

CC002

INSULINOMA: DIAGNÓSTICO TARDÍO

MUTTI, Lucrecia, GÓMEZ Juliana V., CASES Jorgelina L., RECALDE Maricel, CURRIÁ Marina I.
Hospital Británico de Buenos Aires

Introducción: El insulinoma es una patología poco frecuente afecta a 1-4/millón de personas. Generalmente se presenta como un tumor pequeño menor a 2 cm de diámetro, ubicado en la cabeza o unión de la cabeza y cuerpo del páncreas. Es la principal causa de hipoglucemia hiperinsulinémica (hh) endógena. Se caracteriza por la manifestación de síntomas autonómicos: sudoración, temblor y palpitaciones y síntomas neuroglucopénicos: confusión, alteración del comportamiento, trastornos visuales, convulsiones y coma. El diagnóstico requiere la presencia de la triada de Whipple: hipoglucemia (glucemia <50 mg/dl), síntomas compatibles y remisión de los mismos tras resolver la hipoglucemia. El test de ayuno prolongado es el método diagnóstico para confirmar la hh. La TAC o RMN son utilizadas para la localización del tumor. El tratamiento de elección es quirúrgico, sin embargo en pacientes con elevado riesgo operatorio se puede indicar diazóxido. Caso Clínico: Paciente femenina, 90 años, cuyo motivo de internación fue hiponatremia severa sintomática e infección urinaria. Antecedentes personales de obesidad, hipertensión, hipoglucemia sintomática de 40 años de evolución sin diagnóstico etiológico ni tratamiento. Independiente para las actividades de la vida diaria. Medicación habitual amlodipina, telmisartán, alprazolam y lactulón. Presentaba diarrea acuosa de una semana de evolución agregando en las últimas 48 hs cuadro de astenia, adinamia, confusión y afasia mixta.

Examen físico: Hemodinámicamente estable, desorientación temporoespacial y discurso incoherente. TAC de cerebro sin lesiones. Natremia 104 mEq/l. Durante la internación intercorre con hipoglucemia de 45 mg/dl y mioclonías faciales. Por alteración del sensorio se inició nutrición enteral continua 2000 calorías/día. En contexto de nueva hipoglucemia se constata: glucemia 47 mg/dl (55-100), péptido C 3,69 nmol/l (0,17-1,20), Insulinemia 66 uIU/ml (2-12), cortisol 18 ug/dl (5-21), TSH 4,93 mIU/l, T4L 17 pmol/l (9-28), T4 9,8 ug/dl (5,1-28), T3 107 ng/dl (40-180) función renal normal. Se interpreta como hipoglucemia hiperinsulinémica. Se indican dosis progresivas de Diazóxido de 100 a 300 mg/día con respuesta satisfactoria. Intercorre con neumonía intrahospitalaria requiriendo asistencia respiratoria mecánica. Se realiza TAC de abdomen: "Cuerpo pancreático imagen nodular de 13 x 12 mm que presenta discreto realce en relación al resto de la glándula y persiste en cortes tardíos, podría corresponder a insulinoma". Evoluciona con fibrilación auricular de alta respuesta ventricular, edema agudo de pulmón y fallece.

Conclusión: Se presenta el caso de una paciente de 90 años de edad con hipoglucemias de 40 años de evolución sin diagnóstico ni tratamiento. Durante su internación se realizó el diagnóstico bioquímico de hipoglucemia hiperinsulinémica endógena y la TAC mostró una imagen compatible con insulinoma. La paciente no se encontraba en condiciones de ser intervenida quirúrgicamente, por lo cual recibió tratamiento con diazóxido. La terapéutica farmacológica resolvió los eventos hipoglucémicos.