



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/131 - ALGO MÁS QUE UNA LUMBALGIA

N. Vázquez González<sup>a</sup>, M. Cintado Sillero<sup>b</sup> y C. García Vertedor<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año. CS San Andrés Torcal. Málaga. <sup>b</sup>Médico de Urgencias. Hospital Alta Resolución Benalmádena. Málaga. <sup>c</sup>Médico de Urgencias. Hospital Costa del Sol Marbella. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes: NAMC. Hiperuricemia. Síndrome depresivo. Linfocitosis T monoclonal en seguimiento por hematología. Fumador 30 cigarrillos al día. Etilismo importante hasta hace 17 años. Tratamiento habitual: Ibuprofeno, clorazepato dipotásico. Paciente de 54 años que acude a consulta refiriendo dolor en fosas renales de dos días de evolución sin otros síntomas asociados. Tras combur test se prescribe ciprofloxacino e ibuprofeno. Dos días después, acude refiriendo persistencia del dolor con irradiación a epigastrio y orina colúrica. A la exploración, destaca abdomen defendido derivándose a urgencias. En el último mes, refiere pérdida de peso de 7 kg, astenia e hiporexia que achaca al trabajo (hostelería). Evolución: en el hospital, permanece estable hemodinámicamente con buena tolerancia oral y dolor abdominal pese analgesia. Se presenta para tratamiento paliativo y se remite a CUDECA. En domicilio, precisa varias visitas por disnea (derrame pleural derecho) tanto por su médico de atención primaria como por CUDECA y DCCU. Tratamiento: salbutamol, atrovent, furosemida y morfina. En la última visita, el paciente solicita traslado a centro de CUDECA para ingreso para descarga familiar. Fallece tres semanas después del diagnóstico.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normotenso, eupneico y afebril. Buen estado general, bien hidratado y perfundido, consciente y orientado. ACP: rítmico, sin soplos. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, dolor leve a la palpación en epigastrio, Murphy y Blumberg negativos, no se palpan masas ni megalias, puño percusión renal negativa. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. Analítica: leucocitos 12.600, Hb 13,8, plaquetas 120.000. Actividad protrombina 33%, INR 1,94. Glucosa 141, urea 21, creatinina 0,52, GOT 99, GPT 97, GGT 497, BT 5,2, FA 234, LDH 766, albúmina 2,8, PCR 13,5, ferritina 3.577, sodio 134, potasio 4,2. CEA y PSA normal, CA 19,9: 5.395. Rx tórax: índice cardiotorácico aumentado, no alteraciones parénquima pulmonar. Rx abdomen: luminograma inespecífico. Ecografía abdomen: múltiples LOE en ambos lóbulos hepáticos con halo hipoeocogénico que plantea descartar proceso neoplásico. Litiasis biliar de 21 mm. TAC toraco-abdominal: masa en cola pancreática de 11 × 9 cm que engloba arteria esplénica y colapsa vena esplénica. También infiltra la pared suprarrenal izquierda. Ecoendoscopia: masa > 5 cm de aspecto irregular en cola de páncreas.

**Juicio clínico:** Neoplasia de páncreas estadio IV. Insuficiencia hepática.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia, cólico renal, cólico biliar, colangitis, colecistitis, pancreatitis, neoplasia hepática, colangiocarcinoma...

**Comentario final:** En ocasiones, tras síntomas que en principio no destacan por gravedad pueden esconderse patologías de gran relevancia. Importancia de realizar el seguimiento del paciente y de su familia tras el diagnóstico aportando apoyo biopsicosocial.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nguyen VY, Hurton S, Ayloo S, Molinari M. Advances in Pancreatic Cancer: The Role of Metabolomics. *Journal of the Pancreas*. 2015;16:244-8.
2. Van Daele D, Martinive P, Loly C, Collignon J, Gast P, Louis E. Point de vue critique sur l'approche actuelle du cancer du pancreas localisé. *Revue medicale de Liege*. 2015;70:540-5.
3. Trocha SD. Pancreas cancer: why bother? *J Gastrointest Oncol*. 2015;6: 341-2.