

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

424/883 - DOLOR ABDOMINAL CON FINAL INESPERADO

R. Isaac Forte¹, J. Marín Serral², A. Martínez González¹ y A. Rodríguez Benítez¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Deltebre. Tarragona.²Médico de Familia. CAP Deltebre Tortosa. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes Personales: No alergias medicamentosas. FRCV: DLP, DM2, Fumador activo 34 paquetes/año. Consumo de alcohol ocasional. Tratamiento habitual: simvastatina e insulina. Paciente varón de 47 años que consultó por epigastralgia de una semana de evolución sin otra sintomatología asociada, se recomendaron medidas higiénico dietéticas, se pautaron inhibidores de la bomba de protones y analgesia sin mejoría, por lo que se solicitó ecografía y se derivó a digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente. ACR: Normal. Abdomen. blando y depresible, no masas ni organomegalias, doloroso a la palpación en epigastrio, peristaltismo intestinal presente, no signos de irritación peritoneal. Analítica: normal. Test del aliento negativo. Ecografía abdominal: imagen hipoeocoica de 4 × 2,64 cm en cabeza de páncreas compatible con neoformación. TC Abdominal: Lesión en cabeza pancreática de bordes lobulados, sólida, con captación marcada del CIV, tanto en fase arterial, como portal, compatible con neoplasia pancreática de probable origen neuroendocrino. No signos de extensión local, regional, ni a distancia. Tras estos hallazgos, fue derivado a Oncología y Cirugía general. PET-TC corporal: Aumento difuso del metabolismo a nivel pancreático respetando el proceso uncinado, con área de mayor actividad en el margen medial de la cabeza. Plantea diagnóstico diferencial entre pancreatitis autoinmune y menos probable neoplasia neuroendocrina. Biopsia: negativa para células malignas. Ocasionales células expresan Ig G, ninguna Ig G4.

Orientación diagnóstica: Desde cirugía de nuestro centro, fue derivado al centro de referencia provincial y el comité de tumores del mismo orientándolo como tumor neuroendocrino, decidió traslado al centro referente a nivel autonómico, donde se orienta como pancreatitis autoinmune (PAI) debido al resultado de las pruebas complementarias, y dada la estabilidad clínica se decide no actuar quirúrgicamente y mantener al paciente con pancreatina ante la insuficiencia pancreática tanto endocrina como exocrina.

Diagnóstico diferencial: Tumor pancreático. Pancreatitis enólica. Pancreatitis autoinmune.

Comentario final: Destacar la importancia de completar el estudio complementario para esclarecer el diagnóstico. Sensibilizar sobre la PAI como entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de nódulos pancreáticos. Así mismo, como médicos de Atención Primaria consideramos primordial el seguimiento y acompañamiento del paciente a lo largo de todo su proceso patológico.

Bibliografía

1. Autoimmune pancreatitis. Norton J Greenberger. UptoDate. Febrero, 2018.

2. Senosiain Lalastra C, Foruny Olcina JR. Pancreatitis autoinmune. J Gastro Hepat. 2015.

Palabras clave: Epigastralgia. Páncreas. Autoinmune.