



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1338 - HIPERGLUCEMIA MAL CONTROLADA NOS LLEVA AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PÁNCREAS ASINTOMÁTICO

J. Fuentes Cruzado<sup>a</sup>, M.E. Renilla Sánchez<sup>b</sup>, M. Medina Sampedro<sup>c</sup> y J.M. Molina Ramos<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años hipertensa, consulta en atención primaria por poliuria, polidipsia y pérdida de 2-3 kg de peso desde hace dos semanas. Glucemia en torno a 400 mg/dl, sin acidosis ni cetosis; por lo que se deriva a urgencias, donde tras control metabólico, se da de alta con metformina y pauta de insulina rápida. Dos días después, se remite nuevamente al hospital por malos controles glucémicos, 500 mg/dl, asintomática.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física normal. Gasometría venosa y hemograma sin alteraciones, bioquímica con hiperglucemia e hipertransaminasemia; sistemático con glucosuria y cetonuria. Dado el mal control metabólico y la hipertransaminasemia sin claro desencadenante, se ingresa para tratamiento y completar estudio. Elevación de antígeno carcinoembrionario (CEA) y antígeno CA 19.9. Ecografía abdominopélvica sin alteraciones. TAC abdominopélvico: nódulo sólido en cabeza de páncreas y lesión ocupante de espacio (LOE) en cúpula hepática. En la CPRE se objetiva papila duodenal, con biopsia compatible con adenocarcinoma de células claras. Laparoscopia exploradora con exéresis en segmentos II y VIII, informadas como metástasis de carcinoma de células claras. La negatividad para CD10 y positividad para CEA en todas las biopsias descartan origen renal neoplásico.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de células claras de páncreas.

**Diagnóstico diferencial:** Ante un paciente con mal control glucémico, desde atención primaria debemos descartar transgresión dietética, incumplimiento terapéutico, estrés, infecciones, fármacos hiperglucemiantes (tiazidas, esteroides, agonistas beta-adrenérgicos) y patología tumoral.

**Comentario final:** En atención primaria, estamos habituados a la diabetes mellitus (DM) y su amplio manejo terapéutico, pese a ello es frecuente el mal control metabólico, siendo preciso indagar su causa. La rentabilidad de realizar cribado de cáncer es muy baja dada la alta incidencia de DM en la población general. Sin embargo, si consideramos un grupo de riesgo, el inicio de DM no sólo podría ser un factor de riesgo de desarrollo de cáncer de páncreas, sino un signo temprano. En el diagnóstico precoz, los marcadores tumorales (CEA y CA19.9) no son útiles porque se elevan cuando el tumor ya es irreseccable. Dado el mal pronóstico y la elevada incidencia del cáncer pancreático, es esencial identificar pacientes de alto riesgo o diabéticos de nueva aparición, para la detección temprana y tratamiento precoz a fin de aumentar supervivencia.

## **Bibliografía**

1. Ben Q, Cai Q, Li Z, Yuan Y, Ning X, Deng S, et al. The relationship between new-onset diabetes mellitus and pancreatic cancer risk: A case control study. *Eur J Cancer*. 2011;47:248-54.
2. Tao Kuang T, Yong Jin D, Song Wang D, Feng Xu X, Ling Ni X, Chuan Wu V, et al. Clinical epidemiological analysis of the relationship between pancreatic cancer and diabetes mellitus. *J Digest Dis*. 2009;10:26-9.
3. Pannala R, Leirness JB, Bamlet WR, Basu A, Petersen GM, Chari ST. Prevalence and clinical profile of pancreatic cancer-associated diabetes mellitus. *Gastroenterology*. 2008;134:981-7.
4. Gullo L, Pezzilli R, Morselli - Labate AM. La diabetes y el riesgo de cáncer de páncreas. *N Engl J Med*. 1994;331:81-4.

**Palabras clave:** *Hiperglucemia. Diabetes mellitus. Cáncer. Páncreas.*