



P-228 - HIPOGLUCEMIA EN PACIENTE APARENTEMENTE SANO. DIAGNÓSTICO Y LOCALIZACIÓN DEL INSULINOMA

C. Moreno Gálvez, W.V. González Sacoto, M. Lacarta Benítez, L. Olivar Gómez, L. Morales Blasco, P. Trincado Aznar y F. Losfablos Callau

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Resumen

Introducción y objetivos: Los insulinomas son tumores neuroendocrinos con una incidencia de 1/250.000-1.000.000 habitantes, son la principal causa de la hipoglucemia hiperinsulinémica endógena y en su gran mayoría son benignos. La edad más frecuente del diagnóstico es entre la cuarta y quinta década de la vida. El principal síntoma son las hipoglucemias que se acentúan durante periodos de ayuno o ejercicio. También es frecuente el aumento del peso haciendo difícil el diagnóstico al poder pensar en una prediabetes.

Material y métodos: Se presenta una paciente diagnosticada de insulinoma que presentaba hipoglucemias graves además de un aumento de peso sustancial en los dos últimos meses. Paciente de 49 años remitida por hipoglucemias sintomáticas llegando a presentar cifras de hasta 17 mg/dl. Debido al miedo a padecer hipoglucemias, la paciente aumentó las ingestas de forma voluntaria con un aumento de unos 10-15 kilogramos en los 3 últimos meses. Se realizó ingreso programado para realización de test de ayuno produciéndose una hipoglucemia tras 20 horas de ayuno con resultados de glucemia 37, insulina 4,16 y péptido C 1,09. Beta OH butirato 1,88, HbA_{1c} 5,2%, cortisol 12,1, GH 1,37. Tras confirmarse la presencia de hipoglucemia en ayuno se catalogó como hiperinsulinismo endógeno y posible insulinoma. Para su localización se realizaron numerosas pruebas; tomografía computarizada, Octreoscan y PET-DOPA sin observarse imágenes compatibles con insulinoma en ninguna de ellas. Se decidió realizar ecoendoscopia en la que se visualizaron lesiones focales en cabeza de páncreas, pero en la anatomía patológica no se observó células que sugiriesen neoplasia neuroendocrina. Por último, se realizó un cateterismo selectivo de arterias pancreáticas con posterior estímulo con calcio. Los resultados permitieron focalizar el territorio de la hiperproducción endógena de insulina a nivel de cuerpo-cola pancreática ya que se produjo un pico de insulina de 36 y 58 en los territorios pancreáticos irrigados por las arterias esplénicas. A pesar de ello y dado que el aumento de insulina no se multiplicaba por ocho, no permitía distinguir claramente entre insulinoma o nesidioblastosis focal, independientemente de ello, se decidió abordaje quirúrgico de la zona corpocaudal pancreática. La muestra quirúrgica mostró tumor neuroendocrino bien diferenciado (G1) con perfil IHQ concordante con insulinoma de un tamaño de 9 × 7 mm, además de zonas aisladas de hiperplasia de islotes neuroendocrinos. Tras la intervención, desaparecieron las hipoglucemias. Como efectos secundarios tras la intervención, la paciente presenta cuadros diarreicos leves que cesaron tras el uso de enzimas pancreáticas con las comidas.

Conclusiones: En conclusión, la complejidad del diagnóstico de insulinomas demanda numerosas pruebas diagnósticas en algunos casos, el uso del cateterismo selectivo de arterias pancreáticas, una técnica de alta complejidad y realizada en centros de referencia, ha demostrado ser crucial para la identificación precisa de estos tumores.