

424/2412 - HIPOGLUCEMIAS INTERMITENTES ¿PATOLOGÍA REAL O INDUCIDA?

M. García-Giralda Rodríguez¹, R. Ramos Quirante² y M. Mata López³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nueva Andalucía. Almería.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 30 años que acudió a consulta por padecer episodios de mareos, visión borrosa, temblor distal, debilidad y malestar general desde hacía unos meses. Afebril. Negaba pérdida de peso u. otra sintomatología acompañante. Sin antecedentes personales de interés. Sin alergias medicamentosas. No recibía tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración neurológica descartaba un vértigo, Romberg negativo, sin nistagmo. Marcha estable. Auscultación cardiopulmonar rítmica a 80 lpm, sin soplos, murmullo vesicular conservado, sin roncus ni sibilantes. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. Blumberg negativo. Murphy negativo. Miembros inferiores sin signos de trombosis venosa profunda. Al realizarle Test de detección rápida de glucosa en sangre, se detectaban niveles de glucemia de 27. Ante dicho resultado, se derivó para valoración en Servicio de Urgencias, donde se realizó analítica en la que aparecía hipoglucemia e insulina elevada. Ante dicho hallazgo, se solicitaron sulfonilureas en orina, resultando negativo. Ingresó en el Servicio de Endocrinología para estudio. Por sospecha de insulinoma, se solicitó test de ayuno y gammagrafía con octreótido. En test de ayuno, no se suprimían ni la insulina ni el péptido, que por el contrario, aparecen elevados. La prueba de imagen no era concluyente. Se decidió búsqueda intraoperatoria del insulinoma y, hasta la cirugía, tratamiento puente de prednisona 5 mg/24h.

Orientación diagnóstica: Hipoglucemias severas con niveles de insulina y péptido C que no se suprimen, sin otra patología asociada en mujer adulta joven orienta a insulinoma.

Diagnóstico diferencial: Insulinoma. Hipoglucemia autoinmune. Hipoglucemia facticia. Alcohol. Insuficiencia hepática, renal, cardiaca, suprarrenal. Tumor productor de IGF-II.

Comentario final: El insulinoma es el tumor más frecuente de las células funcionales del páncreas, y a pesar de que su incidencia general es rara, el clínico siempre debe pensar en este diagnóstico diferencial al momento de tratar una hipoglucemia en un paciente adulto. En términos generales, su diagnóstico no es complejo y su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, con buen pronóstico y baja tasa de recidiva.

Bibliografía

- Ishihara H, Maechler P, Gjinovci A, Herrera PL, Wollheim CB. Islet beta-cell secretion determines glucagon release from neighbouring alpha-cells. *Nat Cell Biol.* 2003;5(4):330-5.
- Guettier JM, Gorden P. Hypoglycemia. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2006;35(4):753-66.

Palabras clave: Hipoglucemia. Insulinoma. Test de ayuno.