¡Y eso que se había buscado expresamente!

Palomo Sanz V[1], Orío Moreno E[1], Bárcena Miguel R[2], Zancada Martínez B[1], Morales Gutiérrez F[2], Ruiz Arriazu A[2]

[1]Médico. [2]DUE. Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Varón de 80 años, hipertenso, exfumador desde hace 2 años (60 paquetes/año), exbebedor de más de 40 g de alcohol diarios hasta hace 1 año, portador de marcapasos por bloqueo AV de segundo grado Mobitz II sintomático hace 6 meses. Dos meses después acude a su médico por llevar una semana con síntomas catarrales, tos escasa, odinofagia y expectoración abundante mucoso-salivar. La exploración física es anodina y se prescribe paracetamol e hidratación abundante.

A los 10 días el paciente vuelve a consulta sin mejoría, con exploración igualmente irrelevante y se le prescribe acetilcisteína (200 mg/8 horas) durante 10 días. Transcurrido este tiempo el paciente sigue sin mejorar, por lo que vuelve de nuevo a consulta: el cuadro parece banal, la expectoración sigue siendo clara y muy abundante, tanto que a veces se atraganta con ella. Tampoco hay fiebre ni síntomas respiratorios bajos, pero el paciente se queja sobre todo de dolor al tragar en hipofaringe derecha, con inspección faríngea dificultosa por náuseas pero normal. Sin convencimiento, se prescribe amoxicilina (500 mg/8 horas) durante 8 días.

A los 20 días el paciente sigue presentando odinofagia derecha que le hace comer menos y ha perdido un kilo de peso. Persiste asimismo la expulsión casi continua de flemas claras sialorreicas. La inspección faríngea sigue siendo anodina, no se palpan adenopatías y la palpación externa de laringe presenta una buena movilidad sin adherencias ni asimetrías. La auscultación cardiopulmonar también es normal. El paciente niega clínica de reflujo, pero se le prescribe omeprazol (20 mg/12 horas) persiguiendo un diagnóstico *ex juvantibus*. Asimismo, por los antecedentes tabáquicos, se solicita interconsulta preferente con ORL, analítica y placa de tórax.

A los 10 días el cuadro no ha mejorado. La placa de tórax es normal, en la analítica sólo aparece discreta anemia ferropénica con Hb de 11 g y la cita con ORL es para dentro de 2 meses. El paciente sigue refiriendo odinofagia alta derecha, disfagia, saliveo y atragantamientos frecuentes. Ha perdido 4 Kg de peso desde el comienzo porque hace dieta prácticamente por batidora. Por ello se deriva a urgencias del hospital a la atención de ORL. Ese mismo día le valora el ORL y le hace fibroscopia que se informa como normal. Le indican seguir con el omeprazol e ibuprofeno y volver a consulta en el plazo citado.

Transcurre casi un mes y el paciente sigue empeorando. Come cada vez menos por la disfagia y odinofagia, con atragantamientos frecuentes y expulsión prácticamente continua de saliva sin sangre. Sigue perdiendo peso y refiere que expulsó con las flemas una gragea de hierro que había ingerido 24 horas antes (a pesar de haber comido 3 veces a lo largo de ese día), por lo que su médico sospecha un divertículo y por ello se le remite nuevamente a urgencias para valoración por Digestivo. Le hacen una endoscopia hasta duodeno que resulta normal, pero al sacar el endoscopio encuentran una posible lesión que se visualiza mal por restos de saliva, escasamente sangrante en "epiglotis-seno piriforme". Avisado el ORL, repite la fibroscopia que es normal salvo retención de saliva en senos piriformes, más en lado derecho. Aconsejan que siga el mismo tratamiento junto con metamizol y/o paracetamol y que acuda el día citado a consulta de ORL.

Quince días más tarde el paciente ha perdido unos 10 kg de peso y se encuentra débil y algo deshidratado. En los últimos 2 días apenas ha comido algún yogur. Una vez más se deriva a Urgencias hospitalarias ante el progresivo empeoramiento de su estado general y allí deciden ingresarle para estudio y rehidratación/alimentación parenteral. Por la tarde una nueva fibroscopia laríngea muestra cavum libre, epiglotis normal, cuerdas móviles,

ERRORES MÉDICOS

retención de saliva en seno piriforme derecho y tras Valsalva se aprecia una tumoración excrecente y friable de repliegue ariepiglótico derecho con afectación de pared medial de seno piriforme y ocupación del mismo por masa tumoral. En TAC cervical se aprecia tumoración en seno piriforme derecho; en TAC pulmonar no se aprecian metástasis. La biopsia de la lesión se informa como carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de seno piriforme. Una semana más tarde se realiza laringuectomía total con vaciamiento ganglionar funcional bilateral. La anatomía patológica de la pieza se informa como tumoración supraglótica de 5x4x2,5 cm, con diagnóstico de carcinoma epidermoide pobremente diferenciado localizado en supraglotis que afecta a cara posterior y anterolateral de epiglotis y ambos pliegues aritenoepiglóticos, con estadiaje patológico T3 N0 Mx estadio III. De los 31 ganglios resecados ninguno tenía infiltración metastásica. Por la edad del paciente posteriormente a la cirugía se decidió una conducta expectante sin radioterapia ni quimioterapia adyuvante.

COMENTARIO

Visto el desarrollo del caso clínico precedente, la conclusión es que ya no nos podemos fiar ni de nuestra propia vista a través de la pantalla del endoscopio; tal parece que la lesión se escondiera al paso del instrumento de manera que fueron precisas tres fibroscopias para llegar a visualizar la lesión, que no era pequeña precisamente (5x4x2,5cm), y ello a pesar de que ya en la segunda vez se iba tras el aviso previo del digestólogo. Está claro que en este caso el error no fue del médico de cabecera, y una vez más se aprecia que quien nunca miente es la clínica.

El cáncer de laringe es una neoplasia maligna frecuente; es el segundo cáncer respiratorio más frecuente después del de pulmón. Dentro del ámbito de la otorrinolaringología es la afección neoplásica maligna más frecuente, ya que supone el 45-53,7% de todos los carcinomas de cabeza y cuello. En Europa es más frecuente en países del sur que en el norte, sobre todo en los del área mediterránea, como España, Francia e Italia; se llegan a observar tasas de incidencia del orden de 20-40 casos por 100.000 habitantes/año, mientras que en los países escandinavos las tasas de incidencia son de 1-10 casos por 100.000 habitantes/año. En España supone el 4% de todas las neoplasias y ocupa el sexto lugar en la mortalidad por cáncer en los varones y el cuarto puesto en los años potenciales de vida perdidos.

El más común es el escamocelular (95% de todos los casos). Éste es más frecuente en hombres entre 60 y 70 años de edad, con factores de riesgo, como el antecedente de consumo de cigarrillos y/o alcohol (cuya combinación aumenta el riesgo), o en trabajadores expuestos a sustancias como pinturas, metales, plásticos, combustibles... Otros factores que se han visto implicados en el desarrollo de este tipo de cáncer son el reflujo faringolaríngeo y algunas cepas del virus del papiloma humano.

La supervivencia a los 5 años de pacientes con cáncer de laringe en general es de 66% aproximadamente, lo que lo convierte en uno de los más curables. Esto depende en gran parte del sitio en que se origina. Aparece con mayor frecuencia en glotis o pliegues vocales verdaderos (59%), supraglotis (40%) y subglotis (1 %).

Los signos clínicos que pueden hacer sospechar un cáncer de laringe son disfonía, disfagia y disnea (las tres d). La sintomatología depende de la localización del tumor. En los supraglóticos, más frecuentes en países latinos, los síntomas son muy inespecíficos y en general de aparición más tardía (sensación de hormigueo y molestias leves con picores, sensación de tener algo en la garganta constantemente, tos irritativa o disfagia). Los tumores glóticos producen sobe todo disfonía que, al ser síntoma relativamente precoz, permite un diagnóstico en estadios iniciales. Los tumores subglóticos suelen debutar con disnea. Los síntomas tardan en aparecer, lo que hace que el diagnóstico se haga habitualmente en estadios avanzados. En el caso de que el tumor se extienda a la parte inferior de la faringe (garganta) puede haber dificultad para tragar alimentos o incluso dolor al tragar (odinofagia).

Los factores pronósticos adversos de mayor importancia en el caso de los cánceres laríngeos son aumento de la etapa T y etapa N. Otros factores pronósticos son el sexo, edad, estado general y características patológicas del tumor, incluyendo grado y profundidad de la invasión.