



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/770 - EL SEÑOR ESCAMOSO

N. Martín Salvador^a, C. Martínez Badillo^b, C. García Iglesias^c y F. Balduvino Gallo^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ^dMédico Residente 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años, sin alergias medicamentosas, independiente, antecedentes de DM 2, HTA, dislipemia, arteriopatía periférica. Exfumador (IPA 50) y exbebedor desde hace 2 años. Tratamiento con metformina, enalapril, rosuvastatina, adiro, omeprazol. Acude a su médico de Atención Primaria por disnea de esfuerzo (mMRC 3) y astenia de 2-3 meses de evolución. En los últimos días dolor centrotorácico continuo, tipo pinchazos, aumenta con la inspiración profunda y con los movimientos del tronco, no mejora con la inclinación hacia delante. Sin palpitaciones ni síncope. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes en rango de normalidad. Consciente, orientado, eupneico. Sin ingurgitación yugular. Auscultación cardiopulmonar: soplo sistólico aórtico II/VI no irradiado a carótidas, murmullo vesicular conservado. Abdomen: globuloso, depresible, sin signos de peritonismo. Extremidades inferiores: leves edemas con fóvea en calcetín. Se solicita analítica, electrocardiograma y Rx tórax. Analítica: microcitosis e hipocromía sin anemia pero con ferropenia, aumento de GPT y GGT, VSG 123 mm. Electrocardiograma: ritmo sinusal 95 lpm, sin alteraciones. Rx tórax: imagen pseudonodular en lóbulo inferior derecho, segmento posterior. En su historial consta leucocitosis crónica estudiada por Hematología con citogenética negativa. Se decide solicitar interconsulta al Servicio de Medicina Interna para ampliar pruebas complementarias. Ecocardiograma: dimensiones normales de cavidades cardíacas y aorta ascendente. Función sistólica global y segmentaria conservadas. Válvulas ligeramente degeneradas, funcionalmente normales. TAC toraco-abdomino-pélvico: cambios crónicos en parénquima pulmonar con imagen sugestiva de granuloma en lóbulo inferior izquierdo. Adenopatías de aspecto patológico en ligamento gastrohepático. Marcadores tumorales: Ca 72,4, 342,5 (N < 5), resto en rango de normalidad. Gastroscopia: lesión esofágica en tercio medio ocupando 60% de la circunferencia. Anatomía patológica: carcinoma escamoso no queratinizante, ulcerado.

Orientación diagnóstica: Carcinoma escamoso (epidermoide) de esófago.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca, pericarditis aguda, síndrome coronario agudo, síndrome aórtico agudo, síndrome de Tietze.

Comentario final: El tabaquismo y enolismo son factores de riesgo de carcinoma epidermoide de

esófago, que en la actualidad es menos frecuente (< 30% tumores esofágicos) que el adenocarcinoma, y sólo el 35% aparecen en tercio medio. El síntoma principal es la disfagia, aunque en este caso debutó con dolor torácico. Elevada mortalidad (supervivencia < 5% a los cinco años).

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012; p. 764-5.

Palabras clave: Esófago. Adenopatías. Carcinoma escamoso.