



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3495 - SIEMPRE HAY QUE EXPLORAR!

R. Román Martínez<sup>a</sup>, M. Sánchez Sánchez<sup>b</sup>, M. Cano Torrente<sup>c</sup> y M. Martos Borrego<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 65 años, diabético, que acude por lumbalgia bilateral asociada a epigastralgia y pérdida de peso (7-10 Kg en 2-3 meses), con varias visitas a urgencias por este motivo. No fiebre ni ninguna otra sintomatología asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Exploración física: no dolor a la digitopresión sobre columna, con movimientos de flexoextensión del tronco conservados y no dolorosos, con gran agilidad, Lasègue y Bragard negativos, fuerza y sensibilidad distal conservada. Exploración abdominal: blando y depresible, doloroso a la palpación profunda sobre epigastrio, Blumberg y Murphy negativos, no se palpan masas ni megalias, ruidos intestinales presentes, PPR bilateral negativa. Resto de exploración normal. Analítica: Bioquímica normal salvo amilasa 114, PCR 139; hemograma leucocitosis con neutrofilia. Ecografía: hallazgos compatibles con metástasis hepáticas, adenopatías abdominales y carcinomatosis peritoneal. Se observa un engrosamiento de pared antro gástrico por lo que pudiera tratarse de neo gástrica, no obstante, también puede tratarse de una afectación secundaria a proceso primario de otro origen. TC toracoabdominopélvico con contraste iv: masa en cuerpo pancreático de 7,2 cm, sugestiva de adenocarcinoma, con infiltración de arteria y vena esplénicas, amplio contacto con curvatura menor gástrica. Metástasis en hígado y bazo. Múltiples implantes tumorales intraperitoneales. Nódulos pulmonares milimétricos inespecíficos, pero que en el contexto clínico pueden corresponder a metástasis.

**Orientación diagnóstica:** Adenocarcinoma de probable origen pancreático con metástasis diseminadas.

**Diagnóstico diferencial:** Pancreatitis. Pseudoquiste pancreático. Tumores quísticos benignos del páncreas. Ampulomas. Colangiocarcinomas. Coledocolitiasis.

**Comentario final:** El cáncer de páncreas es un tumor con una elevada mortalidad. La aparición de síntomas suele ser tardía, lo que dificulta el diagnóstico en estadios iniciales. Entre los síntomas más frecuentes podemos destacar: ictericia, dolor abdominal localizado en epigastrio e irradiado a espalda, disminución de peso. En el momento del diagnóstico menos del 20% son resecables y el 71% presentan un estadio avanzado. La tasa de supervivencia a los 5 años en pacientes operados es de entre 3-25%, en el caso de los tumores no resecables la mediana de supervivencia es de 6-12 meses.

## Bibliografía

1. Gallego Plazas J, Carrato Mena A. Cáncer de páncreas exocrino. En: Cortés-Funes H, Colomer Bosch R, eds. Tratado de Oncología. Mallorca: Publicaciones Permanyer; 2009. p. 823-46.

**Palabras clave:** Adenocarcinoma. Páncreas.