

Cartas al Director

Hipoglucemia facticia por insulina en paciente con diabetes mellitus tipo 1 en período de luna de miel

Sr. Director:

Las hipoglucemias facticias representan un reto terapéutico para el médico y ocasionan múltiples ingresos y una mayor morbimortalidad, con las correspondientes pruebas complementarias¹, y un incremento del gasto sanitario.

Se han detectado hipoglucemias facticias tanto en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como tipo 2 (DM2)^{2,3}.

En el caso que se describe a continuación, la peculiaridad reside en la presentación de una hipoglucemia facticia durante el período de remisión parcial o "luna de miel".

En marzo de 2000 se diagnostica DM1 en un varón de 21 años. La forma de inicio de la DM fue una cetoacidosis diabética. Tras la resolución de la hiperglucemia aguda, se inicia terapia intensiva con insulina subcutánea –tres inyecciones al día– y progresivamente se redujo la dosis debido a la aparición de hipoglucemias. Se llega a mantener buen control metabólico con una sola dosis de insulina NPH (2 U) antes de acostarse.

Cinco meses después, se observa en el servicio de urgencias una glucemia plasmática basal de 30 mg/dl con intensa clínica adrenérgica. El paciente niega la ingestión de drogas, fármacos, tóxicos o cualquier enfermedad intercurrente y en la exploración física no se objetiva ningún resultado adicional. Se realizan entonces las siguientes pruebas con los resultados que se detallan: glucemia plasmática: 30 mg/dl; péptido C (con glucemia de 30 mg/dl): indetectable; insulina (con glucemia de 30 mg/dl): 200 U/ml; anticuerpos antiinsulina: negativo; sulfonilureas en orina y sangre: negativos; Cortisol, ACTH, GH, IGF1, TSH, T₄L: normales; ecografía abdominal: sin hallazgos patológicos; HbA_{1c}: 5,8%; respuesta de péptido C tras estimulación con glucagón (tiempos 0 y 6 min, realizado con glucemia plasmática de 120 mg/dl): 0,7/1 ng/ml.

Se llega al diagnóstico de hipoglucemia facticia por insulina exógena y se comunica este diagnóstico al paciente que

reconoce haberse inyectado insulina de forma subrepticia para conseguir la baja laboral. Se trata por tanto de un paciente simulador que se remite a la unidad de psiquiatría. Se le informa también de los riesgos de su conducta.

En la actualidad, el enfermo sigue controles en nuestra unidad y no ha presentado nuevas hipoglucemias.

Las hipoglucemias facticias se clasifican en función de su origen en: inducidas por sulfonilureas⁴, inducidas por insulina (son las más frecuentes) y debidas a error del laboratorio.

Gorgojo et al⁵ han revisado 80 casos de hipoglucemia facticia tanto en personas no diabéticas como en diabéticas (53,75%). Ninguno de ellos se encontraba en el período de remisión parcial. En el caso de nuestro paciente, el diagnóstico pudo ser confirmado gracias a los análisis de glucosa, péptido C e insulina en sangre, que mostraban durante una hipoglucemia, un péptido C indetectable con una insuline-mia elevada como corresponde a la administración exógena de insulina.

En definitiva, ante una hipoglucemia inexplicable, debemos pensar en la posibilidad del diagnóstico de hipoglucemia facticia para realizar las pruebas de confirmación pertinentes y así evitar otras que pudieran resultar infructuosas.

F. ALMODÓVAR, J.J. GORGOJO,
E. LÓPEZ y S. DONNAY
Unidad de Endocrinología.

Hospital Fundación de Alcorcón. Alcorcón. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zook CJ, Moore FD. High cost users of medical care. *N Engl J Med* 1980; 302: 996-1002.
2. Horwitz OL. Factitious and artifactual hypoglycemia. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1989; 18: 203-210.
3. Sheehy TW. Case report: Factitious Hypoglycemia in diabetic patients. *Am J Med Sci* 1992; 304: 298-302.
4. Seltzer HS. Drug-induced hypoglycemia. A review of 1418 cases. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1989; 18: 163-183.
5. Gorgojo JJ, Cáncer E, Lajo T, Álvarez V, Moreno B. Hipoglucemias facticias. El médico en funciones de detective. *Endocrinología* 1998; 45: 193-199.