Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):1

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2 - CÁNCER DE ESÓFAGO. LA OBESIDAD ES MÁS QUE ESTAR GORDO

J.M. Pérez Herrero

Médico de Familia. Centro de Salud de San Benito. Tenerife.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años con obesidad mórbida, hernia de hiato, anemia ferropénica y déficit de vit. B12. En seguimiento endoscópico bianual por una esofagitis con esógafo de Barrett. Cirugía bariátrica. No realiza dieta ni ejercicio. Tratamiento farmacológico: calcio carbonato 2.500 mg, colecalciferol 800 UI, sulfato ferroso, ranitidina (se optó por la ranitidina por la disminución en la absorción de la vitamina B12 que producen los IBP por efecto de la hipoclorhidria). Última gastroscopia de control se informa como “Epitelio de Barrett. Lesión tumoral a nivel distal del esófago". Anatomía patológica: “neoplasia epitelial atípica e infiltrante con crecimiento patrón sólido, glandular y células en anillo de sello. Adenocarcinoma de esófago”. El paciente está pendiente de elección de tratamiento, pues estaría indicada la cirugía respecto a su clasificación TNM acompañada de quimioterapia, pero por el elevado riesgo quirúrgico del paciente (obesidad mórbida) se cuestiona la cirugía como opción terapéutica por la elevada mortalidad perioperatoria asociada a su comorbilidad.

Exploración y pruebas complementarias: Gastroscopias bianuales. Biopsias esofágicas. Ecografía endoscópica: T1N0M0. TC (como estudio de extensión): sin evidencia de metástasis a distancia.

Juicio clínico: Cáncer de esófago.

Diagnóstico diferencial: Hernia de hiato. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. Esófago de Barrett.

Comentario final: El cáncer de esófago es una de las neoplasias más agresivas que existen por el diagnóstico en estadios avanzado. Estos tumores está asociado al tabaco, alcohol, obesidad, lesiones preneoplásicas como esófago de Barrett. La obesidad es factor de riesgo indirecto para el adenocarcinoma de esófago, ya que aumenta el riesgo de ERGE y secundariamente a ello la transformación del epitelio esofágico. Pacientes colecistectomizados tienen un mayor riesgo de adenocarcinoma de esófago. Hay que destacar también el papel fundamental de los programas de seguimiento de algunas enfermedades. La gastroscopia bianual ha permitido detectar una neoplasia en estadios iniciales sin que el paciente tuviera la sintomatología de este tumor.

Bibliografía

1. Ferraina P, Oria A, et al. Cirugía de Michans, 5ª ed. 1997:404-9
2. Thrift AP, Shaheen NJ, Gammon MD. Obesity and risk of esophageal adenocarcinoma and

Barrett&#39s esophagus: a Mendelian randomization study. J Natl Cancer Inst. 2014;106(11).
3. Freedman J, Ye W, Näslund E, Lagergren J. Association between cholecystectomy and adenocarcinoma of the esophagus. Gastroenterology. 2001;121:548.

Palabras clave: *Esófago de Barrett. Cáncer de esófago. Prevención. Obesidad.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.