



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



264/132 - ¡QUÉ CATARRO MÁS MALO!

M. Gragera Hidalgo^a, M. Pardos Lafarga^b, E. González Márquez^c y M. Barrero Martín^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cayetano Roldán. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 87 años portador de prótesis aórtica biológica e HTA, sin otros AP de interés e independiente para las ABVD, que acude a consulta de Atención Primaria por cuadro consistente en tos no productiva, molestias faríngeas y cierta dificultad para tragar que relaciona con mucosidad abundante. Afebril en todo momento. Inicialmente se diagnostica de catarro de vías altas pautándose tratamiento sintomático con mucolíticos y analgésicos. Tras 10 días, consulta de nuevo por persistencia del cuadro, acompañándose ahora de disfonía. Ante la sintomatología, se decide pautar tratamiento corticoideo. Al mes del inicio del cuadro, acude por agravamiento de los síntomas, presentando disfagia a sólidos, con algún episodio de atragantamiento, y afonía. Se remite con carácter preferente a ORL. Realizan NFL objetivándose parálisis de cuerda vocal izquierda y retención de saliva en seno piriforme izquierdo. Se solicita TAC de cuello y tórax donde se visualiza masa esofágica en mediastino medio-posterior sugestiva de neoplasia esofágica e imagen esclerosa en 3^{er} arco costal izquierdo sugestiva de metástasis. Se remite de forma muy preferente a Digestivo, quienes realizan endoscopia y toma de biopsia con confirmación anatomopatológica del diagnóstico: carcinoma de células escamosas infiltrante de esófago proximal. Se descarta tratamiento quirúrgico, derivándose a Oncología para inicio de tratamiento paliativo.

Exploración y pruebas complementarias: TAC tórax: masa esofágica en mediastino medio-posterior sugestiva de neoplasia esofágica con adenopatías mediastínicas de tamaño no significativo. Imagen esclerosa en 3^{er} arco costal izquierdo. TAC cuello: Parálisis de cuerda vocal izquierda. Endoscopia: neoplasia ulcerada a 20 cm de arca dental que ocupa prácticamente el 80% de la circunferencia y que muestra friabilidad al roce con el endoscopio. Neoplasia estenosante y ulcerada de esófago proximal. Biopsia (AP): carcinoma de células escamosas infiltrante.

Juicio clínico: Carcinoma escamoso de esófago proximal infiltrante.

Diagnóstico diferencial: Acalasia, estenosis por reflujo gastroesofágico, estenosis cáustica, estenosis esofágica benigna, anillos/membranas esofágicas, adenocarcinoma gástrico con infiltración esofágica.

Comentario final: La mucosa del esófago está formada por células planas llamadas escamosas, por lo que el tumor derivado de ellas se denominará carcinoma escamoso o epidermoide. Es el tipo de

cáncer más frecuente, siendo los dos factores de riesgo más importantes el tabaco y el alcohol. El síntoma más prevalente es la disfagia (96%), pudiéndose acompañar de otros como disfonía, pérdida de peso o dolor retroesternal. El pronóstico es malo y tiene una elevada mortalidad. La cirugía es el tratamiento estándar, cuando el tumor está localizado, mientras que la quimioterapia y radioterapia son tratamientos paliativos, con limitada eficacia. Previamente a la realización de cualquier prueba, el médico de AP realizará una historia clínica y una exploración física que le orienten sobre hábitos del paciente y/o la existencia de síntomas y signos que puedan hacer sospechar la existencia de un cáncer de esófago, algo vital para el diagnóstico precoz del mismo y que marcará el pronóstico de vida del paciente.

Bibliografía

1. Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A, Sobenes Gutiérrez RJ, Arroyo Díaz R. Carcinoma epidermoide de esófago, estenosante, estadio IV, en mujer de 41 años. Descripción de un caso clínico. *Semergen*. 2012;38(1):44-8.