



72 - HIPOGLUCEMIA POR HIPERINSULINISMO ENDÓGENO, A PROPÓSITO DE UN CASO

V. González Sacoto, L. Serrano Urzaiz, M. Lacarta Benítez, C. Moreno Gálvez, P. de Diego García, P. Trincado Aznar y F. los Fablos Callau

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Caso clínico: Paciente 80 años con asma y síndrome de piernas inquietas en tratamiento con pregabalina. Acudió a su médico síntomas de 5 meses de deterioro cognitivo, lentitud mental, episodios confusionales, astenia y sudoración. En analítica solicitada glucosa de 37, que se catalogó inicialmente como hipoglucemia farmacológica por pregabalina. Tras suspenderla, acudió a urgencias por bradipsiquia, ptosis palpebral e inestabilidad para la marcha, objetivando glucosa 30, por lo que se decide ingreso para estudio. En la analítica al ingreso destacaba ACTH: 8,2, Cortisol:3,86. En el test de ACTH: cortisol basal 13,67, a los 30 minutos 22,42 y a los 60 minutos 28,33. El test de ayuno se tuvo que suspender a las 6 horas de iniciado por glucosa de 40 sintomática. Al momento de esta determinación se obtuvieron valores de insulina 33,17, proinsulina mayor a 110, péptido C 2,99 y BHB 2,03. En el TAC se observaron múltiples lesiones hepáticas de distribución difusa, La gammagrafía de receptores de somatostatina demostró la presencia de masa en cola pancreática con expresión de receptores de somatostatina, compatible con TNE. BAG guiada por ecografía de LOE hepática, con resultado de AP de metástasis hepática de TNE. Con este diagnóstico se decidió cirugía de tumor primario y *debulking* de lesión hepática izquierda.

Discusión: El insulinoma maligno es la neoplasia neuroendocrina más común del páncreas, siendo la causa más frecuente de hipoglucemia hiperinsulinémica en la población adulta. El diagnóstico se basa en demostrar la hipoglucemia hiperinsulinémica a través del test de ayuno o test de comida mixta. La localización de este tipo de tumores puede ser un reto diagnóstico. El tratamiento es predominantemente quirúrgico, obteniendo en la mayoría de los casos, cura completa. La tasa de recurrencia tiene una incidencia acumulada 6% a 10 años y del 8% a 20 años. Siendo más comunes en pacientes con MEN1.