



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2716 - PARESTESIAS PERIORALES: INSULINOMA MALIGNO

M. García-Uría Santos<sup>a</sup>, A. Bárcena Dahl<sup>b</sup>, G.S. Orozco Buenaventura<sup>c</sup> y N.G. Reyes Mena<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud San Juan de la Cruz. Zona Noroeste. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Cerro del Aire. Zona Noroeste. Majadahonda. <sup>c</sup>Médico Residente 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Cerro del Aire. Zona Noroeste. Majadahonda. <sup>d</sup>Médico Residente 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud El Abajón. Las Rozas. Zona Noroeste. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude a consulta por episodio autolimitado de diplopía y disartria, de unos 40 minutos de duración. El cuadro tuvo lugar hace 10 días, estando en domicilio. Comenta que desde hace dos meses presenta ocasionalmente parestesias en región perioral que ceden tras la ingesta de alimentos. Niega otra sintomatología asociada. Ante sintomatología neurológica se decide derivar a la paciente a Urgencias. Valorada por Neurología que solicita ingreso para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Bien hidratada y perfundida. Afebril. TA: 129/77 mmHg. FC: 66 lpm. Glucemia capilar 54 mg/dl. Cabeza y cuello: No rigidez de nuca, pares craneales y pupilas normales. Auscultación cardiopulmonar y Abdomen: Sin hallazgos. Extremidades: Fuerza conservada. Reflejos sin alteraciones. En Urgencias se realiza analítica completa, ECG y TAC craneal sin hallazgos. Durante el ingreso, realizan estudio vascular completo sin alteraciones. En analítica de control se observa glucemia venosa de 46 mg/dl, iniciándose monitorización de glucemia capilar constatándose glucemias preprandiales entre 46-63 mg/dl. A la vista del cuadro clínico-analítico, altamente sugestivo de trastorno hipoglucémico, se avisa a Endocrinología, que somete a la paciente a test de ayuno. Aproximadamente a las 24h de ayuno, la paciente presenta sintomatología consistente en bradipsiquia manifiesta, con lentitud en las respuestas, dificultad para recordar datos personales e incapacidad para cálculos matemáticos simples. Con una glucemia venosa de 34 mg/dl se da por finalizado el test. Una vez normalizada la glucemia la sintomatología de la paciente desaparece por completo. Con el diagnóstico de hiperinsulinismo endógeno se solicita RM abdominal que informa la existencia de lesión sospechosa de tumor neuroendocrino en cola pancreática con diseminación metastásica a hígado. Se confirma mediante PET-TC. Actualmente la paciente se encuentra bajo tratamiento con Lutecio, con buena respuesta.

**Juicio clínico:** Insulinoma maligno estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial del insulinoma se realiza con otras causas de hipoglucemia hiperinsulinémica: Nesidioblastosis; Hipoglucemia facticia; Síndrome de hipoglucemia no insulinoma; Hipoglucemia autoinmune.

**Comentario final:** Los insulinomas son tumores poco frecuentes derivados de las células beta de los islotes pancreáticos. La secreción autónoma de insulina da lugar a hipoglucemias con síntomas neuroglucopénicos. El diagnóstico se basa en la demostración de un patrón de hiperinsulinismo endógeno. La cirugía es el tratamiento de elección.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Mella M, García A, Nofuentes C. Evaluación y manejo de los insulinomas. Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas. 2015;18:7-11.