



**Fig. 1.** Resonancia magnética torácica del caso presentado. Se aprecian los cambios en la anatomía del tórax tras la resección bilateral de los arcos costales 2-4 y las lobectomías superiores.

ble. Presentamos el caso de un paciente que presentó dos tumores del sulcus superior con invasión de la pared en un período de 8 años, desarrollando un síndrome de Pancoast en ambos lados y requiriendo sendas lobectomías superiores y resecciones de la pared torácica.

Varón de 40 años, fumador importante y sin otros antecedentes de significación. Consultó en julio de 1988 por un cuadro de dolor persistente en la escápula izquierda que no cedía con reposo ni analgesia. Se llevó a cabo un estudio radiológico torácico con tomografía computarizada (TC), diagnosticándose una tumoración en el vértice pulmonar izquierdo en contacto con la pared costal. Se realizó una punción que fue positiva para células malignas. Se valoró el cuadro como un tumor pulmonar izquierdo (T3N0M0) con síndrome de Pancoast. Se llevó a cabo una resonancia magnética (RM) torácica para evaluar la extensión tumoral y definir la integridad de las estructuras vasculares y nerviosas de cara a plantear un tratamiento quirúrgico. Se realizó radioterapia y, posteriormente, se practicó una lobectomía superior izquierda, con resección del segundo, tercero y cuarto arcos costales izquierdos. La anatomía patológica fue compatible con un carcinoma mal diferenciado. El paciente realizó radioterapia postoperatoria y fue controlado durante un período de 5 años sin evidenciarse recidiva local ni metástasis a distancia, por lo cual recibió el alta médica.

En julio de 1996, 8 años más tarde, consultó por un dolor en el arco costal superior del hemitórax derecho. Se realizaron TC y RM torácicas, que demostraron un tumor en el vértice pulmonar derecho, con afección de la pared costal. La punción fue positiva para carcinoma escamoso. Se orientó el cuadro como un segundo tumor de Pancoast. Se realizó radioterapia y se llevó a cabo una lobectomía superior derecha más una resección posterior del segundo, tercero y cuarto arcos costales derechos. Siguió radioterapia postoperatoria. Actualmente, y tras un período de control de 5 años tras la segunda intervención, el paciente sigue un control ambulatorio y no ha presentado recidiva local ni metástasis a distancia.

El síntoma inicial y más frecuente del síndrome de Pancoast es el dolor localizado en la espalda, presente en un 90% de casos. El crecimiento continuado del tumor acaba afectando al plexo braquial y a la cadena nerviosa simpática apareciendo un síndrome de Horner en un 62% de casos. Otras formas de presentación incluyen la invasión costal (45%) y la invasión vertebral (23%). Radiológicamente el tumor a menudo es difícil de observar. La TC y la RM torácicas determinan la extensión y el grado de invasión de las estructuras adyacentes. La RM en secuencia T1 es especialmente útil, ya que ofrece planos coronales y sagitales con una definición superior

de las estructuras vasculares y neurológicas<sup>2</sup>. El diagnóstico histológico de estos tumores es difícil dada su localización poco accesible a la broncoscopia o a la punción transtorácica<sup>3</sup>. El procedimiento terapéutico habitual es la radioterapia seguida de la resección del tumor y de la pared torácica. Recientemente, se ha propuesto añadir quimioterapia de inducción a la radioterapia<sup>4,5</sup>. No existen unos criterios definidos de irreseccabilidad. Sin embargo, la afección nodal grado N2, una invasión del cuerpo vertebral extensa, las metástasis a distancia o el síndrome de vena cava superior desaconsejan la cirugía, quedando la radioterapia paliativa como única opción de tratamiento<sup>6</sup>. Los índices de supervivencia a los 5 años son del 35% en la enfermedad resecable y del 6% en la enfermedad irreseccable<sup>4</sup>. El caso presentado es excepcional ya que se dan dos tumores de Pancoast en un mismo paciente, ambos tratados con radioterapia y resección lobar superior y de la pared y permaneciendo el paciente libre de recidiva tras 14 años desde el diagnóstico del primer tumor y 7 años desde el segundo.

**J.J. Fibla, C. Farina y G. Gómez**  
Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.  
Barcelona.

1. McLaughlin JS. Superior sulcus tumors. En: Glenn WWL, editor. Thoracic and cardiovascular surgery. 6th ed. Norwalk: Appleton Century Crofts, 1996; p. 445-57.
2. Beale R, Slater R, Hennington M, Keagy B. Pancoast tumor: use of MRI for tumor staging. South Med J 1992;85:1260-3.
3. Sundaresan N, Harris BS, Martini N. The combined neurosurgical-thoracic management of superior sulcus tumors. J Clin Oncol 1987;5:1739-45.
4. Martinod E, D'Audiffret A, Thomas P, Wurtz AJ, Dahan M, Riquet M, et al. Management of superior sulcus tumors: experience with 139 cases treated by surgical resection. Ann Thorac Surg 2002;73:1534-9.
5. Wright CD, Menard MT, Wain JC, Donahue DM, Grillo HC, Lynch TJ, et al. Induction chemoradiation compared with induction radiation for lung cancer involving the superior sulcus. Ann Thorac Surg 2002;73:1541-4.
6. Anderson TM, Moy PM, Holmes EC. Factors affecting survival in superior sulcus tumors. J Clin Oncol 1986;4:1598-603.

 Localizador web  
Artículo 48.260

### Síndrome de Pancoast bilateral

**Sr. Director:** El síndrome de Pancoast es una entidad clínica asociada al crecimiento tumoral en el sulcus superior del pulmón y a la invasión y destrucción de las estructuras neurológicas en esa zona. Se manifiesta habitualmente por dolor en el hombro o la espalda, síndrome de Horner y plexopatía braquial. Aunque está originado por un tumor pulmonar, los síntomas neumológicos son raros<sup>1</sup>. El diagnóstico a menudo es difícil, siendo de gran utilidad la resonancia magnética (RM) torácica, especialmente para determinar la resecabilidad del tumor. El tratamiento se basa en la radioterapia seguida de la resección del tumor y de la pared torácica cuando sea posi-