Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1935

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2714 - Cáncer de páncreas y diabetes: nuevos retos a los que enfrentarse

M.N. Plasencia Martínez[a], A.M. Cebrián Cuenca[b], M.F. Galvis Padilla[c], M.Á. Quintans Armental[c], I.M. Martínez Ardil[d], J.F. García García[e] y E. Palacín Prieto[a]

[a]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. [b]Médico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena.[c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia.[d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Barrio de Peral. Cartagena. Murcia.[e]Médico Residente de 1[er] año. Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Cartagena.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 34 años de edad sin hábitos tóxicos. Antecedentes de pancreatitis aguda no filiada entre los 7-12 años, y padre y abuela con cáncer de páncreas a los 42 y 52 años, respectivamente. Consulta por dolor abdominal difuso de varios días de evolución, ocasionalmente localizado en hipocondrio derecho, que aumenta con la ingesta, sin alteraciones del hábito intestinal. Asimismo se detecta poliuria, polidipsia y leve pérdida de peso. Tras detectar cifras altas de glucemia se remitió para estudio por Endocrinología y Digestivo, sometiéndosele a estudios de imagen que informan de masa pancreática.

Exploración y pruebas complementarias: EF: buena hidratación de piel y mucosas. Afebril. Abdomen blando y depresible, sin visceromegalias, ni signos de peritonismo. Dolor difuso a la palpación. Peristaltismo conservado. Resto de exploración por aparatos normal. Analíticas sanguíneas y orina: glucosa 316 mg/dl. Hemoglobina glicosilada 8,6%. Resto, normal. Ecografía abdominal: vesícula biliar alitiásica, de paredes finas. Vía biliar no dilatada. Cuerpo pancreático mal definido, aumentado de tamaño, con dilatación del conducto pancreático. TC abdominal: área hipocaptante de contornos mal definidos en la cabeza pancreática que condiciona una amputación brusca del conducto pancreático principal. Laparotomía exploradora: masa pétrea en cabeza pancreática de 5-6 cm con abundante circulación colateral. Siembra miliar

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

hepática. La biopsia intraoperatoria informa de metástasis hepática de adenocarcinoma de bajo grado de origen pancreático.

Juicio clínico: Diabetes mellitus tipo 1. Neoplasia pancreática.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis crónica reagudizada, neoplasia pancreática, úlcera gastro-duodenal, hepatitis, dispepsia funcional.

Comentario final: El cáncer pancreático, con una supervivencia a 5 años menor 5%, es el cáncer más letal. La resección precoz, cuando es 2 cm, es la única estrategia que ha mejorado la supervivencia, pero el 85% son irresecables al diagnóstico. La rentabilidad del screening del cáncer pancreático en pacientes con factores de riesgo (FR) conocidos, como la pancreatitis hereditaria y los antecedentes familiares de neoplasia pancreática, presentes en nuestro paciente, es controvertida. Sin embargo, están surgiendo nuevas posibilidades preventivas. Aunque la relación entre diabetes y cáncer pancreático no se conoce con precisión, ha sido ampliamente descrita. Publicaciones recientes apuntan a la diabetes como un FR, de manera que un aumento de la glucemia en 0,56 mmol/L (10 mg/dL) se asocia con un aumento en un 14% de la tasa de cáncer pancreático. Asimismo, el tabaquismo también ha sido descrito como otro FR de esta neoplasia. Dirigir los esfuerzos de detección y tratamiento precoz de la diabetes, inviable por otra parte en la población global, así como de prevención y deshabituación tabáquica en aquellos pacientes con FR asociados de cáncer de páncreas podría ser una estrategia viable para aumentar la supervivencia en esta población. El papel del médico de Atención Primaria es clave antes estos nuevos retos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liao WC, Tu YK, Wu MS, Lin JT, Wang HP, Chien KL. Blood glucose concentration and risk of pancreatic cancer: systematic review and dose-response meta-analysis. BMJ. 2015 2;349:g7371.

2. Herrigel DJ, Moss RA. Diabetes mellitus as a novel risk factor for gastrointestinal malignancies. Postgrad Med. 2014;126:106-18.

3. López Serrano A. Risk factors and early diagnosis of pancreatic cancer. Gastroenterol Hepatol. 2010;33:382-90.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.