



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2714 - Al paciente con disfagia siempre hay que prestarle atención

R.V. Díaz Guevara<sup>a</sup>, T. Salado García<sup>b</sup>, A. Tejada Solana<sup>c</sup>, M. Salado García<sup>d</sup> y M.P. Soto Vallejera<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>c</sup>Enfermera. Centro de Salud Cigales. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud de Tórtola. Valladolid. <sup>d</sup>Enfermera. Hospital General de Villalba. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 59 años. Acude a consulta de AP por disfagia para sólidos, progresiva, de 2 meses, que localiza en epigastrio. No síntomas asociados. AP: DM 2. No IQ. Fumador 2-3 cigarrillos/día desde hace 20 años, bebedor de 1 vino/día. AF: sin interés. Ante la clínica descrita el médico de familia explora al paciente y solicita varias pruebas complementarias (analítica, radiografías y estudio baritado).

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 151/88, FC 105, 58 Kg. BEG. Buena coloración de piel y mucosas. No adenopatías palpables. Abdomen: RHA+, blando, depresible, no doloroso. No masas ni visceromegalias. No soplos. Resto normal. Analítica sanguínea: leve leucocitosis, aumento VSG. No anemia. Perfil lipídico, hepático, renal y metabolismo del hierro normal. Rx tórax y abdomen: sin hallazgos patológicos. Estudio baritado: esófago distal: defecto de contorno circular, con estrechamiento y bordes irregulares, sugestivo de proceso neoformativo. Estómago, bulbo y marco duodenal normal. Ante el hallazgo descrito, el médico de familia contacta con la Unidad de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna para ampliar el estudio. Gastroscoopia: neoplasia esofágica infiltrante ulcerada con ligera estenosis. Cardias y fundus gástrico infiltrados. Biopsia: adenocarcinoma infiltrante y difuso, pobremente diferenciado (G3).

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de esófago medio y distal con infiltración de fundus gástrico. Estadio T4N1Mx.

**Diagnóstico diferencial:** La disfagia esofágica exclusiva a sólidos sugiere etiología mecánica obstructiva: Divertículo Zenker, esclerodermia, cuerpo extraño, ERGE con estenosis péptica.

**Comentario final:** La disfagia es un síntoma que requiere valoración inmediata. La historia clínica y la exploración física ayudan a orientar la disfagia (orofaríngea/esofágica). El primer estudio de la disfagia esofágica se puede realizar en AP solicitando radiología baritada. Es importante investigar la presencia de factores de riesgo (tabaquismo, enolismo, esófago de Barret) que nos obligan a descartar patología maligna.

### Bibliografía

1. Caballero Humet I. Dolor y trastornos de la deglución. En: Espinas Boquet J. Guía de actuación en Atención Primaria, 4ª ed. Barcelona: Semfyc Ediciones, 2011:287-92.
2. Disfagia. Fistera, 2011.
3. Martínez Ibáñez T, Hernández González E. Disfagia. AMF. 2015;11:456-63.

**Palabras clave:** Tabaquismo. Disfagia. Adenocarcinoma. Esófago.