

# DIAGNÓSTICO INFRECLENTE DURNTE EL ESTUDIO DE DISFAGIA: CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO.

UNCOMMON DIAGNOSIS WHILE STUDYING DYSPHAGIA: ADVANCED LUNG CANCER.

Díaz Alcázar MM, García Robles A, Martín-Lagos Maldonado A

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

## Resumen

Varón de 65 años que consulta por disfagia progresiva acompañada de pérdida de peso. En tránsito esófago-gastro-duodenal se objetiva defecto de repleción en tercio medio esofágico, por lo que se realiza endoscopia digestiva alta que muestra a ese nivel estenosis esofágica franqueable con área de mucosa ulcerada y excavada. Se toman biopsias, cuyo estudio histológico sugiere carcinoma pulmonar de células pequeñas. El estudio se completa con tomografía computarizada, que visualiza conglomerado adenopático en mediastino que infiltra esófago y masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo.

La disfagia puede complicar la evolución del 6-7% de los pacientes con cáncer de pulmón, sin embargo, no es habitual que sea la primera manifestación del tumor.

**Palabras clave:** Disfagia, estenosis esofágica, cáncer de pulmón.

## Abstract

A 65-year-old male presents with progressive dysphagia and weight loss. Oesophageal transit shows a filling defect in the middle third of the esophagus, so an esophagogastroduodenoscopy is performed. It objectifies an oesophageal stricture, permeable, with ulcerated and excavated mucosa. Biopsies are taken, and its histological study suggests small cell lung carcinoma. The study is completed with a computed tomography scan, which shows mediastinal adenopathies that infiltrate the esophagus and a lung mass in the left lower lobe.

Dysphagia is a complication that can appear in the evolution of 6-7% of patients with lung cancer. However, it is not usual as the first manifestation of the tumour.

**Keywords:** Dysphagia, esophageal stricture, lung cancer.

## CORRESPONDENCIA

María del Mar Díaz Alcázar  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio  
18016 Granada  
[mmardiazalcazar@gmail.com](mailto:mmardiazalcazar@gmail.com)

Fecha de envío: 01/02/2021

Fecha de aceptación: 07/09/2021

## Cuerpo

Varón de 65 años sin antecedentes médicos de interés que consulta en Atención Primaria por disfagia progresiva a sólidos y líquidos de semanas de evolución acompañada de pérdida de peso. Se solicita tránsito esófago-gastro-duodenal con hallazgo de defecto de repleción en tercio medio esofágico que dificulta el paso de contraste, de bordes definidos, compatible con tumoración esofágica de aspecto

submucoso o mesenquimal (Figura 1). Se realiza endoscopia digestiva alta que confirma estenosis esofágica franqueable en esófago medio (a 26-29 cm de arcada dentaria) con área de mucosa ulcerada, excavada y friable al roce (Figura 2). Se toman biopsias, cuyo estudio histológico sugiere carcinoma pulmonar de células pequeñas. Se completa el estudio con tomografía computarizada con contraste que visualiza conglomerado adenopático en mediastino que infiltra esófago y masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo sugestiva de neoformación pulmonar (Figura 3).

La disfagia puede complicar la evolución del 6-7% de los pacientes con cáncer de pulmón, sin embargo, no es habitual que sea la primera manifestación del tumor<sup>1,2</sup>. Puede deberse a la extensión del tumor hacia el esófago o a la compresión externa del esófago por el propio tumor o por adenopatías mediastínicas, como en el caso descrito<sup>1,3</sup>. Otras causas de disfagia en el contexto de una neoplasia pulmonar pueden ser la alteración de la deglución por metástasis cerebrales o por afectación orofaríngea<sup>1,3</sup>. También se puede producir disfagia por esofagitis o estenosis esofágica secundaria al tratamiento del tumor con radioterapia mediastínica<sup>1,3</sup>.

La presencia de disfagia en pacientes con cáncer de pulmón aumenta el riesgo de aspiración, neumonía y malnutrición, y se asocia a peor calidad de vida<sup>1,3</sup>. En individuos en que se desarrolla una fístula traqueoesofágica el riesgo de mala evolución es aún mayor<sup>1,3</sup>.

Las opciones de tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón y disfagia dependen del mecanismo que produce la disfagia, pero entre las posibilidades terapéuticas se incluyen dilatación endoscópica, prótesis esofágica, cirugía, radioterapia, o gastrostomía percutánea para nutrición, entre otras<sup>1,2</sup>.

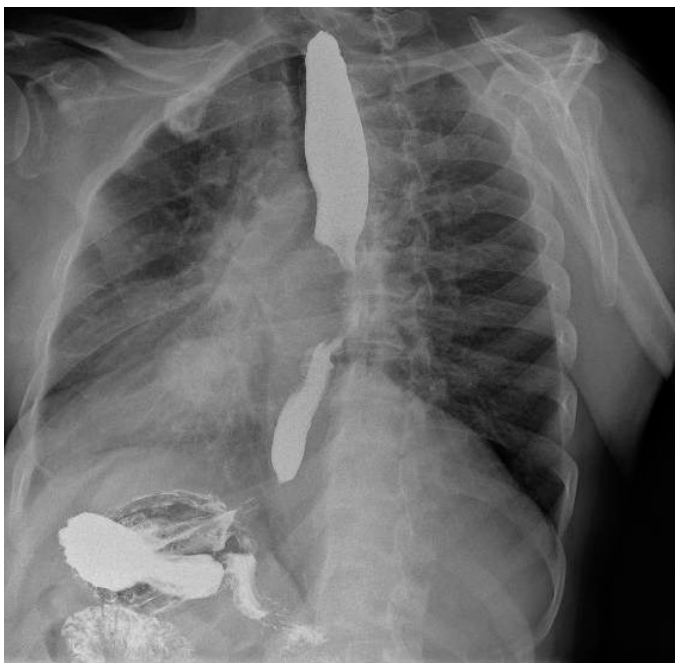


Figura 1

Imagen de tránsito esófago-gastro-duodenal que muestra defecto de repleción en tercio medio esofágico que dificulta el paso de contraste y masa pulmonar en lóbulo inferior izquierdo.

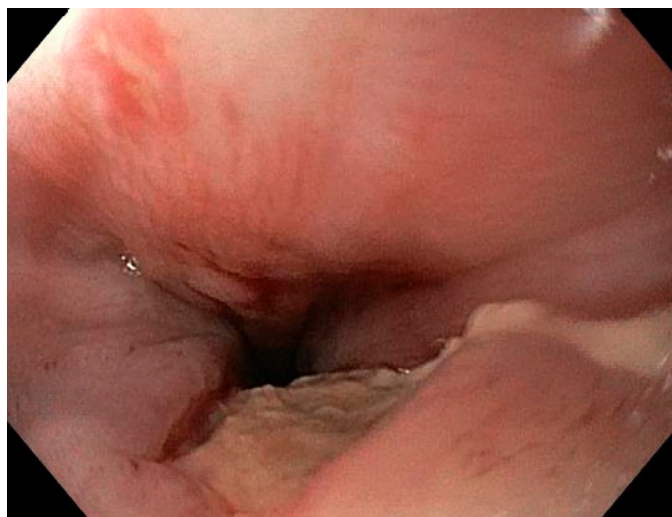


Figura 2

Imagen de endoscopia digestiva alta en que se observa estenosis esofágica con área ulcerada.

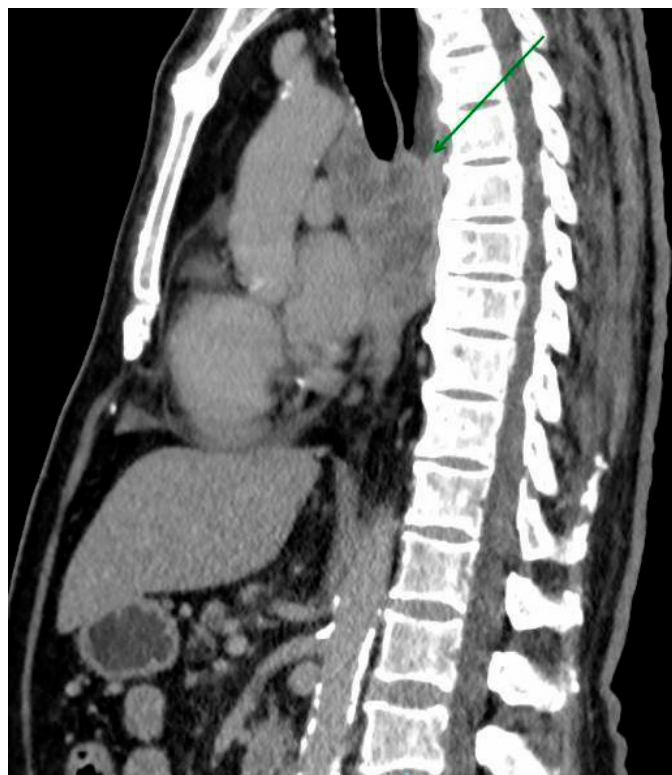


Figura 3

Corte sagital de tomografía computarizada toracoabdominal que objetiva conglomerado adenopático mediastínico que engloba esófago.

## Bibliografía

1. Markos P, Sisko Markos I, Ivekovic H, Bilic B, Rustemovic N. Self-expandable metal stent for dysphagia caused by mediastinal masses in patients with lung cancer. Arab J Gastroenterol 2019;20(1):28-31.

2. Kim J, Min YW, Lee H, Min BH, Lee JH, Rhee PL, et al. Comparative study of esophageal self-expandable metallic stent insertion and gastrostomy feeding for dysphagia caused by lung cancer. *Korean J Gastroenterol* 2018;71(3):124-31.

3. Yanık F, Karamustafaoğlu YA, Yörük Y. Esophageal self-expandable metal stent placement for the palliation of dysphagia due to lung cancer. *Türk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg* 2019;27(1):88-92.