



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1205 - Doctora, ¡Necesito azúcar!

M.J. Martínez Valero^a, M. Córcoles Vergara^b, B. de la Villa Zamora^b, C. López Alarcón^c, A. Marco Berná^b, I. Pico García^c, N. Rodríguez García^d, M.M. Fernández de Béjar^d, L.L. Cabrera Sánchez^e y J.A. Sánchez Nicolás^{h,f}

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. Murcia. ^bMédico Residente. Centro de Salud Santomera. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^fMédico Adjunto. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Consulta: hipoglucemia. Antecedentes personales: hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva e isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica enfisematosa. Tratamiento: enalapril 20, Emconcor 5, Adiro 100, Ventolin. Enfermedad actual: varón de 80 años, sin diabetes conocida, que consulta en nuestro Centro de Salud por hipoglucemia (controles en farmacia) mantenida a pesar de comer con normalidad. No presenta clínica (aunque refiere sudores profusos). Refiere orinas más oscuras de lo normal en meses anteriores. No refiere toma de nueva medicación. El paciente es autónomo para las actividades básicas de la vida diaria, es responsable de la administración de su tratamiento y no tiene deterioro cognitivo. Exploramos posibilidad de toma de fármacos por equivocación (pidiendo que traiga medicación que toma) y comprobamos que no toma antidiabéticos.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 172/98, frecuencia cardíaca 78 latidos por minutos, saturación de oxígeno 97%, afebril, glucemia capilar 43. Regular estado general, consciente, ligeramente somnoliento, ictericia marcada en piel y mucosas. Auscultación cardio-pulmonar: normal. Abdomen: globuloso, blando y depresible, ligeramente doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, hepatomegalia de dos traveses de dedo, ruidos hidroaéreos conservados. Tacto rectal: ampolla rectal vacía, dedil con resto de heces de color amarillento-blanquecinas. Extremidades inferiores: normales. Analítica destaca glucemia 42, GPT 232, amilasa normal. En orina amilasa negativo, sedimento: urobilinógeno aumentado. Radiografía de tórax y abdomen: normal. Ecografía abdominal destaca: hígado aumentado de tamaño sin lesiones focales, vía intra y extrahepática dilatadas, páncreas no dilatado, sin lesiones visibles, vesícula distendida sin litiasis en su interior. Tomografía computarizada con contraste abdominal que indica tumoración en cabeza de páncreas que comprime colédoco de 2 × 2 cm. El paciente mantiene cifras de glucosa en torno a 45-60 a pesar de dieta rica en glucosa.

Juicio clínico: Tras valorar clínica y pruebas complementarias, el diagnóstico final más probable es insulinooma que comprime colédoco.

Diagnóstico diferencial: Hipoglucemia por antidiabéticos orales. Hipoglucemia por insulina. Hipoglucemia autoinmune. Hiperinsulinemia endógena.

Comentario final: Es importante realizar un diagnóstico diferencial en la hipoglucemia, una correcta anamnesis sobre medicación administrada, exploración física completa y exploración cognitiva, así como

explorar el medio familiar y posible envenenamiento (aislar al paciente y ver evolución si es necesario). En este paciente, la ictericia marcada, la coluria y la acolia nos hizo sospechar patología en vía biliar, realizándose pruebas complementarias pertinentes y descartando otras posibilidades (envenenamiento, toma de fármacos por error...).

Bibliografía

1. Insulinoma, Uptodate, 2016.

Palabras clave: Hipoglucemia. Insulinoma. Anamnesis.