



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1012 - ME DUELE LA ESPALDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Galindo Cantalejo¹, C. Concellón García¹, S. Díaz-Salazar de la Flor² y S. Quintanilla Cavia³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 54 años que acudió a por tercera vez a la consulta de Atención Primaria por dolor en fosa renal izquierda de diez días de evolución. Inicialmente se pautó tratamiento analgésico por sospecha de cólico renal para, posteriormente, al no ceder la clínica, ampliar estudio con analítica, incluyendo perfil hepático y renal y radiografía de tórax cuyos resultados fueron normales. Como antecedentes presenta hepatitis C tratada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en tratamiento, conocida desde hace un año tras diagnóstico durante un ingreso por prostatitis aguda. Es fumador activo. En la tercera visita, el dolor se había desplazado a epigastrio y lo definía como opresivo, intermitente y que le impedía el sueño. No náuseas ni vómitos. No alteraciones del tránsito, no síndrome miccional, no fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física encontramos un abdomen blando, sin masas ni visceromegalias, sin signos de irritación peritoneal, con puñopercusión bilateral negativa. Electrocardiograma normal. Ante sospecha de pancreatitis, se decidió derivar a urgencias del hospital de referencia. Allí se realiza de nuevo analítica completa que revela una proteína C reactiva de 8,7 g/dl siendo el resto de parámetros normales. Se decide realizar TC abdominal que describe una masa pancreática localmente invasiva con invasión de riñón izquierdo, suprarrenal, con trombosis de vena esplénica. Se decide realizar una biopsia por ecoendoscopia.

Orientación diagnóstica: La anatomía patológica revela un carcinoma pancreático pobremente diferenciado.

Diagnóstico diferencial: En este caso inicialmente se planteó el diagnóstico de cólico renal, de patología pulmonar pleural baja (neumonías, derrames pleurales de diferentes etiologías, etc.) y de algunas patologías abdominales como apendicitis, colecistitis y, finalmente pancreatitis, cuya sospecha fue el motivo de derivación a urgencias.

Comentario final: El cáncer de páncreas es una neoplasia maligna altamente letal. La única posibilidad de tratamiento curativo es la resección completa pese a lo que la supervivencia es baja. La clave se encuentra en el diagnóstico precoz dificultoso porque la presentación clínica suele ser muy inespecífica hasta fases avanzadas.

Bibliografía

1. Fernández-del Castillo, C. Clinical manifestations, diagnosis, and staging of exocrine pancreatic cancer [Internet]. Disponible en www.uptodate.com.
2. Pantanowitz, L. HIV infection and malignancy: Management considerations [Internet]. Disponible en www.uptodate.com.

Palabras clave: Páncreas. Cáncer. Dolor.