



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

160/1118 - Adenocarcinoma de páncreas

J.M. Sánchez Hernández^a, F. Reviejo Rodríguez^b, M. Orellana Gómez^a, K. Calderón Minier^c, Z. Bernard de Casco^c, C. Bedoya Sánchez^b y G. Salvador Salvador^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Estación. Ávila. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Ávila Estación. Ávila. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sureste. Ávila. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Muñana. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 42 años, con antecedente de dispepsia funcional y gastritis crónica diagnosticada en marzo 2015. Fumador de 20 cigarrillos/día. Acude a urgencias por presentar dolor abdominal recurrente, localizado en epigastrio y mesogastrio, irradiado a espalda, de 5 meses de evolución, más intenso en la última semana, asociado a pérdida de peso (8 kg en 5 meses), inapetencia, astenia, náuseas con vómitos ocasionales de contenido alimentario, sensación distérmica, sin fiebre, estreñimiento con episodio de diarrea en los últimos 10 días y orinas ligeramente colúricas, sin otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: TA:112/69 mmHg, T^a 37 °C. FC:117 lpm. BEG, eupneico, afebril. En la exploración destaca delgadez, tinte icterico conjuntival, abdomen con RHA aumentados, blando, depresible, timpánico, doloroso a la palpación profunda en todo el abdomen con predominio en epigastrio. Sin signos de irritación peritoneal, masas ni visceromegalias. PPL bilateral dolorosa. Resto normal. En analítica presenta hemograma, coagulación, creatinina, urea, iones y PCR normales, destacando: glucosa 170 mg/dl, bilirrubina total 6 mg/dl, bilirrubina directa 4,2 mg/dl, bilirrubina indirecta 1,80 mg/dl, GOT 116 U/l, GPT 266 U/l, GGT 785 U/l, LDH 222 U/l, FA 145 U/l. En sistemático de orina: bilirrubina 4 mg/dl, urobilinógeno 3 mg/dl, leucocitos 75 cel/?l, eritrocitos 10 cel/?l, nitritos negativo, sedimento normal. Conforme a la clínica y la alteración del perfil hepático se decide realizar ecografía abdominal objetivándose una dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con cambio brusco de calibre lo que hace necesario descartar lesión neoplásica de la vía biliar extrahepática. Se determinan marcadores tumorales: Ca 19,9: 174,84 U/ml, CEA 2,29 ng/ml y Ca 12,5: 12,5 U/ml. Se complementa el estudio con TAC abdominal y pélvico donde se plantea diagnóstico diferencial entre colangiocarcinoma de colédoco con amplia infiltración del parénquima pancreático adyacente y neoplasia de páncreas. Su resecabilidad es dudosa por la posible afectación del confluente venoso esplácnico. Su estadificación es T3 N1 M0. Además se realiza ecoendoscopia visualizándose a nivel de cabeza y cuerpo de páncreas, una pseudomasa mal delimitada de 38 mm, sin infiltración vascular, se biopsia y realiza CPRE con colocación de prótesis por estenosis de colédoco distal. La anatomía patológica determina: adenocarcinoma de páncreas moderadamente diferenciado. Los cirujanos deciden neoadyuvancia con QT+/-RT por la proximidad de vasos principales y según respuesta re-evaluar posibilidad quirúrgica. Se inicia primer ciclo de Folfrinox.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de páncreas.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar, pancreatitis crónica, colangiocarcinoma.

Comentario final: El cáncer de páncreas inicialmente suele ser asintomático o presentarse con síntomas inespecíficos, entre los cuales destacan el síndrome constitucional y dolor abdominal, que suele localizarse en epigástrico y/o en ambos hipocondrios, de intensidad severa, irradiándose en cinturón a las regiones dorsolumbares. Además puede manifestarse con caquexia, ictericia, diarrea con esteatorrea, DM, náuseas, vómitos, tromboflebitis migratoria y hemorragia digestiva. La cirugía continúa siendo la única opción terapéutica potencialmente curativa, y el tratamiento de referencia en los pacientes con enfermedad diseminada es la quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khosravi P, Díaz VM. Adenocarcinoma de Páncreas: Actualizaciones Terapéuticas. An Med Interna. 2005;22(8):1-5.