Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):1

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/25 - Valoración de hipoglucemias en pacientes no diabéticos

A. García de Francisco[a], M.P. Hernández Sánchez[b], S. García de Francisco[c], M. del Castillo Alemany[d], S. Gadea Villalba[e], V. López Águeda[e], G. Martín Peira[f] y E. Pérez Pérez[g]

[a]Equipo de Atención Primaria Isla de Oza. Madrid. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Silvano. Madrid. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Orcasitas. Madrid. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Andrés Mellado. Madrid. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid. [f]Médico de Familia. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Pozuelo de Alarcón. [g]Médico de Familia. Centro de Salud los Castillos. Alcorcón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 59 años hipertiroidea. Exfumadora. Síndrome ansioso-depresivo en tratamiento con paroxetina. Acude a consulta de AP por desconexión del medio y comportamiento infantil de 20 minutos de duración con recuperación espontánea, sin secuelas. Se remite a urgencias hospitalaria por posible AIT, donde derivan a la paciente para estudio neurológico, que fue normal. Posteriormente presenta un cuadro similar siendo atendida en domicilio donde objetivan glucemia de 40 mg/dl. Se deriva precozmente a la paciente al servicio de endocrinología desde AP con sospecha de insulinoma. Allí confirman el diagnóstico y se deriva a la paciente a cirugía para resección de la lesión.

Exploración y pruebas complementarias: En AP: exploración sin alteraciones. TA 140/95. Glucemia 54 mg/dl. ECG: RS a 70 lpm. En urgencias; glucemia 53 mg/dl, TAC craneal y Rx de tórax normales. Estudio neurológico: EEG y RMN normales. Estudio endocrinológico: test del ayuno: glucemia 37 mg/dl. Insulina 9,6 mIU/ml. Péptido C: 1,72 ng/ml. TAC abdominal: lesión sólida en vertiente superior del proceso uncinado pancreático.

Juicio clínico: Insulinoma.

Diagnóstico diferencial: Se realizó con tres grandes grupos nosológicos: 1. Síndromes neurológicos: epilepsia, narcolepsia, tumor cerebral, meningitis, migraña acompañada, insuficiencia carotídea e ictus. 2. Síndromes psiquiátricos: histeria, astenia neurocirculatoria, síncope por hiperventilación, depresión endógena, esquizofrenia y demencia presenil. 3. Síndromes circulatorios: ángor, crisis vasovagales, síncope del seno carotídeo, síndrome de Stockes-Adams.

Comentario final: El insulinoma es infrecuente (4 casos/millón/año), y de diagnóstico tardío. El diagnóstico se basa en la clínica y en la demostración de un patrón de hiperinsulinismo endógeno (niveles de insulina y péptido C elevados) durante la hipoglucemia (espontánea o inducida). La TAC y la ecografía endoscópica constituyen los métodos de elección para el diagnóstico prequirúrgico. La detección precoz es esencial para el pronóstico pues permite tratamiento curativo (resección tumoral) en el 75-98% de los casos. Aquí el médico de familia tiene un papel fundamental en el reconocimiento precoz de la clínica compatible con insulinoma y su correlacción con los hallazgos

bioquímicos.

Bibliografía

1. Wolfenden T. Hypoglycaemia in a patient who is non-diabetic. BMJ Case Rep. 2014.
2. Diéguez Felechosa, M. Insulinoma. Criterios diagnósticos y tratamiento. Av Diabetol. 2009;25:293-9.
3. Halperin I. Insulinoma. Endocrinol Nutr. 2007;54(Supl 1):15-20.

Palabras clave: *Insulinoma. Hipoglucemia. Síndrome confusional. Hiperinsulinismo.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.