



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3717 - MI DIABETES VA MAL Y NO SÉ POR QUÉ

I. García Terán<sup>a</sup>, M. Díez Muñiz-alique<sup>b</sup>, F. González García<sup>c</sup> y C. Macarrón Azofra<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 74 años, fumador y con antecedentes de hipertrofia benigna de próstata, cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 hace 4 años, en tratamiento con metformina, glicazida y sitagliptina. Buen control metabólico desde el diagnóstico (HbA1c 6,5-7%) y sin complicaciones secundarias. Acude a la consulta de Primaria refiriendo empeoramiento glucémico sin causa aparente, no había hecho cambios en estilo de vida, medicación, ni presentaba clínica infecciosa. Tampoco refería dolor abdominal, síndrome constitucional o clínica digestiva. Se indica acudir a revisión por parte de su endocrino, donde se realizan estudios ante la sospecha de lesiones subyacentes.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física anodina. Analítica: destaca glucemia basal (283 mg/dl) y hemoglobina glicosilada (10,1%) elevadas. Marcadores tumorales: CA 19.9 elevado. TAC abdominal: nódulo de 2,1 x 1,7 cm en cuerpo pancreático, hipodenso, respeta planos grasos de separación con las estructuras vecinas, sugestivo de proceso neofornativo. RMN: confirma los hallazgos del TAC. No se evidenciaron adenopatías en área pancreática o metástasis a otros niveles.

**Orientación diagnóstica:** Empeoramiento metabólico secundaria a neofornación del cuerpo pancreático.

**Diagnóstico diferencial:** Incumplimiento terapéutico. Pancreatitis intercurrente. Cirrosis hepática.

**Comentario final:** Se inició insulinización y el paciente fue derivado a Cirugía dónde se realiza esplenopancreatectomía corporocaudal. La anatomía patológica confirmó la existencia de adenocarcinoma ductal pancreático. Se derivó a Oncología para valorar tratamiento complementario. La mayoría de los tumores pancreáticos son adenocarcinomas. El 70% se localizan en la cabeza pancreática. Son muchos los posibles factores de riesgo implicados en su desarrollo. Suele ser asintomático en fases iniciales, detectándose tarde y siendo difícil de tratar dada su rápida diseminación. El marcador tumoral más utilizado es CA 19.9. La asociación diabetes y carcinoma pancreático ha sido muy estudiada Mientras la diabetes de años de evolución, ha sido considerada un factor etiológico para el desarrollo de cáncer de páncreas, un diagnóstico reciente de la misma

podría corresponder a una manifestación inicial del tumor.

### **Bibliografía**

1. Fernández del Castillo C, Tanabe K, Howell D, et al. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of exocrine pancreatic cancer. UpToDate, 2018.
2. Fernández del Castillo C, Tanabe K, Jiménez R, et al. Epidemiology and nonfamilial risk factors for exocrine pancreatic cancer. UpToDate, 2018.

**Palabras clave:** Diabetes. Hiperglucemia. Cáncer de páncreas.