



## 249/43 - HIPOGLUCEMIA EN UN PACIENTE DM 2

V. Sierra Cadenas<sup>a</sup>, S. Suárez Piñera<sup>b</sup>, B. Pérez Deago<sup>c</sup> y C. Cañal Suárez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Contrueces. Gijón. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calzada II. Gijón. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área V de Asturias. Hospital de Cabueñes. Centro de Salud de Contrueces. Gijón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 64 años, diagnosticado de DM tipo 2 hace 8 años a tratamiento con metformina 850 mg cada 12 horas con buen control, dislipémico a tratamiento con simvastatina 10 mg y obesidad. Acude a la consulta de AP por mareos, malestar general y sudoración profusa en las últimas semanas. La exploración física es normal, TA 128/85 y glucemia capilar 50.

**Exploración y pruebas complementarias:** Se pide a la paciente que realice glucemia capilares en su domicilio 3 veces al día, además de en los momentos en los que presente clínica, se solicita analítica y se cita en 7 días en la consulta. Aporta controles con cifras de glucemia en torno a 40-75 mg/dl en múltiples controles, sin relación con el ejercicio o ayuno. La analítica estaba dentro de límites normales, llamando la atención una HbA1c de 4%. Con estos datos y bajo sospecha de insulinoma se deriva a Endocrinología para valoración, donde se solicita determinación de péptido C (9,33 ng/ml [0,9-7,1 ng/ml]), insulina (54,2 mU/ml [7-24 mU/ml]) y TAC abdominal que desvelo un nódulo en cola de páncreas, hiperdenso, bien delimitado de 25 mm. Con estos resultados se programa ingreso para cirugía, realizándose pancreatectomía parcial. Tras la cirugía se objetivan cifras de glucemia elevadas, requiriendo insulina durante el ingreso post-operatorio. Al alta, se re introduce metformina 850 mg/12 horas con buena tolerancia y controles de glucemia capilar aceptables. En analítica de control a los 3 meses se objetiva HbA1c 8%. El paciente continúa en seguimiento por su médico de atención primaria y por Endocrinología.

**Juicio clínico:** Insulinoma en paciente DM tipo 2 con antidiabéticos orales.

**Comentario final:** Dentro de las hipoglucemia por hiperinsulinemia endógena, el insulinoma es una de las causas más frecuentes, aunque presenta una incidencia muy baja en pacientes con diagnóstico de DM tipo 2, por lo que supone un reto importante para el médico de atención primaria, quien, a pesar de su baja incidencia, debería pensar en esta posibilidad tras descartar las causas más frecuentes de hipoglucemia en el paciente diabético.

### Bibliografía

1. Sakurai A, Aizawa T, Katakura M, et al. Insulinoma in a patient with noninsulin- dependent diabetes mellitus. Endocrine Journal. 1997;44:473-7.

2. Philip EC, Lloyd A, Ashley BG, et al. Evaluation and management of adult hypoglycemic disorders: an endocrine society clinical practice guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2009;94(3):709-28.
3. Diagnóstico de localización en el insulinoma y valor pronóstico de la monitorización de la glucemia posquirúrgica. *Medicina Clínica*. 118(6):201-4.
4. Editorial. Hypoglycaemia and diabetes control. *Lancet*. 1991;338:853-84.