

# ASOCIACIÓN DE CÁNCER DE PÁNCREAS Y DIABETES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Maria del Val Borrás Bermejo<sup>1</sup>, Ana Denia Tomás<sup>1</sup>, Guillermo Notario Garcia<sup>1</sup>, Mireia Aguado Furió<sup>1</sup>, Joaquín Juan Ortega<sup>2</sup>, Juan Martín Fernández D'Eboli<sup>1</sup>

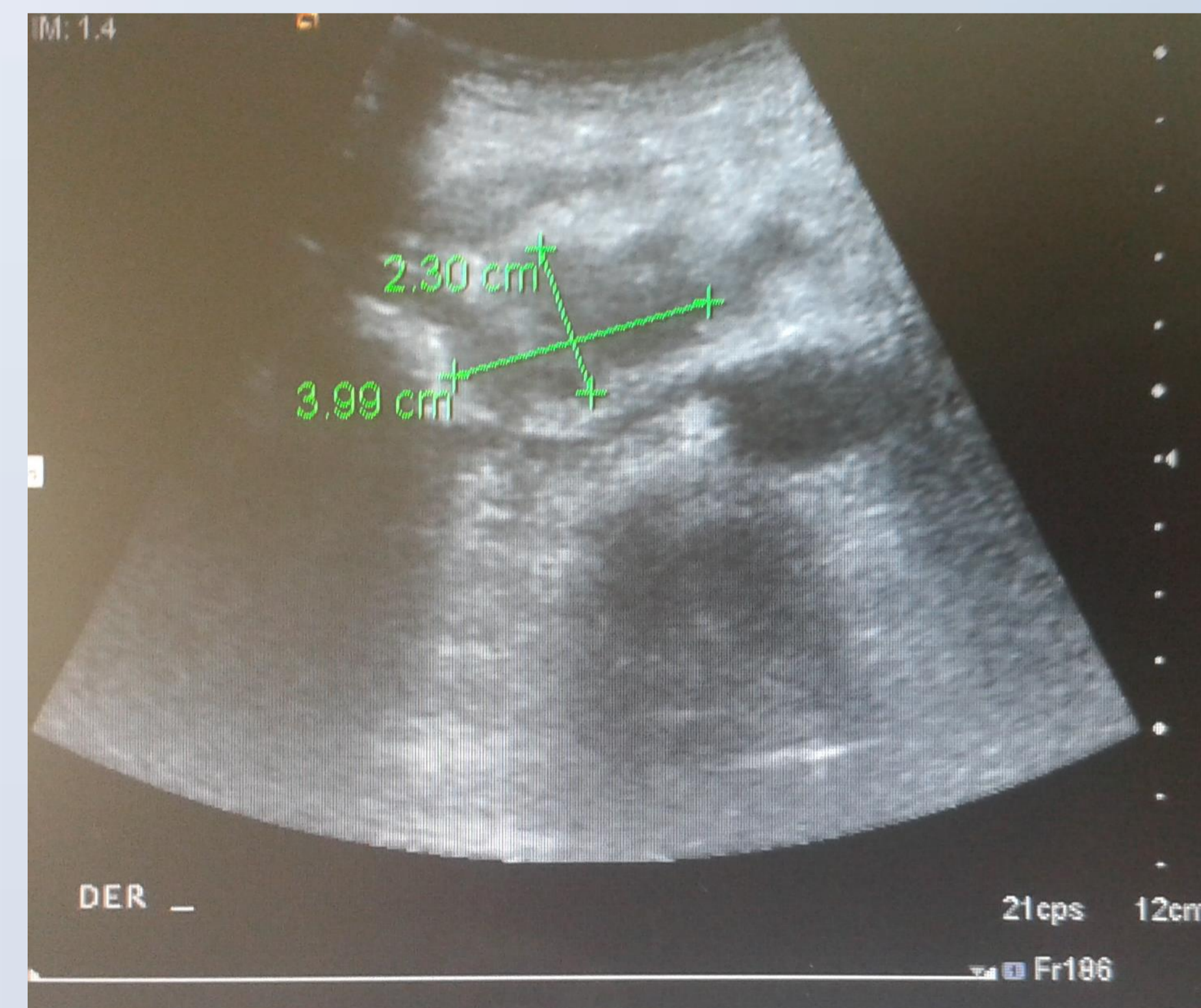
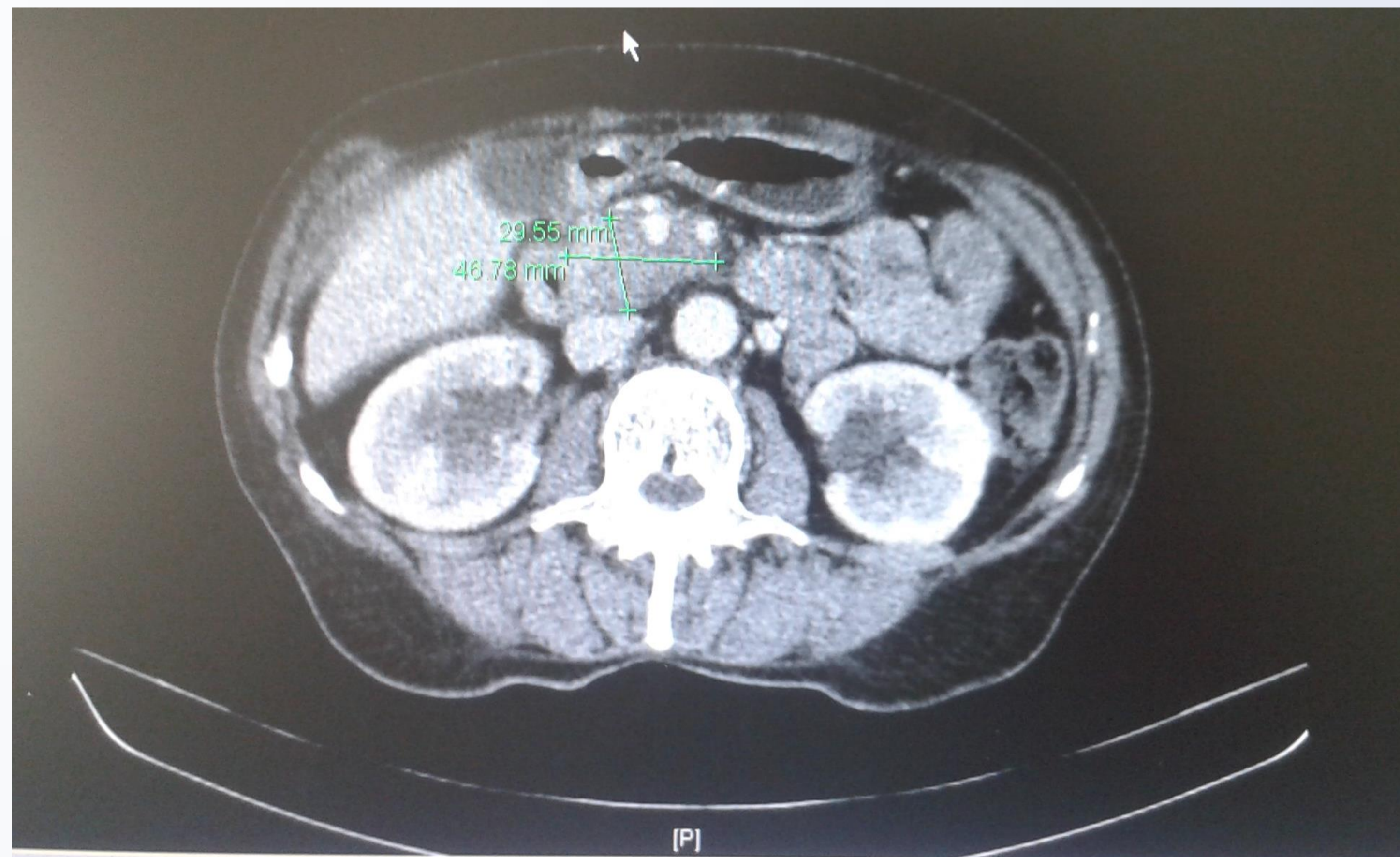
<sup>1</sup>Residente MFyCo Hospital Francisco Borja (Gandía), <sup>2</sup>Médico de AP Centro de Salud Gandia-Beniopa

## INTRODUCCIÓN

Cerca del 80% de los pacientes con cáncer de páncreas (CP) presentan intolerancia a la glucosa o diabetes establecida de reciente diagnóstico. La incidencia del cáncer de páncreas es baja por lo que un screening sistemático no sería costo efectivo, pero sí podría serlo en pacientes con un alto riesgo de padecer CP. Actualmente las investigaciones van orientadas a obtener biomarcadores específicos que sean rentables para realizar dicho screening.

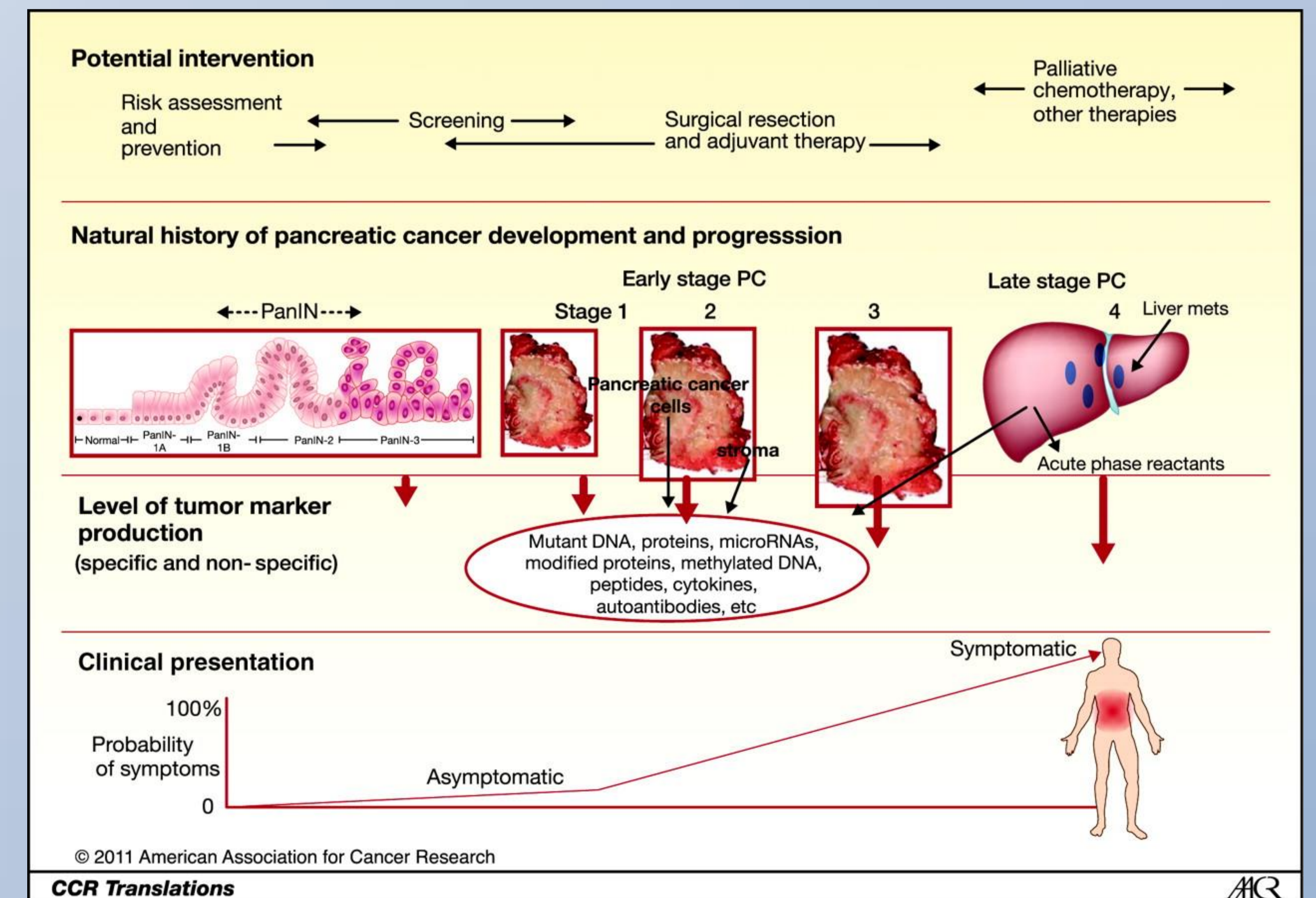
## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 60 años, hipertensa. Consulta por malestar general y molestias al orinar. Comburtest: glucosuria. Glucemia digital 422 mg/dl. Tras tratamiento con insulina rápida, se prescribe insulina glargina 16 UI/día, siendo diagnosticada de Diabetes Mellitus. Análíticas previas normales. Un mes después aporta perfiles glucémicos junto a analítica de control con Glucosa 187mg/dl, HbA1c 12,7%, añadiéndose al tratamiento Metformina. La paciente refiere dolor abdominal intermitente desde hace 4 años medicándose con pantoprazol. Exploración física normal, se solicita ecografía abdominal apreciándose imagen compatible con lesión focal primaria pancreática confirmándose tras TAC abdominal. Se remite al servicio de Digestivo de forma urgente que ingresa a la paciente por sospecha de neoplasia pancreática. Se diagnostica de adenocarcinoma pancreático no metastásico pasando al servicio de cirugía para intervención.



## ESTRATEGIAS PRÁCTICAS DE ACTUACIÓN

Es importante no perder la perspectiva de la orientación hacia una causa secundaria de una diabetes, sobretodo en pacientes que debutan con un déficit rápido y grave de insulina o con alguna sintomatología acompañante como es el caso de la paciente presentada, acompañándola de un seguimiento evolutivo exhaustivo y si es preciso de pruebas complementarias de imagen. Por otro lado, se debe evitar caer en la inercia terapéutica de tratar sintomatologías que consideramos “banales” por su frecuencia en la consulta, sin un control sobre la evolución del paciente, prescribiendo fármacos que no ejercen ningún efecto sobre dichos síntomas y sin estudiar su etiología.



## Bibliografía consultada:

Feng Wang, Margery Herrington, Jörgen Larsson and Johan Permert. The relationship between diabetes and pancreatic cancer. *Molecular Cancer* 2003, 2:4

Pannala R, Basu A, Petersen GM, Chari ST. New-onset diabetes: a potential clue to the early diagnosis of pancreatic cancer. *Lancet Oncol.* 2009 Jan; 10(1):88-95

R Huxley, A Ansary-Moghaddam, A Berrington de González, F Barzi and M Woodward. Type-II diabetes and pancreatic cancer: a meta-analysis of 36 studies. *British Journal of Cancer* (2005) 92, 2076–2083.