



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

413/78 - SOLO ERAN VÓMITOS

R. García Hernández¹, A. Gil Cacho², M. Minguela Puras³, G. Santos Rielo⁴

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Valle de la Oliva. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. ²Médico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle de la Oliva.³ Tutora de Residentes. Centro de Salud Valle de la Oliva. Baleares. ⁴Médico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud. Valle de la Oliva.

Resumen

Descripción del caso: Varón 60 años exfumador HTA GBA esteatosis hepática II HBP, acude de urgencia por vómitos incoercibles de 5 días, afebril, hipotensión con MEG leve molestia abdominal sin cambios en el ritmo ni en la coloración de orina y heces, no ictericia. Se pauta suero terapia y metoclopramida, persisten náuseas e hipotensión, se decide derivar a Urgencias para valoración y tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: IMC: 24,5, 89/53 mmHg, 36,2 °C, FC 64 lpm. BN, H y P. ACP rítmica y sin soplos, MVC. Abdomen: RHA+, blando y depresible, leve molestia en ambas fosas iliacas y mesogastrio, no distensión ni timpanismo. No signos de IP. No masas ni organomegalias. Analítica: Cr 5,2 mg/dl, urea 142, bili 1,3 y GGT 79, amilasa y resto normal. TAC abdominal: lesión en cola de páncreas que contacta ángulo de Treitz y asas de delgado. Lesiones hepáticas sospechosas. Hallazgos en probable proceso neoformativo con afectación hepática.

Juicio clínico: Obstrucción intestinal 2^a a tumor de páncreas. Metx hepáticas.

Diagnóstico diferencial: Fármacos. GEA, hepatitis, diabetes, Addison. Migraña, hipertensión intracraneal, alteraciones vestibulares. CRU, PNA, SCA. Cólico biliar, colecistitis, pancreatitis, apendicitis, diverticulitis, adenocarcinoma de páncreas. Estenosis, adherencias, hernias, neoplasia, vólvulo/invaginación, isquemia, perforación.

Comentario final: El cáncer de páncreas tiene una baja incidencia y se detecta de forma tardía en el 80% de los casos, teniendo una alta mortalidad. Afecta a personas > de 50 años, siendo los más frecuentes de cabeza, con supervivencia global menor del 5%. La cirugía es el único tratamiento curativo. Los síntomas más frecuentes son anorexia, pérdida de peso y dolor en más del 75% de los casos e ictericia indolora en más del 80%. FR: edad y tabaco, pancreatitis crónica, DM, obesidad, ¿café y alcohol?. Individuos de alto riesgo y AF recomendar pruebas de cribado. En nuestro caso el paciente no había tenido síntomas de sospecha y cuando se hizo el diagnóstico tenía afectación difusa. Dado que veremos 1-2 casos/10 años deberemos permanecer alerta ante síntomas de sospecha sobre todo en individuos de alto riesgo con AF e insistir en medidas preventivas, sabiendo que no hay evidencias a favor de ninguna medida.

Bibliografía

American Gastroenterological Association medical position statement: nausea and vomiting.
Gastroenterology. 2001;120:26.

Trost JR, Feldman M. El paciente con náuseas y vómitos. En: Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria P, Vilardell F, eds. Principios Básicos de Gastroenterología para Medicina Familiar y Comunitaria, 2.^a ed. Jarpyo Editores. Madrid, 2002 ; p. 229-45.

Palabras clave: Páncreas. Cáncer. Vómitos.