



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3965 - DOCTOR, DESDE QUE VOLVÍ DE MARRUECOS ESTOY UN POCO AMARILLO, ¿TENDRÉ HEPATITIS?

D. García Santos^a, M. Pancorbo Carro^b, S. Roncero Martín^c, Á. Ruiz -Risueño Montoya^d, A. Sánchez de Toro Gironés^e y L. Bañagasta Jaquez^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Mazarrón. Murcia. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años, español, que realiza viaje a Marruecos de 7 días. Al regresar comienza con anorexia, dolor abdominal y diarrea. Lo notan un poco “amarillo”, motivo por el que consultan con su médico.

Exploración y pruebas complementarias: Ictericia cutáneo mucosa. Abdomen blando, no signos de irritación peritoneal. Pérdida ponderal de 2 kg en una semana. Analítica: glucosa 300, TGO 130, TGP 150, GGT 160, amilasa 200. BT 2,5, BD 1,5. FA 300 TAC abdominal con contraste: Dilatación de la vía biliar intrahepática derecha e izquierda de 2,58 cm en el colédoco principal extrahepático con dilatación del conducto accesorio que muestra, así como el Wirsung de unos 4 mm, condicionado por LOE hipodensa de unos 23 mm discretamente heterogénea no captante de contraste intravenoso, y que asocia adenopatías colindantes pequeñas, junto a otra justo bajo cabeza/uncinado retroperitoneal de más de un 1 cm de eje anteroposterior. No hay afectación portal, esplénica ni de mesentérica superior. Los hallazgos orientan a neoplasia de cabeza de páncreas T2N1. No adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales. Colangiopancreatografía retrograda endoscópica: estenosis maligna de la vía biliar extrahepática. Esfinterotomía biliar: prótesis biliar de plástico.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de páncreas.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis. Pancreatitis crónica. Hepatitis.

Comentario final: Se decide realizar cirugía paliativa, duodenopancrectomía total + esplenectomía R1. Anatomía patológica: adenocarcinoma de páncreas pT3N1 (13/20) LV1Pn1 R1 por margen afecto. Son neoplasias de mal pronóstico, se diagnostican en fases avanzadas en la mayoría de los casos. Sólo se ha podido establecer una relación definitiva con la exposición activa al tabaco y con la edad, ya que el 80% de estos tumores se presentan entre los 60 y 85 años.

Bibliografía

1. Wolpin BM, Chan AT, Hartge P, Chanock SJ, Kraft P, Hunter DJ, Giovannucci EL, Fuchs CS. ABO blood group and the risk of pancreatic cancer. J Natl Cancer Inst. 2009;101:424-31.

2. Navarro S, Vaquero E, Maurel J, Bombí JA, de Juan C, Feliu J, Fernández-Cruz L, Ginés A, Girela E, Rodríguez R, Sabate L. Recomendaciones para el diagnóstico, la estadificación y el tratamiento del cáncer de páncreas (parte I). Med Clin. 2010;134;643-55.

Palabras clave: Anorexia. Ictericia. Dolor abdominal.