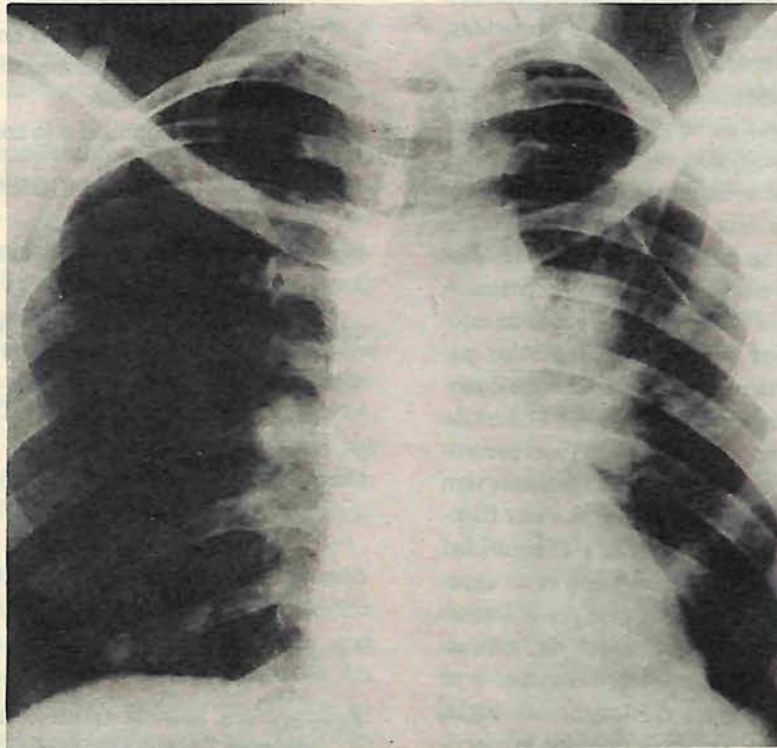


## SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

CARCINOMA EPIDERMOIDE DEL PULMON (TUMOR DE PANCOAST)  
A PROPOSITO DE UN CASO

\* Dr. Héctor Hernández  
\*\* Dr. Rafael Lugo Bretón  
■ Dra. Victoria Guílamo  
■ Dra. Julia de la Cruz



## PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 42 años de edad, natural y residente en Higüey, quien acude a la consulta por presentar:

1. Tos con expectoración
2. Fiebre.

(\*) Jefe del Servicio de Neumología, Hospital Dr. Arístides Fiallo Cabral. La Romana, R.D.

(\*\*) Médico ayudante, Hospital Dr. Arístides Fiallo Cabral. La Romana, R.D.

(■) Médicos generales.

## ENFERMEDAD ACTUAL

Refiere el paciente que desde hace dos meses presenta una tos continua con expectoración blanca amarillenta para lo cual ha tomado diversos jarabes expectorantes sin obtener resultado.

Refiere también que desde hace un mes padece de fiebres ocasionales y que en los últimos días las fiebres han sido continuas.

Conjuntamente con estos síntomas se les presentó dificultad para tragar, primero empezó con líquidos y después con sólidos. También notó que el párpado izquierdo



se le cayó.

En los últimos tres meses el paciente refiere haber perdido peso (unas 25 libras), lo cual no justifica, porque ha continuado con un régimen alimenticio normal.

#### ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre: Murió de un carcinoma gástrico.  
Resto: Sin importancia.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:

Ninguno.  
Hábitos tóxicos: no fuma. Toma café y alcohol ocasionalmente.

#### EXAMEN FÍSICO:

Cabeza: Ptosis palpebral ojo izquierdo.  
Cuello: No ganglios, no tiroides, no reflujo hepato-yugular.  
Tórax: Simétrico, no retracciones intercostales, ligera disminución del espacio pulmonar en hemitórax izquierdo. No signo de Hazer Dressler.  
Corazón: Rs. Cs. Ns., no soplo, choque de la punta 5to. espacio intercostal línea 1/2 clavicular izquierda.  
Pulmones: Ligera disminución del murmullo vesicular en zona 1/2 p. izquierdo.  
Abdomen: Sin hallazgos patológicos.  
Extremidades: Adenopatía axilar izquierda del tamaño de un limoncillo y adenopatía supraclavicular derecha de aproximadamente 1 1/2 cm.; los ganglios son móviles y no dolorosos.

#### DATOS DE LABORATORIO:

Ht 38%  
Glóbulos rojos 4.5 millones mm<sup>3</sup>  
Glóbulos blancos 20,000/mm<sup>3</sup>  
Urea 38 mg.%  
Glicemia 116 mg.%  
Pruebas hepáticas normales  
Grupo sanguíneo A Rh +  
Creatinina 1.2 mg.%  
Uroanálisis normal;  
VDRL no reactivo.

Radiografía de tórax (Fig. No. 1). Esta radiografía P.A. muestra engrosamiento manifiesto del hilio izquierdo por múltiples adenopatías. Hay también discreta elevación del hemidiafragma izquierdo.

El paciente fue sometido a una biopsia pulmonar reportándose el diagnóstico de Carcinoma Epidermoide.

#### COMENTARIOS

El cáncer de células escamosas es el más frecuente (40-60%) de los tumores broncogénicos. Se caracteriza histológicamente por la presencia de puentes intercelulares de queratina y de islotes de células neoplásicas de límites bien definidos.

Dentro de nuestra serie de casos publicados en "Acta Médica Dominicana" es el primero de cáncer pulmonar en que el paciente no es fumador.

Los cánceres escamosos se localizan preferentemente en bronquios grandes y su representación radiológica más común es la presencia de una masa parahiliar (caso que presentamos).

Son los tumores que con mayor frecuencia se cavitan (10-20%) creando imágenes de paredes gruesas semejantes a la de abscesos.

Otras veces la cavitación es consecuencia de una neumonía necrotizante producida por la obstrucción de la neoplasia.

En otras ocasiones produce imágenes de atelectasia con pérdida de volumen de un hemitórax.

Son pocos frecuentes los derrames pleurales y su poder metastásico es en general algo menos agresivo que en los otros tipos de tumores pulmonares.

Aunque estos tumores son los más susceptibles al tratamiento quirúrgico exitoso, en este caso, debido a su estado avanzado de diseminación, como lo demuestran la disfagia (afectación del laríngeo recurrente izquierdo) y la elevación del hemidiafragma izquierdo (afectación del nervio frénico) no fue posible practicarlo.

Este caso nos demuestra claramente que ante una tos rebelde, paciente fumador o no (mayor hincapié si es fumador), debemos agotar todos los recursos diagnósticos neurológicos tempranamente. Papanicolao de esputo, fibrobroncoscopia, etc.