



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/96 - DIABETES POSPANCREATECTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.Á. María Tablado^a, S.S. Murga Alvarado^b, C. Magaña^c, C. Rojo Villaescusa^d y D. El Atiaoui^e

^aMédico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. Madrid. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María de los Llanos. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 51 años. Mujer. Marroquí. Sin antecedentes familiares ni personales de HTA, dislipemia, diabetes. Único antecedente cesárea. No sabe si diabetes gestacional. No fumadora. IMC 26. Presentó un ingreso por ictericia (colangitis) hace 6 años con colocación de prótesis biliar. Se realiza ecoendoscopia con imagen en ampolla de Vater sugerente de tumor (biopsia negativa). Se retira prótesis hace 2 meses por desplazamiento. Ingresos por colangitis aguda que precisa nueva endoprótesis. En ecoendoscopia de control se observa la tumoración ampollar que se biopsia con resultado de adenocarcinoma. Se realiza cirugía duodenopancreatectomía cefálica (Whipple) y reconstrucción Y de Roux. Anatomía patológica: Adenocarcinoma tipo pancreaticobiliar de ampolla de Vater bien diferenciado (Grado 1) que infiltra pared duodenal estadio pT2N0. Durante el ingreso presenta sepsis de herida quirúrgica que se resuelve con antibioterapia y drenaje. Hiperglucemias durante el ingreso (desconocemos cifras) que precisan tratamiento con Insulina. Tratamiento al alta: paracetamol sp. cefuroxima sp. metronidazol sp. omeprazol sp. Hibor. Insulina Lantus 16-0-0. La paciente pone un aviso a domicilio a nuestro enfermero para cura de herida pues ha sido dada de alta esa mañana y mancha el apósito. No le han explicado cómo funciona la pluma de insulina, no le han dado tiras ni glucómetro. Está debilitada y con dieta líquida progresiva para Y de Roux. Ha comprado la insulina y no sabe cómo administrarla. Acude médico y enfermero.

Exploración y pruebas complementarias: Mareada. Palidez cutánea mucosa. TA 97/57. Consciente y orientada. Afebril. ACP. Rítmica, Normal ventilación. Abdomen. Blando y depresible, no masas, no megalias, Doloroso escaso con ruidos conservados. Cicatriz de laparotomía perfecta. Realizamos glucemia capilar: 87 mg/dl. Se decide no administrar insulina y realizar glucemias en ayunas y un perfil unos días después. Todas las cifras posteriores estaban en límites normales. El histórico de glucemias basales: 1 año antes de la cirugía (110 mg/dl), preoperatoria (118 mg/dl), postoperatoria con insulina pauta (112 mg/dl). Glucemia basal 6 meses poscirugía sin tratamiento: 130 mg/dl.

Juicio clínico: Diabetes tipo 2. Secundaria a pancreatectomía.

Diagnóstico diferencial: Prediabetes que se convierte en diabetes tipo 2.

Comentario final: La cirugía de Whipple es una cirugía reglada que pretende extirpar el tumor y la menor cantidad de páncreas para evitar la recidiva. Se combina con una reconstrucción tipo Y de Roux. Es una técnica cuyo éxito depende de la pericia del cirujano y precisamente vinculada a esa pericia es la posibilidad de desarrollar diabetes. Cantidad de páncreas preservado, calidad de las células beta que quedan. La prevalencia de diabetes oscila entre un 1% al 20%. La presencia de hiperglucemia en el ingreso es atribuible a estrés propio de la cirugía y la técnica en sí misma. La paciente fue dada de alta con Insulina que no preciso en ningún momento. Es un error grave no explicar a la familia y paciente los riesgos inherentes a la insulinización. Si esta paciente se hubiera puesto la primera dosis de insulina habría tenido una hipoglucemia grave. Sería interesante tener una HbA1c previa cirugía y poscirugía por ver la posibilidad de ser prediabética. Queda demostrado que el páncreas por pequeña cantidad que se conserve es eficaz en su función endocrina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hirata K, Nakata B et al. Predictive factors for change of diabetes mellitus status after pancreatectomy in preoperative diabetic and nondiabetic patients. J Gastrointest Surg. 2014;18(9):1597-603.