Semergen. 2015;41 (Espec Congr):887

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1226 - No siempre es el páncreas: Hiperamilasemia asintomática. A propósito de un caso

G. Luque Pérez[a], C. Cobos Bosquet[a], B. Moyano Carrera[b] y P. Gantes Nieto[c]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla. [b]Médico de Familia. 061 Distrito Sevilla. [c]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 73 años, con dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica revascularizada y accidente cerebrovascular isquémico como antecedentes de interés, que acude a consulta por aparición de edemas bilaterales en miembros inferiores (MMII) y en cuello de un mes de evolución, que se han incrementado en los últimos 4 días. Deterioro de su estado basal, con aparición de disnea a mínimos esfuerzos y debilidad muscular en MMII (previamente buena calidad de vida, no disnea). No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Eupneico en reposo. Tonos rítmicos sin soplos y murmullo vesicular conservado con hipoventilación en vértices. No ruidos patológicos. Se objetivan edemas con fóvea bilaterales en MMII hasta rodillas. Abdomen levemente distendido sin otros hallazgos de interés. Se decide realizar electrocardiograma en consulta, que resulta anodino, y analítica completa y radiografía de tórax preferentes; se reajusta tratamiento aumentando diuréticos de base que toma el paciente en espera de resultados. Acude nuevamente a la semana, similar situación basal. En la analítica destaca hiperamilasemia de 2.146, con resto de perfil hepatobiliar normal e hipopotasemia de 2,3 mEq/L. En la radiografía se acusa ensanchamiento mediastínico no evidenciado en placas previas. Ante los hallazgos, se sospecha un síndrome paraneoplásico y se deriva al paciente para ingreso hospitalario y estudio. Se realiza estudio mediante analítica con cortisol y ACTH, TAC toracoabdominal, ecografía de tiroides, analítica de orina de 24, test de respuesta a

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

corticoides y PAAF de carina traqueal, tras lo que se diagnostica de carcinoma pulmonar microcítico con secreción ectópica de ACTH y se inicia tratamiento con primera línea de quimioterapia. En la actualidad, estabilidad oncológica.

Juicio clínico: Tumor microcítico pulmonar estadio IV con síndrome de Cushing por secreción ectópica de ACTH.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca; síndrome hepato-renal; síndromes paraneoplásicos.

Comentario final: Ante aparición de edemas en un paciente cardiópata debemos descartar como primera posibilidad un nuevo episodio de cardiopatía isquémica. Sin embargo, ni la clínica ni los hallazgos en el electrocardiograma sugerían esta posibilidad. Asimismo, debemos tener siempre en mente la afectación hepática o renal, razón por la que se solicitó analítica completa con perfil abdominal. Tras el hallazgo de una hiperamilasemia asintomática, debemos ser cautos y valorar un posible síndrome paraneoplásico (descrito en tumores de tiroides, glándulas parotídeas, pulmón y páncreas), razón por la que se decidió derivar al paciente para estudio más completo por medicina interna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ilias I, et al. Cushing&#39s syndrome due to ectopic corticotropin secretion: twenty years&#39 experience at the National Institutes of Health. J Clin Endocrinol Metab. 2005;90:4955.

2. Seyama K et al. Amylase mRNA transcripts in normal tissues and neoplasms: the implication of different expressions of amylase isogenes. J Cancer Res Clin Oncol. 1994;120:213-20.

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