



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/2432 - SE ESCONDE Y NO DA LA CARA

A. Sanz Sanz¹, O. Morales Encuentra¹, M. Fernández Ortega² y A. Hernando Alcalá³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Torres. Burgos. ²Médico de Familia. Centro de Salud Las Torres. Burgos. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Agustín. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, obeso, exfumador, sin alergias medicamentosas conocidas, seguido en Endocrinología por diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico, con antecedentes de hipertensión, hiperuricemia, retinopatía diabética y fibrilación auricular cardiovertida. Intervenido de carcinoma basocelular y lipoma en espalda. Tratamiento habitual: Insulina glargina, insulina humana rápida, atenolol + clortalidona, acenocumarol, alopurinol, fluvastatina, metformina, calcifediol. Acudió a su médico de Atención Primaria por lesión recidivante en pie, probablemente asociada a diabetes.

Exploración y pruebas complementarias: Se realizó el índice tobillo brazo, siendo normal, con ausencia de sensibilidad monofilamento. Derivación a Cirugía Vasculard y realización de eco-Doppler de troncos supraaórticos, hallándose accidentalmente tiroides hipertrófico. Derivación a Endocrinología, solicitándose Ecografía de tiroides en la que se visualizó tiroidopatía multinodular y bocio endotorácico, que por no presentar clínica se vigiló cada 4 meses. Semanas después, comenzó con disfagia y dolor, se adelantó la consulta de Endocrinología, y se remitió a Cirugía General para tiroidectomía. Tras tiroidectomía (hallazgo incidental carcinoma papilar de tiroides de patrón folicular T1a) de nuevo presentó disfagia para líquidos y sólidos. Se realizó esofagograma distal, observándose defecto de repleción en la unión gastroesofágica. Tras gastroscopia con biopsia se diagnosticó de adenocarcinoma ulcerado moderadamente diferenciado en unión gastroesofágica, iniciándose estudio de extensión, consultas con Oncología y tratamiento con quimioterapia. El paciente presentó dos episodios hospitalarios relevantes: una fractura de L2, descartándose metástasis tras punción-aspiración con aguja fina, y un TEP masivo.

Orientación diagnóstica: Bocio endotorácico. Neoplasia de esófago.

Diagnóstico diferencial: Acalasia. Enfermedades neuromusculares. Lesiones estructurales (tumores...). Bocio.

Comentario final: El cáncer de esófago suele ser asintomático en los primeros estadios de la enfermedad, por lo que no es inusual que su diagnóstico sea incidental durante el estudio de otros problemas de salud. Los síntomas más frecuentes al diagnóstico son disfagia, disfonía, dolor, tos, y clínica respiratoria. Además de la clasificación por estadios TNM y la histología de la enfermedad, se consideran factores pronósticos importantes el estado nutricional del paciente y el carácter

multidisciplinar del tratamiento

Bibliografía

1. Jiménez Rojas C, Corregidor Sánchez A, Gutiérrez Bezón C. Tratado de Geriátria para Residentes. Sociedad Española de Geriátria y Gerontología. Madrid. 2011. Capítulo 53: p. 545-55.

Palabras clave: Disfagia. Estenosante. Adenocarcinoma.