

## 329/63 - ¡NO ME PASA LA COMIDA!

M. Guerra Hernández<sup>1</sup>; P. López Tens<sup>2</sup>; A. Blanco García<sup>1</sup>; D. Fernández Torre<sup>3</sup>; M. Abuhassira<sup>4</sup>; M. González Piñuela<sup>5</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria.<sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dobra. Cantabria. <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 61 años sin alergias medicamentosas conocidas, hipertensión de reciente diagnóstico en tratamiento con ramipril 5 mg cada 24h y hernia de hiato asintomática. Acude a la consulta por presentar desde hace un mes sensación de plenitud postprandial y disfagia diaria para sólidos, baja, generalmente se pasa con toma de líquidos con vómitos en ocasiones, asocia aerofagia, no alteración del ritmo intestinal, pérdida de peso no cuantificada en los últimos 3 meses por dieta, no pérdida de apetito ni astenia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: Buen estado general, normohidratado, normoperfundido, normocoloreado, no adenopatías palpables, orofaringe normal, abdomen blando y depresible, molesto en epigastrio, no se palpan masas ni megalías, no peritonismo. Resto de exploración por aparatos dentro de la normalidad. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica con perfil hepático dentro de la normalidad. Sangre oculta en heces positivo, como parte de cribado poblacional para prevención de cáncer de colon. Se realiza gastroscopia: A partir de 32 cm de arcadas dentarias se aprecia una neoformación mamelonada, excrecente, friable y estenosante que nos permite avanzar hasta 38 cm sin poder avanzar con el endoscopio aunque se observa la luz y área distal. Y como prueba de extensión TAC toracoabdominopélvico: engrosamiento mural concéntrico a nivel del tercio inferior del esófago, se inicia aproximadamente unos cuatro centímetros caudal respecto a la carina y parece afectar la transición esofagogástrica, adenopatía de 1,4 cm adyacente a curvatura menor gástrica, otros pequeños ganglios de tamaño subcentimétricos adyacentes al efecto masa esofágico y en curvatura menor gástrica. A nivel de la raíz del mesenterio, se objetiva un área de borramiento de la grasa con múltiples formaciones ganglionares en su interior en relación con pancititis mesentérica. Anatomía patológica: carcinoma epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado (G2) con permeación vascular.

**Juicio clínico:** Carcinoma epidermoide de esófago localmente avanzado.

**Diagnóstico diferencial:** Se establece entre las distintas causas de disfagia esofágica: anillos de Schatzki, divertículos, estenosis péptica, cuerpo extraño (impactación del bolo alimenticio), acalasia, espasmo de la musculatura esofágica, neoplasias pulmonares y linfomas, etilismo crónico, esofagitis eosinofílica, lesiones secundarias a ingestión de cáusticos y escleroterapia de varices esofágicas, esofagitis infecciosa (herpes, cándida).

**Comentario final:** El paciente se encuentra actualmente en seguimiento por Cirugía General y Oncología, en tratamiento quimioterápico neoadyuvante previo a posible cirugía. La disfagia es un síntoma de alarma que

requiere estudios inmediatos. Sus causas son diversas y ante el cuadro clínico lo principal es apoyarse en la anamnesis. La principal herramienta diagnóstica es la endoscopia, que nos ayuda a visualizar lesiones a nivel orofaríngeo o esofágico. Debemos estar alerta ante otros signos o síntomas de alarma como son la pérdida de peso, la anemia y la hematemesis que nos pueden hacer pensar en condiciones más graves.

## Bibliografía

-Gómez-Nussbaumer D, Polanía E. Protocolo diagnóstico de la disfagia. Medicine: Programa de Formación Médica Continuada Acreditada. 2016;12(1):1-56.