

329/135 - ¡QUÉ DELGADA TE VEO!

N. San Pedro Ortiz¹, C. Bonnardeaux Chadburn², J. Linio Mateos³.

¹Médico de Familia. Centro de Salud Bajo Asón. Cantabria. ²Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Cantabria. ³Médico de Familia. Centro de Salud Alto Asón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 52 años, trabajadora en un bar, sin antecedentes personales ni familiares de interés, acude a consulta por un cuadro de vómitos alimentarios postprandiales y astenia de 3 meses de evolución, con una pérdida ponderal de 10 kg, sin alteración del ritmo intestinal. En la exploración se observa regular estado general, con una delgadez importante, sin más alteraciones, pero se decide su derivación a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: En el servicio de Urgencias se realiza una primera analítica general, sin datos significativos, salvo una velocidad de sedimentación globular de 91 milímetros/hora (valores de referencia 2-30), y se decide el ingreso de la paciente para estudio. Ya ingresada, se continúa realizando pruebas de laboratorio (hormonas tiroideas, factor reumatoide, marcadores tumorales, serologías de Lues, Brucella, VIH, serie férrica), siendo todas normales. Sin embargo, al realizar TAC de tórax/abdomen/pelvis, se visualiza un llamativo engrosamiento del tercio distal del esófago de al menos 6,6 centímetros, con marcada extensión hiliar derecha, extendiéndose hacia cavidades cardíacas, sugestivo de extensa neoformación esofágica, con imágenes nodulares en ambos campos pulmonares sospechosas de metástasis. Al realizar gastroscopia, toman múltiples biopsias, confirmándose en la anatomía patológica el diagnóstico de carcinoma epidermoide queratinizante. Actualmente la paciente está a la espera para la colocación de una endoprótesis esofágica provisional, aunque el pronóstico es infausto.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide queratinizante de esófago.

Diagnóstico diferencial: Ante un cuadro de vómitos, debemos establecer un amplio diagnóstico diferencial: - Por fármacos: opiáceos, antineoplásicos, AINEs, digoxina, agonistas dopaminérgicos, antibióticos. -Origen infeccioso: gastroenteritis, hepatitis, infecciones no gastrointestinales (otitis media, meningitis, pielonefritis). -Causas endocrinometabólicas: embarazo, uremia, diabetes, hiper/hipotiroidismo, porfiria aguda. - Alteraciones del sistema nervioso central: migraña, tumores, hemorragias cerebrales, meningitis, enfermedad de Ménière, laberintitis. -Alteraciones psiquiátricas: trastornos ansiodepresivos, trastornos de la conducta alimentaria. -Causas viscerales: extradigestivas (nefrourológicas, cardiovasculares). Digestivas (inflamación visceral, obstrucción intestinal, isquemia intestinal, tumores, como en nuestro caso).

Comentario final: El cáncer de esófago es el noveno tumor maligno más frecuente en el mundo, siendo el carcinoma epidermoide histológicamente más frecuente que el adenocarcinoma. Es más frecuente en hombres, y se suele localizar en el tercio medio del esófago, siendo el tabaco y el alcohol los dos factores de riesgo más importantes. El síntoma más frecuente es la disfagia, y el pronóstico es malo, con una elevada

mortalidad, ya que cuando se diagnostica suele estar en un estadio avanzado, como es el caso que nos ocupa. Cuando el tumor está localizado, la cirugía es el tratamiento estándar, siendo la quimioterapia y la radioterapia tratamientos paliativos, sin que se haya demostrado claramente su eficacia.

Bibliografía

- Blot WJ, McLaughlin JK. The changing epidemiology of esophageal cancer. *Semin Oncol* 1999;26(5):2-8.
- Wobst A, Audisio RA, Colleoni M, Geraghty JG. Oesophageal cancer treatment: Studies, strategies and facts. *Ann Oncol* 1998;(9):951-62.
- Enzinger PC, Mayer RJ. Esophageal Cancer. *N Engl J Med* 2003; 349(23): 2241-52.