



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2052 - Episodios autolimitados de desconexión

A.A. Moronta de la Cruz^a, N.A. Imbachí Zambrano^b, S. Reguero Celada^c, S. Méndez Desena^a, A. Arias Rosario^d, V.M. Báez Pimentel^e, L.F. Alcántara Feliz^e, D. Rosario Lapaix^e, A.M. González González^f y A.N. Romero García^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Condesa. León. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 54 años, con antecedentes personales de adenomatosis endocrina múltiple tipo 1, acromegalia, panhipopituitarismo, hiperparatiroidismo primario. Acude a la consulta de su médico de atención primaria por presentar episodios autolimitados de 10 minutos de duración con recuperación total que consistían en sensación de desconexión del medio y debilidad generalizada sin causa desencadenante. Dado el cuadro del paciente se sospecha de una hipoglucemia que es detectada y constatada en dos ocasiones en el momento de los episodios.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial: 90/60 mmHg, Fc: 75 l/m, temp: 36,6 °C. Exploración neurológica: normal. Auscultación cardíaca: rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: ventilados, murmullo vesicular conservado. Hemograma: Hb: 16,6 g/dl, Hto: 48. Resto normal. Bioquímica: glucosa: 62 mg/dl, calcio total 9,7 mg/dl, fosfatasa alcalina 51, hormona de crecimiento basal: 0,01, IGF-1: 81,9 ng/ml, T4 libre: 0,95, prolactina 4,8; PTH intacta 90,89. Test de ayuno confirmatorio. RNM: dos nódulos pancreáticos. Evolución: el paciente es intervenido donde se realizó una pancreatocistomía corporo-caudal con preservación esplénica. Debido a su evolución favorable se decide el alta, manteniendo hasta la fecha sucesivos controles de marcadores bioquímicos normales y ausencias de lesiones pancreáticas.

Juicio clínico: Insulinoma.

Diagnóstico diferencial: Desórdenes psiquiátricos. Epilepsia. Hipoglucemias.

Comentario final: El síndrome de neoplasias endocrinas múltiples de tipo 1 se caracteriza por el desarrollo de tumores en las glándulas paratiroides, la hipófisis y el páncreas, siendo el segundo tumor pancreático funcional más habitual el insulinoma. La sospecha de insulinoma se basa en confirmar el hiperinsulinismo endógeno mediante la demostración de niveles séricos de insulina inapropiadamente altos asociados con hipoglucemia, ya sea espontáneamente o durante el test de ayuno prolongado hasta 72 horas. Es fundamental que el médico de atención primaria realice un

diagnóstico precoz de esta enfermedad debido a que la identificación diagnóstica y tratamiento quirúrgico precoz evitarán las complicaciones asociadas y se verán seguidos, en la mayoría de los casos, de la resolución definitiva del problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Pérez JA, Villar E, Sevilla García I, Sastre J, Salazar R, Villabona C, et al. Primeros resultados 2008-2012 del Registro Español de Tumores Gastroenteropancreáticos (RETEGEP). *Endocrinol Nutr.* 2013;52:123.
2. Jensen R. Tumores endocrinos del aparato gastrointestinal y del páncreas. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. 18ª edición. Madrid: McGraw-Hill Inc; 2012. p. 2347-58.
3. Experiencia clínica sobre 37 casos de insulinoma. *Medicina (B. Aires)*. 2010;66:499-504.