

347/1072 - EN BUSCA DEL INSULINOMA PERDIDO

P. Clavero Cereceda^a, M. Varo Morilla^a y C. de la Cruz Seris-Granier^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón 24 años. Como antecedentes, epilepsia generalizada idiopática con electroencefalograma normal y migraña, en tratamiento con valproico y AINEs. Fumador habitual de tabaco y cannabis, que refiere haber dejado hace un mes. Acude a consulta de Atención Primaria tras presentar en domicilio hipoglucemia sintomática glucemia capilar de 50 mg/dl y resuelta por Unidad Móvil DCCU tras ingesta oral de hidratos de carbono de liberación rápida. Refiere que no es la primera vez que nota síntomas similares a dicho episodio pero que nunca había precisado servicios médicos. Como sintomatología acompañante, aumento de 12 kg de peso en los últimos tres meses sin transgresiones dietéticas llamativas y diarreas frecuentes de 5 o 6 episodios diarios. Niega utilización de antidiabéticos orales o insulina. Decidimos comenzar estudio del paciente con pruebas complementarias que están a nuestro alcance previo a derivación hospitalaria y explicamos medidas de prevención y tratamiento de hipoglucemias en caso de repetición.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física sin hallazgos significativos. Solicitamos analíticas con los siguientes resultados: glucemia 63 mg/dl, HbA1c 3,7%, insulina basal 9,6 uU/mL, péptido C 2,11 ng/mL, hormonas y anticuerpos tiroideos y cortisol basal normales. Ingresa en Servicio de Endocrinología tras acudir a Servicio de Urgencias Hospitalarias por episodio constatado de hipoglucemia de 30 mg/dl muy sintomático.

Orientación diagnóstica: Síndrome hipoglucémico pancreático no insulinoma (SHPNI) o nesidioblastosis del adulto.

Diagnóstico diferencial: Hiperinsulinismo endógeno por insulinoma.

Comentario final: Durante su ingreso y precisando la intervención de otros centros hospitalarios especializados, se realizan múltiples pruebas complementarias confirmándose la existencia de hiperinsulinismo endógeno pero sin que exista evidencia de presencia de insulinoma. Tras biopsia pancreática que determina la existencia de hiperplasia de células beta, se realiza pancreatectomía parcial de cabeza de páncreas, se pauta tratamiento con diazóxido y se realiza seguimiento posterior en consulta de Endocrinología.

Bibliografía

1. Melmed S, Jameson JL. Hipófisis anterior: fisiología de las hormonas hipofisarias. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-

- Hill; 2012.
2. Powers AC. Diabetes mellitus: diagnóstico, clasificación y fisiopatología. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Hipoglucemia. Hiperinsulinismo. Páncreas.