



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3336 - Insuficiencia pancreática exocrina

M. Cordero Cervantes<sup>a</sup>, E.M. Cano Cabo<sup>b</sup>, E.M. Prieto Piquero<sup>c</sup>, G. García Estrada<sup>d</sup>, M.L. García Estrada<sup>b</sup>, R. Cenjor Martín<sup>e</sup>, L. López Liébana<sup>f</sup>, L. López Menéndez<sup>g</sup>, M. Maceira Failache<sup>h</sup> y A. Gómez Menéndez<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. <sup>d</sup>Médico de Familia. Urgencias Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Colloto. Oviedo. <sup>g</sup>Médico Residente. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. <sup>h</sup>Médico de Familia. Santa Eulalia de Oscos. Asturias. <sup>i</sup>DUE. Hospital San Agustín. Asturias.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 43 años. Fumador de 30 cigarrillos/día y bebedor de más de 60 g/día. Antecedentes familiares: madre, padre y primos con diabetes mellitus (DM) tipo 2. Antecedentes personales de HTA. Ingreso hace 8 años por pancreatitis aguda. Recientemente fue dado de alta por reagudización de pancreatitis crónica (PC) de etiología tóxica (alcohol y tabaco). Acude a la consulta porque en analítica de preoperatorio para fimosis se determina una glucemia basal de 296 mg/dl. Además cuenta clínica cardinal con polidipsia y pérdida de peso. Refiere además haber tenido algunas infecciones de piel y borrosidad intermitente con moscas volantes. Tratamiento: irbesartán 150 mg, simvastatina 10 mg y se inicia tratamiento con metformina 850 mg.

**Exploración y pruebas complementarias:** Talla: 1,74 cm, peso: 86.800 kg, IMC: 28,5, perímetro abdominal: 107,5 cm, TA: 135/84. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen anodino. Hemograma: Hb 12,3 g/dl, plaquetas: 129.000, TP 61%. Bioquímica: HbA1C 12,2. Glucemia basal: 300 mg/dl, Péptido C: 3,59 (0,5-1,5), Cr: 0,7, sodio 140, potasio: 3,9, ferritina 3.912, B-12 328, fólico 7,9, colesterol total: 290, HDL: 36, triglicéridos: 300, LDL: 150. TSH: 2,27. Orina: microalbuminuria 38,3 mg/g. Sedimento normal. Heces: elastasa 25 ?g E1/g (200-500). ECG: ritmo sinusal. TC abdomino-pélvico: calcificación en cola pancreática. Grave esteatosis hepática difusa. Fondo de ojo: sin signos de retinopatía diabética.

**Juicio clínico:** Diabetes secundaria a pancreatitis crónica con insuficiencia pancreática exocrina (IPE).

**Diagnóstico diferencial:** DM tipo 1 y 2, DM secundarias (enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, inducidas por fármacos o sustancias).

**Comentario final:** La DM es una de las principales complicaciones de la PC. La disfunción del páncreas exocrino altera la función endocrina y viceversa, es el resultado de la destrucción de las células beta productoras de insulina. En la PC de origen alcohólico, el riesgo global de trastornos de la glucorregulación es de alrededor del 40-65% a los 10 años y el riesgo de diabetes insulínica independiente es de alrededor del 24% a los 10 años, existiendo una correlación entre la aparición de las calcificaciones pancreáticas, la IPE y la diabetes.

## Bibliografía

1. Rickels MR, Bellin M, Toledo FGS, et al. Pancreatology. 2013;13:336-42.

*Palabras clave:* Diabetes mellitus. Pancreatitis crónica.