



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-052 - HIPERINSULINISMO ORGÁNICO EN EL ADULTO. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Allué, Marta; Navarro, Ana; Pola, Guillermo; Millán, Guillermo; Hernáez, Alba; Lamata, Laura; Ros, Susana; Lamata, Félix

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción y objetivos: La hipoglucemia hiperinsulinémica tiene múltiples etiologías en el adulto. Presentamos el caso de un paciente que se intervino con la sospecha de insulinooma pancreático con localizaciones preoperatorias contradictorias e intraoperatorias no evidentes.

Caso clínico: Varón de 55 años, con sospecha de alergia a contraste yodado, antecedentes de DLP, miocardiopatía dilatada (FEVI deprimida) y TEP reciente. En tratamiento con: bisoprolol, enalapril, sintrom, clopidogrel, omeprazol y hemovas. El paciente es remitido al servicio de Urgencias por presentar hipoglucemia demostrada de 37 mg/dl tras ingestas correctas. A su llegada presentaba hipotermia de 33,5 °C. El paciente relataba episodios similares los 3-4 días previos acompañados de mareo, debilidad, desorientación y agresividad, que cedían con ingestas. Hospitalizado, se demuestran hipoglucemias sin relación con el ayuno, precisando administración de suero glucosado al 10% y ampollas de glucosa iv. Ante este cuadro de hiperinsulinismo orgánico [64,8 ?U/ml (2-29,1)], se realizan diferentes pruebas de imagen con resultado contradictorio. Ecoendoscopia: ecogenicidad pancreática normal, sin lesiones en cabeza ni proceso uncinado. Presencia de un paquete de 4-5 adenopatías periportales. TC sin contraste: Páncreas sin alteraciones valorables. Gammagrafía con receptores de somatostatina (octreoscan): En SPECT/TC se observa foco que expresa receptores de somatostatina, a nivel de la unión de cabeza y cuerpo pancreáticos. Posible tumor de origen neuroendocrino (insulinooma). RMN: prominencia focal nodular en la superficie del extremo lateral de la cola pancreática, de 15 mm, bien delimitada, ligeramente hiperintensa en T1 e hipointensa en T2. Tras administración de contraste paramagnético aumento de captación en la periferia del nódulo en la fase arterial. Se inicia tratamiento con octreótido 100 ?g/8 horas consiguiendo disminuir la frecuencia de las hipoglucemias. Con la sospecha diagnóstica de insulinooma de cola pancreática se decide realizar cirugía, previendo ecografía intraoperatoria e imagen tras administración de verde indocianina. Ambas técnicas fueron ineficaces para la localización del tumor, por lo que se realiza pancreatectomía distal, con conservación esplénica de acuerdo a la RMN. Se remite pieza para anatomía, con resultado intraoperatorio negativo, por lo que se intenta su localización en la cabeza pancreática, de acuerdo al Octreoscan. Ante la palpación de una tumoración discoidea de 12 × 8 mm en cabeza pancreática que se enuclea (sin poder filiarla intraoperatoriamente). Informe AP: nesidioblastosis difusa del adulto, tanto en la lesión cefálica como en la cola. Evolución postoperatoria satisfactoria, con fistula pancreática de bajo débito (40 cc/día) que no aumentó con alimentación oral y cese de presentación de hipoglucemias. Actualmente permanece asintomático y las determinaciones de la glucemia capilar diaria y periódicamente la venosa, son normales, así como valores de insulina, péptido C y amilasa.

Discusión: La nesidioblastosis es una entidad infrecuente y de difícil diagnóstico, por lo que debe sospecharse en todo caso de hipoglucemia hiperinsulinémica persistente en que no se logre la localización de un insulinoma. El pronóstico de este paciente es incierto, por la afectación difusa del páncreas.