

## Dolore alla spalla e tumore di Pancoast

**Leonardo Trentadue**  
Medico di medicina generale  
Ferrandina (MT)

Un paziente di 43 anni, che due anni fa subì l'asportazione della vescica a causa di un carcinoma uroteliale, si presenta in ambulatorio con una tosse secca insistente insorta alcuni giorni prima riferendo anche un dolore alla spalla destra. Fino a qualche settimana fa non aveva accusato nessuna sintomatologia di particolare rilievo, con un follow-up soddisfacente.

### Storia clinica

Da adolescente il paziente ha accusato frequenti episodi di faringite con episodiche bronchiti.

A 18 anni compare una rinocongiuntivite allergica, dovuta, secondo il riscontro delle prove allergometriche, ai pollini di cipresso e olivo, piante molto presenti nella zona. A 25 anni una caduta dalla bicicletta gli procura una frattura della clavicola destra e due anni dopo è vittima di una tossinfezione alimentare. Il paziente non fuma e non beve alcol.

Verso la fine del 2006 compaiono disturbi urinari come disuria, pollachiuria, sensazione di fastidio a livello pelvico. I controlli urologici successivi portano a una diagnosi severa: carcinoma uroteliale della vescica moderatamente differenziato. Nel febbraio 2007 i chirurghi del locale ospedale decidono per una cisto-prostato-vesciclectomia radicale e l'impianto di neovescica ileale.

Dopo questo traumatico intervento chirurgico, il paziente progressivamente si riprende e conduce un'accettabile, nei limiti della sua condizione clinica, qualità di vita, al punto che frequenta il mio ambulatorio quasi solo per il follow-up. Fino ad arrivare ad alcune settimane fa, quando viene a farsi controllare per gli attacchi di tosse secca improvvisi e insistenti e sensazione di difficoltà di respiro.

### Indagini diagnostiche

Nel corso della visita il reperto auscultatorio è nella norma ma, data anche la condizione patologica del paziente, richiedo una radiografia del torace. Questa evidenza un addensamento in sede infraclavare destra.

Lo invio quindi in pneumologia dove, dopo avere praticato un'intradermoreazione alla tubercolina (negativa), viene data l'indicazione per una TAC toracica e una TAC addome e pelvi con mezzo di contrasto.

- **TAC del torace:** presenza, nel segmento apicale del lobo polmonare superiore destro, di nodulo parenchimale solido eteroformato a margini spiculati e irregolari, del diametro assiale massimo di 2.4 cm, con discreto enhancement dopo mezzo di contrasto, che infila la pleura costale adiacente, l'arco anteriore della prima costa, con lievi segni di erosione e il muscolo sottocostale a livello della sua inserzione costale, avvolgendo a 180° l'arteria succlavia destra. Non linfoadenomegalie mediastiniche e ascellari bilaterali.

- **TAC addome e pelvi:** fegato regolare per dimensioni e morfologia; presenza di tenui minute immagini rotondeggianti ipodense dopo mezzo di contrasto, nel VII e VI segmento epatico, non tipizzabili con certezza per le ridotte dimensioni (cisti?). Il resto nella norma.

### Diagnosi e terapia

In base ai referti viene posta diagnosi di tumore di Pancoast a destra.

Il successivo esame istologico della neoformazione giunge a questa formulazione: dal confronto con i preparati esibiti, relativi a carcinoma uroteliale vescicale e dalla sovrapposibilità morfologica e immunofenotipica delle due lesioni, l'attuale neoplasia a sede polmonare e pleuro-costale è da considerarsi metastasi a distanza del carcinoma uroteliale presente in anamnesi. Il paziente viene ricoverato in chirurgia toracica e sottoposto a lobectomia polmonare superiore destra

con exeresi dell'arco anteriore della prima costa e linfoadenectomia ilomediastinica. L'intervento chirurgico riesce in modo soddisfacente. Il paziente è dimesso con la seguente terapia: levofloxacina 500 mg, omeprazolo 20 mg, paracetamolo+codeina, nadroparina calcica 0.4 mg, aerosolterapia con beclometasone dipropionato.

La successiva TAC total body con mezzo di contrasto non mette in evidenza secondarismi encefalici né nuove alterazioni nelle altre sedi. Attualmente il paziente è sottoposto a chemioterapia.

### Conclusioni

La sindrome di Pancoast si verifica quando tumori del solco superiore invadono strutture adiacenti come la parete toracica, le coste superiori, le vertebre, il plesso brachiale, i tronchi simpatici, la vena e l'arteria sottoclaveare. A seconda della struttura invasa, si avrà una sintomatologia variegata e connessa alle caratteristiche funzionali della struttura stessa. In generale il sintomo predominante è costituito da una dolorabilità intrattabile alla spalla omolaterale al tumore, ma, come abbiamo visto nel caso clinico descritto, essa può essere anche di non elevata intensità.

Nel caso siano interessati i tronchi simpatici, si parla di sindrome di Horner, con la classica triade di miosi, ptosi palpebrale ed enoftalmo. Il tumore di Pancoast ha un'incidenza compresa tra il 2% e il 5% di tutte le neoplasie polmonari. Il caso clinico del mio paziente ha messo in evidenza un tumore di Pancoast secondario a metastasi provenienti, anche a distanza di tempo, da un carcinoma primitivo uroteliale della vescica.