



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

## 482/513 - INSULINOMA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

M. Giménez Gil<sup>1</sup> y C. Gracia Alloza<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria.<sup>2</sup> Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 45 años. Acude a consulta de Atención Primaria por cansancio de 4 meses de evolución, y ocasionales episodios de mareo acompañados de sudoración y en alguna ocasión síncope. AP: hipotiroidismo (levotiroxina 50 mg).

**Exploración y pruebas complementarias:** Obesidad, IMC 32. Ganancia de 8 kg en los últimos 3 meses. Resto de la exploración no aporta hallazgos de significación patológica. ECG: RS a 70 lpm. Sin alteraciones en la repolarización. Analítica: dentro de parámetros normales (incluidas hormonas tiroideas), excepto glucosa: 49 mg/dl. Reacude acompañada de su marido que relata que lleva dos días que la encuentra diferente, algo lenta de pensamiento, con comportamientos extraños y desorientada. En la exploración neurológica no se evidencian datos de focalidad. La glucemia digital es de 45 mg/dl. Remitimos para valoración por endocrinología, quedando ingresada. Se realizaron pruebas: Test de ayuno: positivo a las 13 horas. TAC de abdomen: normal. Ecoendoscopia (USE): lesión en páncreas hipoeocoica y homogénea de 9 × 7 mm en la cola pancreática y otra de las mismas características en el cuello del páncreas. Resto de estudios analíticos normales (tiroídes y paratiroides).

**Orientación diagnóstica:** Hipoglucemia por tumor neuroendocrino: insulinoma.

**Diagnóstico diferencial:** ACV, AIT, síndrome confusional, psicosis, depresión... Hipoglucemia inducida por ejercicio. Neoplasias: linfoma, mieloma múltiple... Fármacos: sulfonilureas, xilitol, betabloqueantes... Disfunción hepática. Sepsis.

**Comentario final:** Los insulinomas son tumores de células beta-pancreáticas que secretan insulina produciendo hipoglucemia, que da lugar a la clínica que es importante reconocer, clave para el enfoque diagnóstico. Los síntomas también derivan de mecanismos compensatorios (liberación de glucagón y catecolaminas) encontrando clínica neuroglicopénica (convulsiones, debilidad, ataxia, temblores musculares y depresión) y simpaticoadrenal (nerviosismo, taquipnea y alteración del comportamiento). Son benignos en el 90% de los casos. La relación hombre: mujer es 2:3; la edad promedio de diagnóstico es 40 años. Se encuentran localizados el 57% en la cola del páncreas. El tratamiento de elección es quirúrgico y dependerá de su localización. En nuestro caso la localización fue dentro del parénquima de la cola del páncreas, por lo que se realizó pancreatectomía distal.

### Bibliografía

1. Karakaxas D, Gazouli M, Liakakos T. Pancreatic neuroendocrine tumors: Current opinions on a rare, but potentially curable neoplasm. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2014;26:826-35.

**Palabras clave:** Insulinoma. Hipoglucemia. Neoplasia pancreática.