



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/158 - QUE NO TE DESORIENTEN LOS SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS. INSULINOMA

I. Rivera Panizo<sup>1</sup>, M. Tobalina Segura<sup>2</sup>, A. del Rey Rozas<sup>3</sup>, J. Rodríguez Duque<sup>2</sup>, L. Rodríguez Vélez<sup>4</sup>, C. Granja Ortega<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Santa Cruz de Bezana. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.<sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 57 años, bebedora ocasional, con antecedentes de HTA en tratamiento farmacológico, en seguimiento por psiquiatría desde su divorcio por alteración de la conducta con "habla incoherente" ocasional y diagnóstico de depresión, en tratamiento con distintos fármacos antidepresivos sin clara respuesta. Refieren sus hijos que tras una discusión, comienza a la mañana siguiente con cefalea y debilidad, encontrándola horas después en su domicilio con intensa somnolencia, disartria y disminución del nivel de conciencia. Tratamiento habitual: mirtazapina, alprazolam, enalapril.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 135/85; FC: 110 lpm; FR: 16 rpm. SatO2: 98%. Somnolienta. Sudoración intensa. Glasgow: 13-14 puntos. AC: rítmico, no soplos. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no palpo masas ni megalías, RHA+, sin irritación peritoneal. Exploración neurológica: PiCNR, somnolienta, sin clara focalidad neurológica. Pruebas complementarias: glucemia capilar: 34 mg/dl. Analítica: glucosa 34 mg/dl, resto de hemograma y bioquímica urgentes normales. Gasometría venosa normal. Tóxicos en orina: Benzodiacepinas positivo, resto negativo. Radiografía de tórax: sin hallazgos característicos. ECG: RS a 98 lpm, sin alteraciones agudas en la repolarización. TC craneal: no se objetivan sangrados agudos ni signos de isquemia. Analítica ampliada: insulina basal 20 ?U/ml, péptido C 2,57 ng/ml, ausencia de sulfonilureas en plasma. Anticuerpos para insulina negativos. Cortisol 8 AM: 20 ?g/dl. Hormona de crecimiento 4,5 ng/ml; Prolactina 16 ng/ml; Calcio ionizado: 1,4 mmol/l; PTH: 98,2 pg/ml. Ultrasonografía endoscópica que evidencia imagen sugestiva de insulinoma en cabeza de páncreas. TAC abdominal contrastando imagen sugestiva de tumor en cabeza de páncreas.

**Juicio clínico:** Disminución de conciencia secundaria a insulinoma.

**Diagnóstico diferencial:** Ante un cuadro de disminución del nivel de conciencia se debe realizar un amplio diagnóstico diferencial, incluyendo diversas patologías como: Intoxicación alcohólica aguda, intoxicación por drogas o medicamentosa, enfermedad cerebrovascular isquémica aguda, hemorragia subaracnoidea, intraparenquimatosa, subdural o epidural, neoplasia primaria o metastásica, traumatismo craneal, infecciones como meningitis o encefalitis, episodio poscrítico de crisis epiléptica, trastornos hidroelectrolíticos como deshidratación o alteraciones iónicas, enfermedades graves como IAM, IC, arritmias graves, EPOC descompensado, TEP. Anemia aguda, cauda medicamentosa: anticolinérgicos y trastornos metabólicos como hipoxia, hiperglucemia, hipoglucemia, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, disfunción tiroidea...

**Comentario final:** Ante toda alteración del nivel de conciencia no podemos olvidarnos dentro del diagnóstico diferencial de la hipoglucemia. El insulinoma es la causa más común de hipoglucemia relacionada con hiperinsulinismo endógeno. Además, es la neoplasia endocrina más común del páncreas. El 90% son benignos. La naturaleza episódica del ataque hipoglucémico se debe a la secreción intermitente de insulina por el tumor. Es por ello, que el diagnóstico puede ser un reto ya que es confundido con patologías psiquiátricas o neurológicas. Tras su confirmación bioquímica, la localización preoperatoria se realiza mediante TC, RM o ultrasonografía endoscópica. En la actualidad el tratamiento de elección para resolver los síntomas es la resección quirúrgica (enucleación/pancreatectomía).

## Bibliografía

Aronson MA. Meyler's Side Effects of Drugs. Cap. Insulin. Elsevier, 2016; p. 111-4.

Amouyal C. Tratado de medicina, 2017. Sospecha de hipoglucemia en el paciente no diabético. Elsevier, 2017; p. 1-5.

Run Y. Neuroendocrine Tumor Syndromes. Endocrinology, 7<sup>a</sup> ed. Elsevier; p. 2606-14.