



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/678 - CAUSAS POTENCIALES DE DISFAGIA ESOFÁGICA

A. López León<sup>a</sup>, A. Santaella García<sup>b</sup> y G. García González<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinillo Chico. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años, fumador con un índice acumulado de consumo tabáquico de 40 paquetes/año. Hipertenso y diabético, acude a su médico de familia por disfagia a sólidos de reciente aparición con vómitos alimentarios esporádicos y síndrome constitucional con una pérdida ponderal de 10 kg en un mes. Se solicita endoscopia urgente pero ante la rápida progresión de síntomas con vómitos incoercibles, sialorrea, dolor epigástrico, hipo persistente y estreñimiento de 4 días de evolución, se decide derivación a Servicio de Urgencias Hospitalarias, donde se procede a Ingreso en Servicio de Digestivo por incapacidad deglutoria que requirió colocación de prótesis esofágica. Se diagnostica de neoplasia esofágica localmente avanzada no subsidiaria a tratamiento curativo, por lo que se procede al alta con tratamiento paliativo conjunto desde Atención Primaria y Equipo de soporte de Cuidados Paliativos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Estado general conservado con tez pálida y constantes en rango: Normotenso, eupneico en reposo, saturación oxígeno 98%, glucemia capilar en rango. Abdomen blando, depresible sin palpación de masas, doloroso en región epigástrica sin signos de defensa abdominal. Tránsito intestinal conservado sin signos de lucha. Auscultación cardiorrespiratoria sin hallazgos. Analítica: Hb 11,6 g/dl, VCM 83 fl, urea 38 mg/dl, creatinina 0,68 mg/dl. Perfil hepático y colestásico normal. Proteínas totales 5,9 g/dl. PCR 8,56 mg/dl. Marcadores tumorales negativos. Radiografía de tórax y abdomen sin alteraciones. Endoscopia: a 35 cm de la arcada dentaria, tumoración de gran tamaño irregular friable y ulcerada estenosante que se extiende hasta unión esofagogástrica. TC toraco-abdominal: lesión neoplásica 5,8 cm tercio inferior esofágico de extensión hasta fundus gástrico asociada a gran conglomerado adenopático que se extiende desde hiato diafragmático hasta ligamento gastro-hepático y pancreáticos, relacionándose con cuerpo y cabeza pancreática, tronco celíaco y arteria hepática. Múltiples adenopatías paraesofágicas, paraaórticas bilaterales y retroperitoneales.

**Orientación diagnóstica:** Carcinoma estenosante de esófago pobremente diferenciado localmente avanzado.

**Diagnóstico diferencial:** Trastornos motores esofágicos, neuromusculares y divertículo de Zenker.

**Comentario final:** La importancia del caso radica en la identificación de los síntomas de alarma asociados a patología esofágica para un diagnóstico precoz que aumente las posibilidades terapéuticas dada la característica rápida progresión de la enfermedades malignas esofágicas.

### Bibliografía

1. Mearín F, Elizalde JJ. Enfermedades de esófago. En: Farreras Valentí P, Rozman C, eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012; p. 77-89.

**Palabras clave:** Disfagia. Síndrome constitucional.