



283/43 - DOCTOR, TENGO UN NUDO EN EL PECHO

M. Fernández Rodríguez^a, G. Alonso Sánchez^b, T. Álvarez Balseca^c y R. Román Martínez^d

^aMédico Residente de 2º año. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Caravaca de la Cruz. Murcia. ^dMédico Residente. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años que consulta por disfagia de dos meses de evolución para líquidos y sólidos, con pérdida de peso no cuantificada y astenia. Sin alergias medicamentosas, fumador 40 paquetes/año y con antecedentes de espondiloartrosis. Consultó días antes por infección respiratoria, en tratamiento con mucolíticos y antibióticos, sin fiebre ni otra sintomatología. Derivado al servicio de medicina interna por la sospecha de malignidad y tras el resultado de las pruebas complementarias y hallazgo de una nueva lesión en laringe, en comité con oncología, cirugía y ORL se decide tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: AC: rítmica y sin soplos audibles. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, sin puntos dolorosos, no masas ni megalias sin signos de irritación peritoneal. Resto de exploración física sin alteraciones. Rx de tórax: pinzamiento de seno derecho con infiltrado asociado. TC cervical y tórax: adenopatías con necrosis central en cadenas yugulares. Signos radiológicos de EPOC tipo enfisema. Se observa atelectasia basal posterior en LID con imagen central adyacente a arteria pulmonar derecha y esófago de unos 25 mm de difícil distinción del área de atelectasia que sugiere masa central. Gastroscopia: seno piriforme con lesión infiltrativa. Biopsia: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. Bioquímica: glucosa 123, urea 18, creatinina 0,81, Na 143, K 4,4, PCR 7,68. Hemograma: leucocitos 10.600. Hemoglobina 16,2, plaquetas 284.000. Gasometría venosa: pH 7,28, pCO₂ 66, pO₂ 49, HCO₃ 25, saturación O₂: 77%. Marcadores tumorales: CA 125: 43,3, CEA 10,3, PSA 5,65.

Juicio clínico: Neumonía vs lesión pulmonar a estudio. Disfagia. Ca laringe.

Diagnóstico diferencial: Absceso pulmonar, infarto pulmonar, neumonía de lenta resolución, neumonía pseudotumoral. Cáncer de esófago.

Comentario final: Los procesos atelectásicos y congestivos pueden simular tumores o dificultar su apreciación. El diagnóstico nos lo dará la clínica, las alteraciones hematológicas, evolución clínica y radiológica en las siguientes dos semanas, con la citología de esputo, pues los tumores pueden provocar e incluso debutar con cuadros neumónicos secundarios. La disfagia se presenta como la sensación de que la comida o los líquidos se quedan detenidos en mitad del tórax, cuando el tumor o

los ganglios afectados comprimen el esófago.

Bibliografía

1. Farreras Valentí P. Medicina Interna. Barcelona: Elsevier; 2016.