



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

## 160/2110 - Dolor abdominal de larga evolución

R.F. Sánchez Lizarraga<sup>a</sup>, E.M. Fernández Cueto<sup>b</sup>, M.S. Fernández Guillén<sup>c</sup>, A.M. Fernández López<sup>d</sup>, M. Martínez Hernández<sup>e</sup> y M. González<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años sin antecedentes personales de interés. Fumadora 1 paquete/día que acude a urgencias refiriendo desde hace 8 meses tiene episodios de dolor abdominal en Hipocondrio derecho/epigastrio que ceden con analgesia habitual (nolotil y paracetamol), no náuseas ni vómitos, diarreas frecuentes (heces líquidas en nº de 5-6 sin productos patológicos por las mañanas) alternando con estreñimiento. También refiere astenia y anorexia con pérdida de 15 Kg de peso. Niega ictericia o prurito. Afebril. No otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, caquética. Afebril. Eupneica en reposo. No adenopatías laterocervicales, no ictericia. TA: 100/50 FC: 92 Sat O2: 98%. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando y depresible. Doloroso a la palpación en epigastrio, sensación de empastamiento en hipocondrio derecho. No defensa ni signos de irritación peritoneal. Peristaltismo conservado. Timpanismo adecuado. Hemograma: Hgb 12,0 g/dL. Leucocitos  $11.72 \times 10^9/L$  (N 73,6%). Plaquetas  $295.000 \times 10^9/L$ . Bioquímica: glucosa 95 mg/dL. GPT 535 UI/L, LDH 391 UI/L, amilasemia 64, bilirrubina 2,7 mg/dL (esterificada 2,1, no esterificada 0,6). Rx tórax: normal. Rx abdomen: normal. Ecografía abdominal: hipoeogenicidad de la cabeza pancreática que pudiera estar en relación con proceso neoformativo en esta localización y que provoca dilatación de vía biliar intra y extrahepática secundarias. Colelitiasis sin signos de colecistitis aguda en la exploración actual.

**Juicio clínico:** Neoplasia cabeza de páncreas. Síndrome constitucional.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis. Cólico biliar. Pancreatitis. Colangitis. Cólico renoureteral.

**Comentario final:** El cáncer de páncreas es un tumor con una elevada mortalidad, constituyendo la octava causa de muerte por cáncer en hombres y la novena en mujeres a nivel mundial. Su manejo es complejo, ya que generalmente en el momento del diagnóstico nos encontramos con un estadio avanzado y el arsenal terapéutico del que disponemos actualmente para su tratamiento es limitado. La incidencia del cáncer de páncreas está aumentando en los últimos años. El riesgo de padecerlo aumenta con la edad, con un pico de máxima incidencia entre los 60-70 años, y una relación hombre-mujer de 1,3:1. El síndrome constitucional (SC) está integrado por la tríada sintomática de astenia, anorexia y adelgazamiento (pérdida de peso involuntaria), independientemente de otros síntomas o signos asociados a su etiología. Los tumores malignos

son la causa principal de SC. Entre ellos sobresalen por orden de frecuencia: las neoplasias digestivas (cáncer pancreático, cáncer gástrico, cáncer colorrectal y hepatocarcinoma), las metástasis óseas y hepáticas y los tumores genitourinarios (cánceres de próstata y de ovario). Con menos frecuencia linfomas y leucemias. Cánceres tan prevalentes como los de mama y pulmón, suelen dar manifestaciones sintomáticas que orientan hacia su diagnóstico, desvelando qué hay detrás del SC.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Burris HA 3rd, Moore MJ, Andersen J, Green MR, Rothenberg ML, Modiano MR, et al. Improvements in survival and clinical benefit with gemcitabine as first-line therapy for patients with advanced pancreas cancer: a randomized trial. *J Clin Oncol.* 1997;15(6):2403-13.
2. Canto MI, Harinck F, Hruban RH, Offerhaus GJ, Poley JW, Kamel I, et al.; International Cancer of Pancreas Screening (CAPS) Consortium. International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium summit on the management of patients with increased risk for familial pancreatic cancer. *Gut.* 2013;62(3):339-47.