



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-159 - CAUSAS EXCEPCIONALES DE HIPOGLUCEMIA

M. Baraia-Etxaburu^a, M.P. Álvarez Baños^b, A. Vela^c, J. Monroy^a, R. Sáez de la Maleta^d, E. Ruiz^b e I. Rica^e

^aEndocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. ^bHospital Universitario de Burgos, Burgos. ^cEndocrinología infantil, Hospital Universitario de Cruces, Vizcaya. ^dAnálisis clínicos, Hospital Universitario de Burgos, Burgos. ^eHospital Universitario de Cruces, Vizcaya.

Resumen

Introducción: Filiar la causa de hipoglucemia en un paciente no diabético supone un reto diagnóstico en la práctica clínica. Más aún si esta ocurre en contexto de hiperinsulinismo, situación en la cual se ha llegado a realizar pancreatometomía a pacientes sin causa orgánica evidenciada. El Síndrome de hipoglucemia autoinmune (enfermedad de Hirata) y el síndrome de resistencia insulínica tipo B, son patologías de muy baja prevalencia a nivel mundial que suponen las dos formas de hipoglucemia de origen autoinmune.

Objetivos: Se exponen dos casos representativos de cada una de ellas.

Resultados: El primer caso trata de una mujer de 69 años, con antecedentes personales de gastritis por *H. pylori* y fauceotomía bilateral. Un mes antes había recibido tratamiento antibiótico con amoxicilina durante 7 días por amigdalitis. Consulta por episodios de hipoglucemia sintomática de repetición, que ocurren a las tres horas de la ingesta. La paciente niega la administración exógena de insulina o toma de antidiabéticos orales. Su hija presenta diabetes tipo 1, enfermedad celiaca e hipotiroidismo subclínico autoinmune. Se realizó test de ayuno reglado, sin constatare hipoglucemia (analítica ni clínica). Destaca hiperinsulinemia grave, no acorde con los valores de glucosa, péptido C y proinsulina, ya que eran normales. Se objetivaron anticuerpos anti-insulina positivos con una fijación del 76,8% (VR 8,2%). La HbA1c fue normal, así como los ejes tiroideo, somatotrofo y adrenal y no se detectaron sulfonilureas en orina. Posteriormente, en el test de sobrecarga oral de glucosa, se detectó hipoglucemia grave a los 180 min, por liberación de insulina de los complejos antígeno-anticuerpo. La paciente presentó buena evolución clínica con dieta fraccionada. El segundo caso corresponde a una niña de 3 años, diagnosticada de síndrome de DiGeorge, que presenta varios episodios de hipoglucemia sintomática sin causa aparente. Destaca importante acantosis nigricans junto con alta variabilidad glucémica. Se objetivó hiperinsulinismo en contexto de hipoglucemia, con péptido C normal. Los anticuerpos anti-insulina y el estudio de posibles metabolopatías fueron negativos. Presentó múltiples infecciones respiratorias que requirieron ingresos prolongados, motivo por el cual se inició terapia combinada con corticoides a altas dosis y administración mensual de gammaglobulinas. Desde entonces, se produjo una disminución progresiva de los niveles de insulina hasta normalizarse, desapareciendo hipoglucemias. Aunque en el momento en que se envía esta comunicación la determinación de anticuerpos anti-receptor de insulina se encuentra pendiente de resultado (laboratorio internacional), el cuadro clínico es compatible con el Síndrome de resistencia insulínica tipo B.

Conclusiones: Ante hipoglucemia de origen no filiado, la presencia de autoinmunidad frente a la insulina o frente a su receptor puede desenmascarar un diagnóstico poco frecuente en nuestro entorno y facilitar un manejo terapéutico dirigido, evitando posible yatrogenia por cirugía pancreática no indicada ni resolutive en

estos casos.