



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2832 - Pronóstico fatal en paciente joven y sano

L. Alli Alonso<sup>a</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>b</sup>, M.P. Carlos González<sup>c</sup>, M.J. Labrador Hernández<sup>d</sup>, N. Santos Méndez<sup>e</sup>, V. Acosta Ramón<sup>f</sup>, V.E. Choquehuanca Núñez<sup>g</sup>, A. García Martínez<sup>h</sup>, M. Ibrahim Elsayed<sup>h</sup> y M. Caballero Álvarez<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. <sup>e</sup>Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 52 años, con vómitos y abdominalgia desde hace 4 días. Es el quinto episodio que padece desde enero. Ha perdido 4 kg en los últimos meses. Fumador y bebedor ocasional. En 2006 tuvo VHC que recibió tratamiento con triple terapia, consiguiendo negativizar RNA VHC hasta la actualidad. No otros antecedentes ni medicación habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. Leve DH. Abdomen: blando y depresible, molestia epigástrica a la palpación, no masas ni megalias. RHA+. PC: HG. Leucocitos 9.800/ $\mu$ L, Hb 14,5 g/dl, plaquetas 141.000/ $\mu$ L. BQ FA 97 U/L, amilasa 188 U/L, lipasa 140 U/L, LDH 410 U/L, PCR 10,6 mg/dl, Fe 6  $\mu$ L/dl, IST 2%, ferritina 512 ng/ml. Marcadores tumorales: CA 19.9: 233. Eco abdominal: colección pancreática 9  $\times$  5 cm de aspecto quístico, sobre la pared posterior de la cámara gástrica. TAC: Masa pancreática de 3,8  $\times$  3,1 cm a nivel corporocaudal; infiltración de v. esplénicos, grasa retroperitoneal, peripancreática y pararenal izquierda. Colección hipodensa de 15  $\times$  4,5 cm desde curvatura mayor gástrica a espacio subfrénico, compatible con pseudoquiste pancreático. Lesiones intrahepáticas por ambos lóbulos, comportamiento de MTS en fase arterial y portal. Adenopatías locales pancreáticas. Biopsia hepática: ADC, compatible con MTS de ADC ductal pancreático.

**Juicio clínico:** ADC de páncreas con MTS hepáticas. Seudoquiste pancreático.

**Diagnóstico diferencial:** Paciente hiperfrecuentador, celiacua, enfermedad ulcerosa, gastritis, GEA de repetición.

**Comentario final:** El cáncer de páncreas es más común en varones, > 60 años, fumadores y en dietas ricas en carne y grasas. Cursa con náuseas-vómitos, ictericia, grandes pérdidas de peso por malabsorción y dolor abdominal. Cuando se diagnostica, < 20% son susceptibles de operar dado el estado avanzado de la enfermedad. En cuanto al VHC, así como sí se relaciona con el carcinoma hepático, aún no se ha demostrado que favorezca el desarrollo de tumores pancreáticos. Los divertículos tampoco guardan relación. Por esto resultaba muy difícil sospechar el diagnóstico final

de nuestro paciente. El tratamiento que decidimos fue drenar colección quística y derivar a Oncología para tratamiento específico.

### **Bibliografía**

1. Porta M, Fabregat X, Malats N, et al. Exocrine pancreatic cancer: symptoms at presentation and their relation to tumour site and stage. Clin Transl Oncol. 2005;7:189.

**Palabras clave:** *Vómitos. ADC pancreático.*