



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3336 - INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA

M. Cordero Cervantes^a, E.M. Cano Cabo^b, E.M. Prieto Piquero^c, G. García Estrada^d, M.L. García Estrada^b, R. Cenjor Martín^e, L. López Liébana^f, L. López Menéndez^g, M. Maceira Failache^h y A. Gómez Menendezⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. ^dMédico de Familia. Urgencias Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colloto. Oviedo. ^gMédico Residente. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. ^hMédico de Familia. Santa Eulalia de Oscos. Asturias. ⁱDUE. Hospital San Agustín. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años. Fumador de 30 cigarrillos/día y bebedor de más de 60 g/día. Antecedentes familiares: madre, padre y primos con diabetes mellitus (DM) tipo 2. Antecedentes personales de HTA. Ingreso hace 8 años por pancreatitis aguda. Recientemente fue dado de alta por reagudización de pancreatitis crónica (PC) de etiología tóxica (alcohol y tabaco). Acude a la consulta porque en analítica de preoperatorio para fimosis se determina una glucemia basal de 296 mg/dl. Además cuenta clínica cardinal con polidipsia y pérdida de peso. Refiere además haber tenido algunas infecciones de piel y borrosidad intermitente con moscas volantes. Tratamiento: irbesartán 150 mg, simvastatina 10 mg y se inicia tratamiento con metformina 850 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Talla: 1,74 cm, peso: 86.800 kg, IMC: 28,5, perímetro abdominal: 107,5 cm, TA: 135/84. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Hemograma: Hb 12,3 g/dl, plaquetas: 129.000, TP 61%. Bioquímica: HbA1C 12,2. Glucemia basal: 300 mg/dl, Péptido C: 3,59 (0,5-1,5), Cr: 0,7, sodio 140, potasio: 3,9, ferritina 3.912, B-12 328, fólculo 7,9, colesterol total: 290, HDL: 36, triglicéridos: 300, LDL: 150. TSH: 2,27. Orina: microalbuminuria 38,3 mg/g. Sedimento normal. Heces: elastasa 25 µg E1/g (200-500). ECG: ritmo sinusal. TC abdomino-pélvico: calcificación en cola pancreática. Grave esteatosis hepática difusa. Fondo de ojo: sin signos de retinopatía diabética.

Juicio clínico: Diabetes secundaria a pancreatitis crónica con insuficiencia pancreática exocrina (IPE).

Diagnóstico diferencial: DM tipo 1 y 2, DM secundarias (enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, inducidas por fármacos o sustancias).

Comentario final: La DM es una de las principales complicaciones de la PC. La disfunción del páncreas exocrino altera la función endocrina y viceversa, es el resultado de la destrucción de las células beta productoras de insulina. En la PC de origen alcohólico, el riesgo global de trastornos de la glucorregulación es de alrededor del 40-65% a los 10 años y el riesgo de diabetes

insulinodependiente es de alrededor del 24% a los 10 años, existiendo una correlación entre la aparición de las calcificaciones pancreáticas, la IPE y la diabetes.

Bibliografía

1. Rickels MR, Bellin M, Toledo FGS, et al. Pancreatology. 2013;13:336-42.

Palabras clave: *Diabetes mellitus. Pancreatitis crónica.*