



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

212/3048 - No tengo tiempo para ir al médico, pero no me encuentro bien

G. Lorenzo González^a, C. Robla Parra^b, C. Fernández Expósito^c, J.A. Castillo Serrano^a, M. Rodríguez Cortés^a, S. Aranda Moreno^a, F. Peiró Monzó^a, J.L. Blanco Paños^d y C. Castillo Moreno^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Zona I. Albacete. ^bHospital General de Albacete. Albacete. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad Docente de Albacete-Hellín. Albacete. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años, camionero de profesión, que consulta en AP por dorsalgia mecánica tratándose con AINEs. Ante la persistencia de síntomas, decide acudir a Urgencias. Allí, reinterrogándolo, refiere pérdida de peso de 8 Kg en un mes y molestias abdominales inespecíficas en epigastrio. Hace 1 mes, en el servicio de Urgencias (ya que el paciente no acude a los controles por su MAP), se le diagnosticó de debut diabético. Antecedentes personales: no alergias a fármacos, dislipemia, DM tipo 2, no hipertenso. Fumador 40 paquetes/año, bebedor 2 UBE/día. No cirugías previas. Tratamiento habitual: simvastatina 20 mg 1/24h, metformina 850 mg 1/12h.

Exploración y pruebas complementarias: TA 138/111 mmHg, T^a 36 °C, SatO₂ 99%, glucemia capilar 185 mg/dL. BEG, consciente y orientado. NH, NC, NP. Exploración sin hallazgos. Analítica: glucosa 286, GOT 213, amilasa 123, resto normal. Ecografía abdominal: múltiples lesiones focales hepáticas, dilatación de la vía intrahepática y colédoco hasta desembocadura donde vemos masa pancreática mal delimitada con dilatación del Wirsung, alguna adenopatía peripancreática (mayor de 14 mm). Ecoendoscopia: tumor pancreático maligno, quiste pancreático sugestivo de pseudoquiste, metástasis hepáticas, dilatación de la vía biliar principal y adenopatías abdominales. CPRE: estenosis colédoco intrapancreático, con esfinterotomía pancreática y biliar siendo necesario colocación de prótesis biliar autoexpandible, infiltración neoplásica duodenal.

Juicio clínico: Neoplasia pancreática con infiltración de colédoco distal, duodeno, arteria mesentérica superior y metástasis hepáticas; debut diabético en relación con anterior.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia pancreática, pseudoquiste pancreático, coledocolitiasis.

Comentario final: La existencia de un servicio de Urgencias 24 horas al día 365 días al año no debe eximir al paciente de acudir a los controles periódicos que se deben realizar desde AP. Desde dicha consulta los recursos son limitados pero sí es cierto, que la continuidad asistencial que tiene el médico de AP y el hecho de conocer a cada uno de los pacientes de su cupo, es capaz de suplir las carencias de recursos de las que disponemos.

Bibliografía

1. Almeida J, Bernal, N, et al. Cáncer de páncreas asociado al debut de la diabetes mellitus tipo II. Metro Cienc. 1996;5:42-6.
2. Vázquez-Iglesias JL. Cáncer de páncreas: diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave: Pérdida de peso. Dolor abdominal.