



¡YA ME DEJÉ DE DIETAS DOCTOR!

Autores: Vanessa Marques Barbosa ¹, Patricia Martínez Pérez ², Armando Rosario Mena ¹, Juan Ignacio Berrocoso Sánchez ², José Ignacio Delgado Redondo ², Beatriz Montañez Gómez ²
¹Centro de Salud Miguel Armijo, ²Centro de Salud Alamedilla

UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA



INTRODUCCIÓN:

El insulinoma es un tumor de las células beta pancreáticas que secreta insulina y causa hipoglucemias graves de ayuno con síntomas neuroglucopénicos. Su expresión clínica es inespecífica y variable, lo que conlleva, junto con la dificultad para documentar las hipoglucemias, retraso en su diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 30 años con antecedente de anorexia hace 6 años. Acude por episodios de mareo, sudoración y taquicardia de 30 minutos de duración que ocurren cada 10 días. Estos episodios coinciden con glucemias de 35 mg/dl, letargo y mejoría con alimentos. Refiere fotopsia en una ocasión.

Exploración: Glucemia capilar 58 mg/dl, hidratada, no fiebre, no acantosis nigricans. Auscultación cardiaca normal. No focalidad neurológica.

Pruebas complementarias:

ECG: Ritmo sinusal sin hallazgos.

S. Orina: Normal.

Analítica: Glucosa 54 mg/dl, insulina 4 uUI/ml, péptidoC 2 ng/ml, proinsulina 4 pmol/l. Ac anti-insulina y nivel de sulfonilureas negativo.

Test de ayuno: Positivo.

Ecografía abdominal: Imagen nodular bien delimitada de 15 mm de diámetro en el límite entre el cuerpo y la cola del páncreas, compatible con insulinoma.

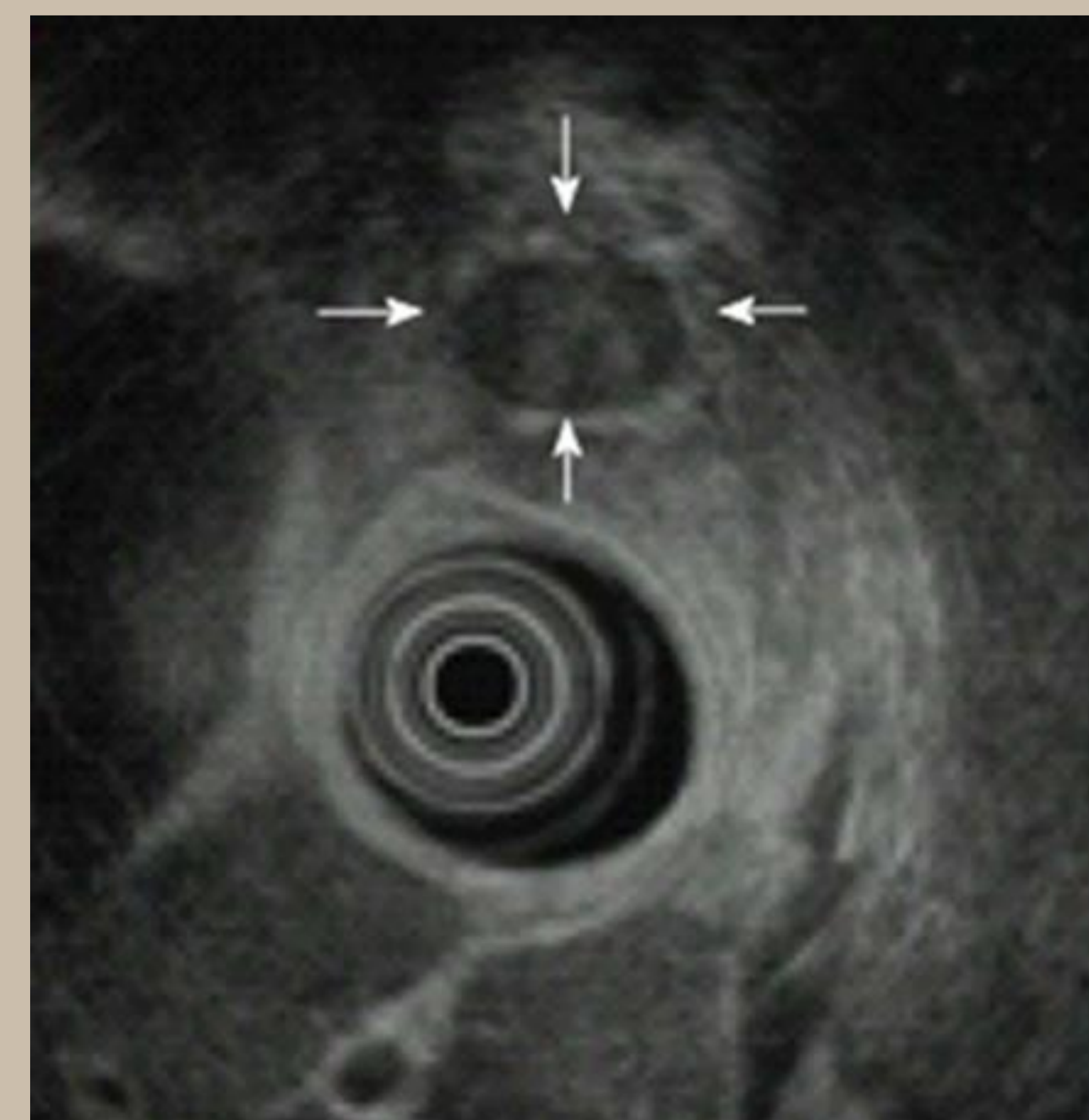
Diagnóstico diferencial: hipoglucemia autoinmune, nesidioblastosis, diabetes mellitus.

Tratamiento: Se inicia Diazóxido 100 mg y se deriva a Endocrinología.

PALABRAS-CLAVE: Hipoglucemia, hiperinsulinismo, tumores neuroendocrinos del páncreas

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Ante un paciente aparentemente sano con hipoglucemia se debe sospechar un hiperinsulinismo endógeno y descartar sus causas más frecuentes: insulinoma, trastorno funcional de la célula beta, presencia de anticuerpos frente a insulina y toma de fármacos secretagogos de insulina. En este caso, el perfil hormonal cumplía criterios bioquímicos diagnósticos de insulinoma, por lo que se derivó a la paciente a Endocrinología para estudio. El tratamiento con diazóxido (inhibe la secreción de insulina) es apenas temporal; se retira una semana antes de la resección quirúrgica cuando que el paciente es candidato a cirugía.



DATOS BIOQUÍMICOS PARA EL DX INSULINOMA

Glucemia	<55mg/dl
Insulinemia	>=3 uUI/ml
Péptido C	>=200 pmol/L
Proinsulina	>= 5pmol/L

BIBLIOGRAFIA:

-Dizon AM, KowalykS, Hoogwerf BJ. Neuroglycopenic and other symptoms in patients with insulinomas. *Am J Med* 1999;106:307-10.

-Cryer P, Axelrod L, Grossman A, Heller S, Montori V, Seaquist E. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:709-28.