

y/o antidepresivos tricíclicos) son efectivos para los trastornos psicológicos y para tratar y prevenir la migraña<sup>1</sup>. Los estabilizadores del estado de ánimo son utilizados para la profilaxis de la migraña. Se pueden utilizar las benzodicepinas, pero no a largo plazo por el desarrollo de tolerancia.

La psicoterapia ayuda al tratamiento y prevención de ambas afecciones y a su comorbilidad. Las técnicas de relajación, la terapia cognitivo-conductual, el mindfulness y la terapia de aceptación y compromiso son eficaces en estos pacientes<sup>2,3,9,10</sup>.

En el paciente que se presenta las migrañas coexistentes con un trastorno ansioso-depresivo de larga evolución que no se estaba abordando debido a que la queja principal y persistente era el dolor de cabeza. Cuando se abordaron conjuntamente ambos trastornos es cuando hubo una mejoría muy significativa de las manifestaciones clínicas.

## Conclusiones

A los médicos de familia nos conviene tener presente la frecuente comorbilidad de migraña y trastornos psiquiátricos, como es el caso del paciente que se ha presentado, por varias razones: a) esta asociación implica estar vigilantes para poderla diagnosticar; b) pueden existir factores genéticos y/o ambientales y/o psicológicos comunes que condicionan su coexistencia, y c) la comorbilidad tiene implicaciones en el tratamiento y prevención, que se debe llevar a cabo para conseguir una mayor calidad de vida de los pacientes.

Desde atención primaria se puede tratar a estos pacientes con fármacos y psicoterapia en sucesivas consultas programadas.

## Bibliografía

1. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2012; doi: 10.1007/s00415-012-6725-x.
2. Dindo L, Recober A, Marchman JN, Turvey C, O'Hara MW. One-day behavioral treatment for patients with comorbidity depression and migraine: A pilot study. *Behav Res Ther*. 2012;50:537-43.
3. Mo'tamedi H, Rezaieamaram P, Tavallaie A. The effectiveness of a group-based acceptance and commitment additive therapy on rehabilitation of female outpatients with chronic headache: Preliminary findings reducing 3 dimensions of headache impact-head. *Headache*. 2012;1106-19.
4. Yong N, Hua H, Xiaoping F, Xuelian L, Ran L, Yuan Q, et al. Prevalence and risk factors for depression and anxiety among outpatient migraineurs in mainland China. *J Headache Pain*. 2012;13:303-10.
5. Yamada K, Moriawaki K, Oiso H, Ishigook J. High prevalence of comorbidity of migraine in outpatients with panic disorder and effectiveness of psychopharmacotherapy for both disorders: A retrospective open label study. *Psych Res*. 2011;185: 145-8.
6. Burstein R, Jakubowski M. Neural substrate of depression during migraine. *Neurol Sci*. 2009;30 Suppl 1:S27-31.
7. Burstein R, Strassman A, Moskowitz M. Can cortical spreading depression activate central trigeminovascular neurons without peripheral input? Pitfalls of a new concept. *Cephalalgia*. 2012;32:509-11.
8. Diener H-C, Gaul C, Jensen R, Göbel H, Heinze A, Silberstein SD. Integrated headache care. *Cephalalgia*. 2011;31: 1039-47.
9. Grazzi L, Andrasik F. Non-pharmacological approaches in migraine prophylaxis: Behavioral medicine. *Neurol Sci*. 2010;31 Suppl 1:S133-5.
10. Ibáñez-Tarín C, Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *Semerger*. 2012;38:377-87.

R. Ramírez Parrondo<sup>a,c,\*</sup> y E. Arrieta Antón<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Médico de Familia, Medicina Psicosomática, Psicoterapeuta, Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Segovia Rural, Sacyl, Segovia, España

<sup>c</sup> Grupo de Trabajo de Neurología de SEMERGEN, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rrparrondo@yahoo.es

(R. Ramírez Parrondo).

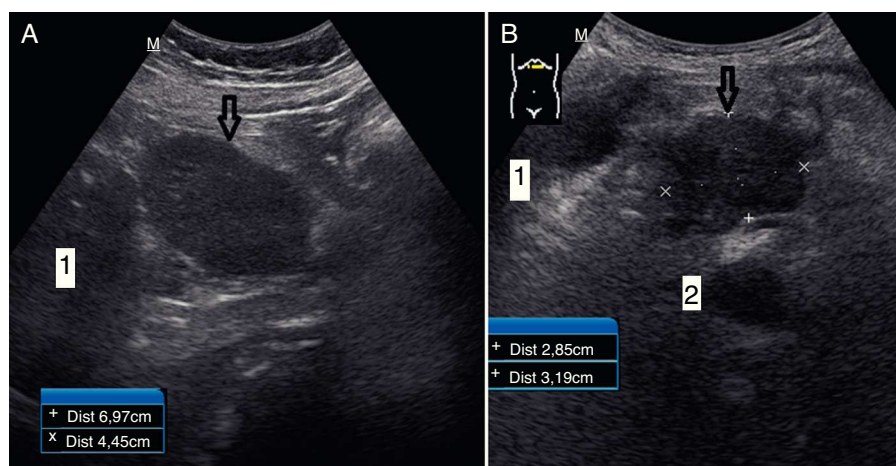
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.09.007>

## Dispepsia con síntomas de alarma: endoscopia sí, pero también ecografía

### Dyspepsia with alarm symptoms: Endoscopy yes, but ultrasound as well

El uso de la ecografía en la consulta de atención primaria (AP) puede ser de indudable ayuda para el médico clínico para mejorar su rendimiento y disminuir la incertidumbre del proceso diagnóstico, aunque es una técnica dependiente del operador que requiere formación y experiencia<sup>1,2</sup>. Por otro lado, es necesaria una definición de los escenarios clínicos en los que la prueba puede ser asumida de forma eficiente, fiable y segura por los médicos

de AP<sup>3</sup>. El dolor inespecífico en la parte superior del abdomen puede ser uno de esos escenarios. En el algoritmo diagnóstico de la dispepsia no investigada, la Guía de Práctica Clínica española<sup>4</sup> (revisada en 2012) propone, una vez excluidas las causas farmacológicas, valorar la edad (> 55 años) y los síntomas de alarma (pérdida de peso no intencionada, vómitos intensos y recurrentes, disfagia u odinofagia, anemia, hematemesis o melena, masa abdominal palpable, ictericia o linfadenopatías). Si existe alguno de ellos, se recomienda realizar una endoscopia sin demora para descartar neoplasia gástrica o esofágica. No obstante, entre otras causas poco frecuentes y graves de dispepsia, se incluye también la neoplasia de páncreas y hepatobiliar<sup>4</sup>, para cuyo diagnóstico de sospecha la ecografía es de primera elección, siendo una prueba inocua y accesible si se realiza en AP.



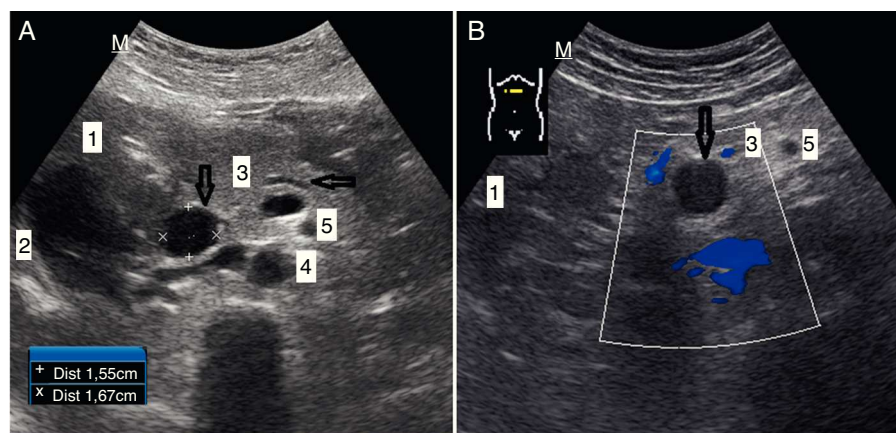
**Figura 1** Masa epigástrica en el caso 1 (A) y masa en páncreas del caso 2 (B), señaladas con las marcas. Estructuras de referencia: hígado (1), aorta (2).

Presentamos 4 casos clínicos ocurridos en nuestro centro de salud en los últimos 2 años, donde disponemos de ecógrafo.

**Caso 1.** Mujer de 58 años, con antecedentes de fibromialgia, timoma intervenido hace 30 años y osteoporosis secundaria con fracturas vertebrales. Presenta dolor epigástrico de 3 meses de evolución, de intensidad moderada, no irradiado ni acompañado de vómitos, que no se alivia con omeprazol. No pérdida de peso. Una analítica reciente es normal. Se pide endoscopia (demora de 3 meses), pero se cita también al día siguiente (ayuno de 8 h) para realizar una ecografía en el centro. Se visualiza una masa epigástrica de  $7 \times 4,5$  cm (fig. 1A) de ecogenicidad heterogénea, por lo que se deriva a Digestivo por circuito rápido; fue vista en 3 días, realizándose tomografía computarizada (TC). La masa en TC parecía depender de duodeno (posible tumor GIST), pero en la ecoendoscopia resultó ser una neoplasia de páncreas, y en la biopsia un carcinoma indiferenciado. Aunque se planificó inicialmente cirugía, en la TC realizada al mes de la derivación aparecieron metástasis hepáticas, pautando una quimioterapia paliativa. La paciente falleció 9 meses después.

**Caso 2.** Mujer de 82 años, con antecedentes de espondiloartrosis, sin otra afección de interés, con único tratamiento con paracetamol a demanda. Desde hace 6 meses presenta dolor dorsolumbar de mayor intensidad, por lo que ha precisado subir escala analgésica a tramadol, sin respuesta clínica, planteando parches de fentanilo. La radiografía dorsolumbar no presenta cambios respecto a previas. En su última consulta refiere también dolor epigástrico y vómitos, y pérdida de 4 kg de peso en el último mes. Se pide una endoscopia preferente, que se cita dentro de 2 meses. Se realiza una ecografía en el centro al día siguiente en ayunas, visualizándose masa en cabeza y cuerpo de páncreas de 3,2 cm (fig. 1B). Se remite para ingreso hospitalario al día siguiente confirmando la TC los hallazgos ecográficos, con infiltración de vasos y órganos adyacentes, por lo que se decide quimioterapia y tratamiento analgésico paliativos. La paciente falleció 6 meses después.

**Caso 3.** Mujer de 65 años, intervenida por hernia de hiato hace 6 años. Hace un año consulta por pirosis y dolor retroesternal que empeora con la ingesta de determinados alimentos, a pesar de omeprazol. Rechaza hacerse pruebas



**Figura 2** Dilatación del colédoco y el conducto de Wirsung del caso 3 (A) e imagen hipoeecogénica en cabeza de páncreas en el caso 4 (B), señaladas por las flechas. Estructuras de referencia: hígado (1), vesícula biliar (2), páncreas (3), aorta (4) y arteria mesentérica superior (5).

complementarias, se añaden procinéticos con mejoría. Actualmente, vuelve a consultar por empeoramiento de síntomas. La exploración fue normal, aumentando las dosis de omeprazol y domperidona. Diez días más tarde consulta por pérdida de peso por intolerancia a alimentos; se pide analítica y una endoscopia, y se realiza ecografía en AP al día siguiente, en la que presenta vesícula biliar muy distendida sin ecos en su interior; en zona del hilio biliar presenta colédoco aumentado de 12 mm y signo del doble carril. En el páncreas, el colédoco de 16 mm y el conducto de Wirsung de 2,5 mm (fig. 2A). La analítica realizada ese día presentó (en U/L) GGT 3.991, fosfatasa alcalina 1.569, transaminasas 188 y 292, y bilirrubina total 1,3 mg/dl. Tras ser enviada a Digestivo por circuito rápido, se diagnostica mediante TC y ecoendoscopia un ampuloma T3N0 y se indica cirugía.

**Caso 4.** Varón de 75 años, con antecedentes de hipertensión, diabetes, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica y demencia vascular. Presenta molestias abdominales difusas, anorexia y un vómito; analítica (en U/L) con GGT 648, fosfatasa alcalina 538, transaminasas 299 y 115, y bilirrubina total 2 mg/dl. Ante esta analítica, se realiza una ecografía en AP donde se visualiza una imagen hipo/anecogénica en la zona de la cabeza de páncreas de 2 cm (fig. 2B), sin contenido ni septos en su interior, y vesícula biliar con contenido ecogénico. Se deriva a Digestivo por circuito rápido, comprobando en la TC y la resonancia magnética (RM) una imagen en proceso en el uncinado pancreático, que indica cistoadenoma mucinoso. El paciente mejora espontáneamente, tanto clínica como analíticamente, por lo que se ha demorado la ecoendoscopia diagnóstica y se mantiene actitud expectante, dada la situación basal del paciente, la etiología probablemente benigna del proceso y la resolución del episodio de obstrucción de la vía biliar.

Se trata de 4 casos de dispepsia de origen pancreático, con presentaciones clínicas variadas. En todos los casos se realizó un diagnóstico de sospecha inmediato debido a la disponibilidad y utilización de ecografía en AP por los médicos de familia, realizándose una derivación rápida y otras pruebas de imagen en menos de 15 días en todos los casos.

Aunque las técnicas de imagen de elección para el estudio de lesiones pancreáticas son la TC y la RM<sup>9</sup>, la ecografía suele ser la primera técnica empleada ante diversos cuadros abdominales y es con frecuencia la que primero detecta la afección a este nivel. Las limitaciones vienen derivadas fundamentalmente de la interposición de gas intestinal, requiriendo ayuno de 8 h. En manos expertas, la ecografía abdominal tiene una sensibilidad del 80-90% y una especificidad del 90-97%<sup>6-8</sup>, que probablemente sea menor en personal con menos experiencia<sup>8</sup> como los médicos de familia, aunque estos disponen de la información clínica de primera mano para valorar los hallazgos ecográficos (o la ausencia de ellos) en su contexto.

La incidencia de neoplasia de páncreas no es alta (2% de nuevos cánceres diagnosticados en EE. UU.<sup>6</sup> y 2,6% en España<sup>9</sup>), pero es la 4.<sup>a</sup> causa de mortalidad por cáncer en EE. UU. y la 6.<sup>a</sup> en España. Respecto a otras causas de dispepsia graves (neoplasias de estómago y esófago), la incidencia es algo menor (8,4 y 2,8 por 100.000 habitantes, respectivamente, frente a 5,5 el cáncer de páncreas), pero la mortalidad es similar (6,0, 2,3 y 5,3)<sup>9</sup>. En el momento del

diagnóstico, más de la mitad de los casos tienen metástasis y solo un 8% son localizados y susceptibles de cirugía. La tasa de supervivencia a los 5 años es solo del 4% (del 17% si son localizados) y, al contrario que otros cánceres, la supervivencia no ha aumentado en los últimos 25 años<sup>6</sup>. No existen síntomas o hallazgos clínicos que identifiquen específicamente a un grupo de pacientes en estadios potencialmente curables<sup>8</sup>. Es, por tanto, dudoso que un diagnóstico temprano mejore el pronóstico, aunque la disponibilidad de ecógrafos en AP puede abrir una vía de investigación en este sentido.

Creemos que la ecografía debería figurar en el algoritmo diagnóstico de la Guía de Dispepsia<sup>4</sup> en los casos de dispepsia con síntomas de alarma.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Esquerrà M, Roura P, Masat T, Canal V, Maideu J, Cruxent R. Eco-  
grafía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los  
médicos de familia. *Aten Primaria*. 2012;44:576-85.
- Vicente-Molinero A, Aznar-Cantín S, Yáñez-Rodríguez F. Eco-  
grafía en Atención Primaria: estado de la cuestión. *SEMERGEN*.  
2009;35:58-61.
- Alonso R, Díaz S. La ecografía en atención primaria. *Rev Médicos  
Familia*. 2012;14:28-30.
- Gisbert JP, Calvet X, Ferrándiz J, Mascort JJ, Alonso-Coello P,  
Mar M. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica  
clínica. Actualización 2012. Resumen Ejecutivo. *Aten Prima-  
ria* 2012;44: 728-33 [consultado 14 Jul 2013]. Disponible en:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.003>
- Cuevas A, Boned J, Martín J, Fernández P, Cano M, Esteban F.  
Aportación de la ecografía y la tomografía computarizada en el  
estudio del páncreas. *Gastroenterol Integrada*. 2000;1:413-20.
- Freelove R, Walling AD. Pancreatic cancer: Diagnostic and mana-  
gement. *Am Fam Phys*. 2006;73:485-92.
- Karlson BM, Ekblom A, Lindgren PG, Källskog V, Rastad J. Abdo-  
minal US for diagnosis of pancreatic tumor: Prospective cohort  
analysis. *Radiology*. 1999;213:107-11.
- Guidelines for the management of patients with pancreatic can-  
cer periampullary and ampullary carcinomas. *Gut*. 2005;54:1-16.
- GLOBOCAN 2008 (International Agency for Research on Cancer-  
WHO) Section of Cancer Information [consultado 24 Jul 2013].  
Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/factsheet.asp>.

R. Alonso Roca<sup>a,\*</sup>, E. Armela Sánchez-Crespo<sup>b</sup>, A.I. Martín  
Fernández<sup>b</sup>, P. Chao Escuer<sup>c</sup> y R. Vázquez Borque<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Consultorio de Torrejón de la Calzada, Centro de Salud  
de Griñón, Área Sur Madrid, Madrid, España

<sup>b</sup> Centro de Salud de Pinto, Área Sur Madrid, Madrid,  
España

<sup>c</sup> Consultorio de Batres/Serranillos, Centro de Salud de  
Griñón, Área Sur Madrid, Madrid, España

<sup>d</sup> Centro de Salud de Griñón, Área Sur Madrid, Madrid,  
España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alonsorocarafael@gmail.com](mailto:alonsorocarafael@gmail.com)  
(R. Alonso Roca).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.09.002>