

Llevo tiempo hipoglucémico... ¿Por qué?

Laura Feltre-Martínez

Servicio de Medicina Interna. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España

Recibido: 13/11/2017

Aceptado: 28/11/2017

En línea: 31/01/2018

Citar como: Feltre-Martínez L. Llevo tiempo hipoglucémico... ¿Por qué? Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Ene); 3(Supl 1): 3-4

Autor para correspondencia: Laura Feltre-Martínez. lfeltre@santpau.cat

Palabras clave

- ▷ Hipoglucemia
- ▷ Test del ayuno
- ▷ Insulinoma

Keywords

- ▷ Hypoglycaemia
- ▷ Fasting test
- ▷ Insulinoma

Resumen

La hipoglucemia viene definida por la tríada de Whipple: síntomas compatibles con hipoglucemia, demostración bioquímica de dicha hipoglucemia (glucemia en sangre venosa < 50 mg/dl) y desaparición de los síntomas tras la ingesta. Los síntomas se clasifican en síntomas adrenérgicos (primera fase), como palpitaciones, sudoración y temblores; y síntomas neuroglucopénicos (segunda fase), como focalidad neurológica, convulsiones y coma. La causa individual más frecuente de hipoglucemia en el adulto es la hipoglucemia iatrogénica por insulina o sulfonilureas. En este caso clínico, se presenta un paciente con hipoglucemias de repetición, y el proceso diagnóstico a seguir delante de esta situación.

Abstract

Hypoglycemia is defined by Whipple's triad: symptoms of hypoglycemia, fasting hypoglycemia (blood glycaemia <50 mg/dl) and immediate relief of symptoms after the administration of glucose. Symptoms are divided into adrenergic symptoms (firstly) such as palpitations, sweating and tremor, and neuroglycopenic symptoms (secondly) such as neurological focality, seizures and coma. The first individual cause of hypoglycemia in adults is iatrogenic hypoglycemia induced by insulin treatment or sulfonylureas. In this clinical case, a patient with repeated hypoglycaemias is presented, as well as the diagnostic process to follow in front of this kind of situation.

Puntos destacados

- ▷ Este caso sirve para reconocer el contexto clínico típico de un insulinoma y el proceso diagnóstico que se debe seguir delante de un paciente con hipoglucemias de repetición, incidiendo en la importancia de la utilización del test del ayuno.

Son tumores neuroendocrinos: cáncer de pulmón de células pequeñas, feocromocitoma, neuroblastoma, tumores endocrinos de islotes pancreáticos, carcinoides, cáncer medular de tiroides¹⁻³.

Antecedentes personales

Se trata de un varón de 55 años que acude a su médico de cabecera.

Antecedentes patológicos:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Fumador de 10 paquetes/año.
- Hipertensión arterial de 5 años de evolución en tratamiento y seguimiento.
- Dislipemia de 2 años de evolución en tratamiento y seguimiento.
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico de 6 años de evolución en tratamiento.
- Cólico renal por litiasis renal en 2010 y 2015. La última requirió litotricia, sin complicaciones posteriores.

Introducción

Los tumores neuroendocrinos constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias que se originan de células neuroendocrinas derivadas de la cresta neural y glándulas endocrinas. Estas células se dividen durante el desarrollo embrionario por todo el organismo y, por tanto, estas neoplasias pueden hallarse en diversos órganos. Algunos marcadores tumorales plasmáticos comunes de estos tumores son: cromogranina A y enolasa neuronal específica. En el estudio anatomopatológico, la tinción para cromogranina o sinaptofisina indica estirpe neuroendocrina¹⁻³.

- Hiperplasia benigna de próstata en tratamiento y seguimiento. Última determinación de PSA: 1,5 ng/ml (< 4 ng/ml).

Antecedentes quirúrgicos:

- Apendicectomía en 1995.
- Rotura de ligamento cruzado anterior operado mediante cirugía artroscópica en 2012.
- Tratamiento habitual: enalapril 10 mg/24 h, simvastatina 20 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, tamsulosina 0,4 mg/24 h.

Enfermedad actual

Varón de 55 años que consulta a su médico de cabecera por presentar astenia de 5 meses de evolución, haciéndose más intensa estas últimas 2 semanas. Se trata de un paciente que reconsulta por tercera vez. La astenia de larga evolución se acompaña esta vez de episodios de sudoración y mareo cuando pasa horas sin comer (refiere que, por su trabajo, a veces pasa más de 7-8 horas sin comer nada), pero se recupera rápidamente cuando come algo. Ha aumentado de peso según manifiesta, unos 6-7 kg, y refiere estar más irascible. Ha presentado tendencia a la hipoglucemia (su mujer es enfermera y le ha mirado en más de una ocasión la glucemia con el glucómetro, evidenciando glucemias de alrededor de 40 mg/dl en algunas ocasiones). La última analítica básica realizada para estudio de astenia no mostró ninguna alteración significativa, excepto un ligero aumento de la calcemia al que no se atribuyó importancia. Niega fiebre, sintomatología respiratoria o digestiva acompañante. No disnea, ni dolor torácico. No poliuria, polidipsia ni polifagia.

Exploración física

- Constantes. TA 130/90 mmHg; FC 70 lpm; temperatura 35,7°C; glucemia 65 mg/dl.
- General. Paciente con buen estado general. Consciente y orientado.
- Cardiovascular. Rítmico, sin ruidos ni soplos sobreañadidos. Sin signos de insuficiencia cardíaca. Pulsos pedios presentes y simétricos.
- Respiratorio. Murmullo vesicular conservado. Eupneico.
- Digestivo. Ruidos hidroaéreos presentes. No dolor a la palpación superficial, pero leve dolor difuso a la palpación profunda. No se palpan masas ni megalias. Sin signos de peritonismo.
- Neurológico. Pares craneales conservados. Fuerza y sensibilidad conservada en extremidades.

Pruebas complementarias

Su médico de cabecera, con una sospecha diagnóstica en mente, le deriva al especialista para realizar el test del ayuno de 72 horas (que se suspende a las 8 horas por aparición de síntomas) y nueva analítica de sangre.

Test del ayuno de 72 horas + parámetros analíticos de interés:

- Glucemia: 38 mg/dl (> 65 mg/dl).
- Insulina: 160,4 mU/ml (< 10 mU/L).
- Cociente insulina/glucosa > 0,3 (< 0,3).
- Péptido C: 6,7 ng/ml (0,5-4 ng/ml).
- Cetonemia: negativa.
- Glucemia con 1 mg i.m. de glucagón: 55 mg/dl.
- Sulfonilureas en orina: negativas.

- TSH: 2 U/L (0,3-4 mU/L).
- Calcio: 11,7 mg/dl (8,5-10,5 mg/dl).

Evolución

El especialista, delante de los resultados del test del ayuno, decide realizar TAC abdominal (**Figura 1**).

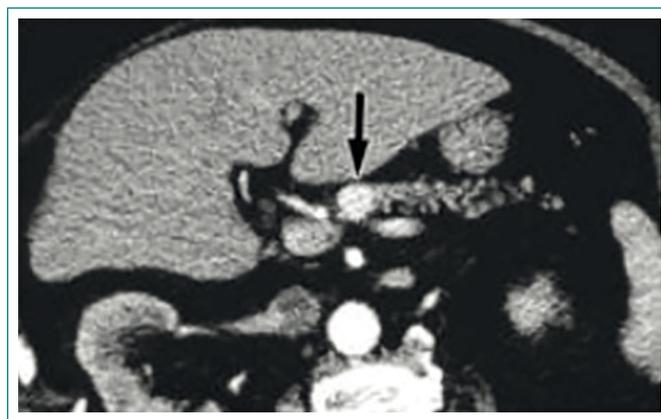


Figura 1. TAC abdominal: corte transversal que muestra una imagen en cabeza de páncreas. No signos de afectación metastásica⁴

Diagnóstico

Con los resultados del test del ayuno de 72 h y del TAC abdominal, el paciente es diagnosticado de insulinoma.

Discusión

En resumen, se trata de un paciente de 55 años con astenia y tendencia a las hipoglucemias que, tras dos reconsultas a su médico de cabecera, se acaba realizando el test del ayuno y un TAC abdominal que revelan la existencia de un insulinoma, sin enfermedad metastásica aparente.

Para el tratamiento de su enfermedad, se explica al paciente la importancia de realizar comidas frecuentes para evitar hipoglucemias, y se inicia tratamiento con diazóxido, dejando una visita para que el cirujano valore la operabilidad del paciente y la reseccabilidad del tumor.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Braunwald E. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18.ª ed. McGraw Hill, 2011.
2. Rozman C, Cardellach F, Ribera JM, de la Sierra A, Serrano S. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 16.ª ed. Elsevier, 2009.
3. Ausiello DA, Goldman L. Cecil. Tratado de Medicina Interna, 23.ª ed. Elsevier, 2009.
4. <http://spazioinwind.libero.it/gastroepato/insulinoma.htm> (última visualización 13/11/2017).