



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/275 - HIPOGLUCEMIAS CAUSADAS POR INSULINOMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Krivocheya Montero<sup>1</sup>, C. Olmo Azuaga<sup>2</sup>, A. Casas Casas<sup>3</sup> y M. González González<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Norte-Cabrerizas. Melilla. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro-San Lorenzo. Melilla. <sup>3</sup>Enfermera. Centro de Salud Zona Norte-Cabrerizas. Melilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 51 años que acude a AP por debilidad, cefalea y sudoración fría. En el domicilio la paciente objetiva hipoglucemias. Dichas hipoglucemias datan de unos meses de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general, exploración neurológica, abdominal y cardiorrespiratoria normal. Piel y faneras sin hallazgos, extremidades sin alteraciones significativas. Analítica: bioquímica: glucosa basal 41, creatinina 0,75, colesterol 191, triglicéridos 48, ALT 18, GGT 28, TSH 2,4. Orina: 40-60 leucocitos. Hemograma: hematíes 4,64, hemoglobina 13,5, hematocrito 42,6%, VCM 91,9, HCM 29,2, leucocitos 9,32 (fórmula leucocitaria normal), plaquetas 305. Derivamos a la paciente a Endocrinología. Se le solicitan nuevas pruebas complementarias: Bioquímica: glucosa 50, insulina basal 9,20, proinsulina 47, cromogranina 83. Inmunología: IGF-1 478, autoinmunidad negativa a antidiabéticos orales. Hormonas: cortisol 13,5, glucagón 134, ACTH 49, GH 0,20, péptido C 2,5, TSH 2,42, T4L 0,62, gastrina 39, péptido intestinal vasoactivo 6,70, polipéptido pancreático 45,8, somatostatina 62,7. Marcadores tumorales: CA 19.9 4,2. Orina 24 horas: ácido 5-hidroxiinolacético 9,1 mg/24h. Otros: ácido beta hidroxibutírico 1,10. Hemograma normal. RMN: lesión hipervascular en la unión cabeza cuerpo de páncreas, no concluyente para insulinoma. Evolución: se deriva a Málaga donde se solicita TAC multicorte de páncreas en la que pone de manifiesto la presencia del insulinoma. Tras recibir tratamiento médico con diazóxido se procede a la intervención quirúrgica.

**Orientación diagnóstica:** Hipoglucemias secundarias a insulinoma.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial de las causas de hipoglucemia en el adulto son muy extensas e incluyen las siguientes patologías. Hipoglucemia funcional asociada con gastrectomía. Tumores no pancreáticos. Mesotelioma pleural. Sarcoma. Carcinoma adrenal. Carcinoma hepatocelular. Insuficiencia adrenal. Insuficiencia hepática extensa. Sobredosificación con ADOs o insulina.

**Comentario final:** El insulinoma es un tumor poco frecuente, siendo la causa endógena más frecuente de hipoglucemia hiperinsulinémica. Es frecuente en la quinta década y se caracteriza por síntomas autónomos y neuroglucopénicos. Es de etiología desconocida y el tratamiento estándar es la resección quirúrgica, con un pronóstico habitualmente bueno.

### Bibliografía

1. Cryer PE. Hipoglucemia. En: Braunwald E, director. Harrison, principios de Medicina Interna, 17ª ed. México: Mc Graw Hill; 2009. p. 2305-10.

**Palabras clave:** Hipoglucemia. Insulinoma. Díazóxido.