



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-339 - DOCTOR, TENGO GASES

M.I. Valmorisco Rodríguez, M. Robles Torres y M.C. Ruiz Camacho

CS San Fernando.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, con antecedentes de diabetes mellitus 2, diagnosticada hace pocos años, y dislipemia, en tratamiento con metformina/vidagliptina, glimepirida y atorvastatina. Acude a su médico por sensación de plenitud gástrica y molestias en hemiabdomen derecho con abundantes gases de varias semanas de evolución. Por la anamnesis se descubre también descontrol de glucemias.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente presenta buen estado general, sin focalidad neurológica, con ictericia conjuntival y cutánea leve y lesiones de rascado. Auscultación normal. Abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación, no se palpan masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Se realiza combur test: glucosa, hematies y bilirrubina. Se solicita analítica sanguínea. A la semana siguiente, la paciente acude de nuevo por coluria, acolia y síntomas dispépticos sin vómitos ni fiebre. Analítica: hemograma normal. Bioquímica: glucosa 225, HbA1c 7,5%, Bi total 5,2, Bi directa 4,6, CT 261, LDL 155, GOT 129, GPT 395, GGT 522, FA 295, CA 19.9 458,8. Su médico le realiza ecografía abdominal en el centro de salud: dilatación de conductos biliares intrahepáticos, colédoco de 1,3 mm. En cabeza de páncreas LOE de bordes imprecisos de 2,5 × 2 cm. Se deriva a la paciente al servicio de urgencias y ante hallazgos analíticos se decide ingreso en Medicina Interna para completar estudio. Se realiza colangioRMN: hígado de tamaño y morfología normal, sin lesiones focales ni alteraciones en la intensidad de señal. Vesícula biliar sin litiasis, aumentada de tamaño. Vía biliar intra y extrahepáticas muy dilatadas. Colédoco de 17 mm obstruido a 4 cm del hilio hepático. No se aprecian cálculos. Páncreas atrófico con Wirsung arrosariado y dilatado. Cabeza pancreática aumentada de tamaño con señal irregular. Tras inyección IV de contraste, apreciamos captación muy irregular. Sugestivo de carcinoma de páncreas. Se realiza estudio de extensión con TAC toraco-abdominal: masa en cabeza pancreática de 35 × 25 mm, hipodensa, con dilatación secundaria de Wirsung, colédoco, vesícula y resto de vía biliar, sugestivo de adenocarcinoma. Eje portal permeable. No signos de extensión. Se deriva a la paciente a cirugía hepatobiliar para tratamiento quirúrgico. Se indica tratamiento concomitante con quimioterapia y radioterapia. Se realiza seguimiento por endocrino por insuficiencia pancreática endocrina y exocrina.

Juicio clínico: Diabetes mellitus tipo 2, colestasis extrahepática por adenocarcinoma ductal de cabeza de páncreas moderadamente diferenciado, con invasión vascular linfática e invasión perineural. Estadiaje T3N1Mx. IIB.

Diagnóstico diferencial: Adenocarcinoma de páncreas, colestasis extrahepática litiásica.

Comentario final: El cáncer de páncreas es uno de los que mayor mortalidad presenta a su diagnóstico, ya que los síntomas son tardíos y dificultan su diagnóstico en estadios iniciales. El screening es controvertido, y solo se realiza en paciente de alto riesgo. Debemos sospecharlo en pacientes con dolor abdominal epigástrico, dispepsia, ictericia, coluria, acolia y prurito. Hasta el 50% de los pacientes con neoplasia pancreática presentan DM, aunque este mecanismo es desconocido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.