



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/319 - MOLESTIAS ABDOMINALES Y CÁNCER DE PÁNCREAS

A. Gómez Rodríguez<sup>1</sup>, M. Gómez Rodríguez<sup>2</sup>, L. Gandía García<sup>3</sup> y E. Rodríguez Fernández<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Jubilado Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archena. Archena. Murcia.<sup>2</sup>Enfermera. Centro de Salud Archena. Archena. Murcia. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archena. Archena. Murcia. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Archena. Archena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 77 años, con molestias abdominales. Debido a la COVID-19 las consultas eran telefónicas. Como no mejoraba se programó consulta presencial. Ante dolor compatible con cólico biliar y persistencia del mismo se derivó a Urgencias Hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** En consulta AP. Antecedentes: HTA. TAC (2011) dos lesiones hepáticas y una esplénica, sugerentes de hemangiomas (melanoma familiar, presente en hermanas e hija, con detección de mutación responsable. Exploración: consciente. Orientado. BEG, normocoloreado y normohidratado. Eupneico. Afebril. ACP: normal. Abdomen blando, depresible, dolor en punto cístico. No masas ni megalias. Empeoramiento con ingesta. No náuseas, vómitos ni diarrea. TA: 171/69 mmHg, T<sup>o</sup> 35,3 °C, FC 59 lpm, SPO2 98%. Hospital: glucosa 132 mg/dl, ALT 407 U/l, AST 296 U/l, FA 1.051 U/l, GGT 736 U/l, BT 3,8 mg/dl, BD 2,8 mg/dl, lipasa 215 U/l. Gastroscopia: pólipos gástricos. Compresión extrínseca duodenal. TC: lesión hipovascular mal definida en cabeza y cuello de páncreas con afectación vascular en arteria mesentérica superior y venosa portomesentérica. Ecoendoscopia: LOE hipoecogénica de límites irregulares e imprecisos (32 × 26,8 mm) con afilamiento de encrucijada mesentérico portal y dilatación vía biliar extrahepática. PAAF.

**Orientación diagnóstica:** Tumoración pancreática con afectación vascular.

**Diagnóstico diferencial:** Pancreatitis crónica, tumores intrabdominales no pancreáticos (linfomas, cáncer gástrico o intestinal), ictericia indolora.

**Comentario final:** El cáncer pancreático avanzado se ha asociado clásicamente a abstención de intervención terapéutica. Las mejoras terapéuticas de tratamiento justifican dejar atrás este escepticismo. No hay datos que permitan respaldar cribado sistemático. Como los síntomas iniciales son poco llamativos, es crucial un alto grado de sospecha, para conseguir un diagnóstico más rápido. En AP, ante un paciente mayor de 40 años e ictericia debe ser derivado rápidamente. En mayores de 60 años, la pérdida de peso con otros problemas clínicos (diarrea, dolor de espalda, dolor abdominal, náuseas, vómitos, estreñimiento o diabetes de nueva aparición) debe ser motivo para iniciar procedimiento diagnóstico con exploraciones dirigidas y remitirlos al especialista adecuado en un plazo de 15 días. En ocasiones, melanomas y neoplasias de páncreas están relacionados a través de la mutación gen CDKN2A.

### Bibliografía

1. Fonseca J. Cáncer de páncreas. Revista Médica Sinergia. 2017;2:3-6.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Páncreas. Atención primaria.