestación¹⁹.

Tras una minuciosa revisión bibliográfica (Índice Médico Español, 1980-1997; MEDLINE, 1983-1997), no hemos encontrado ningún caso de síndrome de Pancoast secundario a la afectación del plexo braquial por metástasis cervical de carcinoma de origen desconocido. Además, el caso descrito destaca por la completa normalidad de la radiografía del tórax. En la revisión bibliográfica realizada, únicamente hemos encontrado un caso de síndrome de Pancoast con radiografía de tórax normal, aunque en el caso hallado la clínica era secundaria a una neoplasia pulmonar²⁰. Por lo tanto, ante un cuadro clínico muy indicativo, aunque la radiografía de tórax sea completamente normal, se deberá considerar dentro del diagnóstico diferencial la posibilidad de enfermedad metastásica en la zona cervical con afectación secundaria del plexo braquial. En estos casos, el estudio mediante resonancia magnética es fundamental, ya que permite un correcto estudio de la zona para descartar esta posibilidad diagnóstica.

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: 1.391-1.396.
2. Fraser RG, Paré JAP, Paré PD, Fraser RS, Genereux GP, eds. Neoplastic disease of the lungs. En: Diagnoses of diseases of the chest. Filadelfia: WB Saunders, 1989; 1.424-1.431.
3. Hepper NGG, Herskovic T, Witten DM, Mulder DW, Woolner LB. Thoracic inlet tumors. Ann Intern Med 1966, 64: 979-989.
4. Echave-Sustaeta JM, Villena MV, López Encuentra A, De Miguel E. Síndrome de Pancoast secundario a carcinoma de células pequeñas. Diagnóstico mediante biopsia transbronquial. An Med Intern (Madrid) 1994; 11: 345-346.
5. Wang JC, Finn NG, Nimmagadda N, Reddy D. Pancoast syndrome in a patient with malignant lymphoma. Cancer 1989; 64: 2.588-2.590.
6. Mills PR, Han LY, Dick R, Clarke SW. Pancoast syndrome caused by a high grade B cell lymphoma. Thorax 1994; 49: 92-93.
7. Villena MV, Echave-Sustaeta J, López Encuentra A, Blasco A. Síndrome de Pancoast secundario a linfoma no hodgkiniano. Arch Bronconeumol 1995; 31: 35-36.
8. Costa B, Llorente A, Baiges JJ, Nualart L, Alonso C, Richart C. Síndrome de Pancoast en el mieloma múltiple. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Med Clin (Barc) 1986; 86: 552-554.
9. Mills PR, Han LY, Dick R, Clarke SW. Pancoast syndrome caused by a high grade B cell lymphoma. Thorax 1994; 49: 92-93.
10. Dolan G, Smith J, Reilly JT. Extrapulmonary lymphomatoid granulomatosis presenting as Pancoast's syndrome. Postgrad Med J 1991; 67: 914-915.
11. Chocarro A, Labanda F, Martínez E, Pereda JM. Síndrome de Pancoast como primera manifestación de un hepatocarcinoma. Med Clin (Barc) 1986; 86: 822.
12. Arias F, Martínez E, Illarramendi JJ, Santamaría M, Urbieto M. Síndrome de Horner y plexopatía braquial en paciente de 72 años. Rev Clin Esp 1993; 193: 455-456.
13. Rabano A, La Sala M, Hernández P, Barros JL. Thyroid carcinoma presenting as Pancoast's syndrome. Thorax 1991; 46: 270-271.
14. Stathatos C, Kontaxis NA, Zafiracopoulos P. Pancoast's syndrome due to hydatid cyst of the thoracic outlet. J Thorac Cardiovasc Sug 1969; 58: 764-768.
15. Simpson FG, Morgan M, Cooke NJ. Pancoast's syndrome associated with invasive aspergillosis. Thorax 1986; 41: 156-157.
16. Collins PW, De Lord C, Newland AC. Pancoast's tumour due to aspergilloma. Lancet 1990; 336: 1.595.
17. Vandenplas O, Mercenier C, Trigaux JP, Delaunois L. Pancoast's syndrome due to *Pseudomonas aeruginosa* infection of the lung apex. Thorax 1991; 46: 683-684.
18. Gallagher KJ, Jeffrey RR, Kerr KM, Steven MM. Pancoast syndrome: an unusual complication of pulmonary infection by *Staphylococcus aureus*. Ann Thorax Surg 1992; 53: 903-904.
19. Talmi YP, Wolf GT, Hazuka M, Krause CJ. Unknown primary of the head and neck. J Laryngol Otol 1996; 110: 353-356.
20. Orriols R, Vidal R, Morera J, Morell F, Solé DA, Antó JM. Aspectos reumatológicos del síndrome de Pancoast. Rev Esp Reumatol 1980; 7: 213-223.