

Insulinoma descubierto en paciente con aparente trastorno mental: reporte de un caso

Insulinoma found in patient with apparent mental disorder: a case report

José León Chirinos-Revilla^{1,2}, Jenny Gabriela Fernandez-Sivincha^{1,2}

¹ Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa, Perú.

² Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina Agustinos (SOCIEMA), Arequipa, Perú.

Recibido: 16-10-2017

Aprobado: 18-12-2017

RESUMEN

El Insulinoma pancreático es un tumor neuroendocrino de las células beta de los islotes de Langerhans, tiene una incidencia de 4 casos por 1 000 000 habitantes. Se reporta el caso de una mujer de 36 años con alteración del comportamiento asociado a melancolía. Psiquiatría describe un examen mental anormal y diagnosticó depresión doble; sin embargo, la paciente tuvo la triada de Whipple y razón insulina/glucosa mayor a 0,3. El insulinoma fue localizado mediante resonancia magnética y tratado con cirugía. Los insulinomas pueden simular trastornos mentales, dificultando un diagnóstico temprano. Se compara los datos de la atención médica en nuestra localidad con otros obtenidos de la literatura a nivel mundial. Concluimos que a pesar de las limitaciones técnicas se debe incluir al insulinoma en el diagnóstico diferencial de trastornos mentales con hallazgo de hipoglucemia.

Palabras clave: *Insulinoma; Tumores neuroendocrinos; Hipoglucemia; Trastornos mentales (fuente: DeCS BIREME).*

ABSTRACT

Pancreatic Insulinoma is a neuroendocrine tumor of the beta cells of the islets of Langerhans, has an incidence of 4 cases per 1 000 000 persons. We report the case of a 36-year-old woman with altered behavior associated with melancholy. Psychiatry describes an abnormal mental examination and diagnosed double depression; however, the patient had the Whipple triad and insulin/glucose ratio higher than 0.3. The insulinoma was localized by magnetic resonance imaging and treated with surgery. Insulinomas can mimic mental disorders, making early diagnosis difficult. We compare health care data in our locality with others obtained from the global literature. We conclude that despite the technical limitations, insulinoma should be included in the differential diagnosis of mental disorders with hypoglycemia.

Keywords: *Insulinoma; Neuroendocrine tumors; Hypoglycemia; Mental disorders (source: MeSH NLM).*

INTRODUCCIÓN

El insulinoma pancreático tiene una incidencia anual de 4 casos por 1 000 000 habitantes ⁽¹⁾, es el tumor neuroendocrino funcionante más frecuente del páncreas, originado de las células beta de los islotes de Langerhans, en el 90% de los casos es único, benigno y menor de 2 cm ⁽²⁾, la mayoría son esporádicos sin embargo 5-10% están asociados a síndrome de neoplasia endocrina múltiple hereditaria tipo 1 ⁽³⁾.

En una revisión de los casos publicados se describe que el 90% de los pacientes presentaron la triada de Whipple: hipoglucemia (glucosa sérica <50 mg/dl), síntomas neuroglucopénicos y alivio rápido de los síntomas con la administración de glucosa ⁽³⁾. El diagnóstico generalmente se realiza con el monitoreo de los niveles de insulina, glucosa, péptido C y proinsulina en ayunas de 72 horas ⁽¹⁾. El tratamiento usualmente es la cirugía ⁽³⁾.

El objetivo del presente reporte es informar de la necesidad de sospechar de insulinoma en el diagnóstico diferencial de cuadros clínicos de supuesto origen psiquiátrico con hallazgo de hipoglucemia.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 36 años de edad, es traída por familiar a emergencia del hospital por cambios de comportamiento con tendencia a la melancolía, periodos de ausencia, cefalea global y lipotimia, sin antecedentes significativos, al examen físico, se encontró índice de masa corporal de 32 kg/m², la impresión diagnóstica fue trastorno ansioso depresivo, los exámenes de laboratorio estuvieron en rangos normales excepto glicemia de 56 mg/dl, se realizó interconsulta a neurología y psiquiatría, el servicio de neurología sospechó de crisis epilépticas parciales complejas, se pidió tomografía espiral multicorte (TEM) cerebral con contraste que resultó normal.

Tabla 1. Examen mental.

Característica	Descripción
Apariencia y actitud	Parcialmente aliñada Con labilidad emocional Desesperanza
Orientación	Orientada en persona Orientada en espacio Orientada parcialmente en tiempo
Psicomotricidad	Marcha lenta Sin temblores
Afectividad	Congruente
Ánimo	Triste con labilidad emocional
Lenguaje	Coherente Bradilalia Tono bajo
Pensamiento	Abstracto Bradipsiquia Con ideación autolítica no estructurada
Sensopercepción	Sin alteraciones sensoperceptivas
Atención y concentración	Hipoprosxia
Memoria	Conservada
Introspección	Nula

La paciente fue hospitalizada en el servicio de psiquiatría, al interrogatorio añadió que el cuadro clínico lo tenía desde hace 1 año y medio, a predominio matutino y asociado con la falta de ingesta de alimentos, los episodios incrementaron en frecuencia los últimos meses; el examen mental fue anormal (Tabla 1); con la información conseguida

psiquiatría diagnosticó depresión doble y a descartar, trastorno conversivo, trastorno de personalidad y crisis convulsiva; se interconsulta a neurología que pide electroencefalograma (no se realizó) y exámenes auxiliares donde encuentran: bilirrubina total 2 mg/dl, bilirrubina directa 0,5 mg/dl, glicemia 29 mg/dl, colesterol 247 mg/dl y triglicéridos 171 mg/dl.

Durante su hospitalización en psiquiatría presentó glucemias inferiores a 50 mg/dl (Figura 1) y persistió el cuadro clínico, por lo que se interconsultó a endocrinología quienes piden insulina basal: 52,94 μ U/ml (2,6-24,9 μ U/ml), insulina postprandial: 165,2 μ U/ml (22-79 μ U/ml), observando una razón insulina/glucosa mayor a 0,3 y ecografía abdominal normal. Se traslada al servicio de medicina mujeres con el diagnóstico de hipoglucemia sintomática de etiología a determinar y descartar insulinoma, con las siguientes indicaciones: infusión de dextrosa al 10%, dieta 1500 kilocalorías, control de glucemias, TEM de páncreas que resultó normal, hormonas TSH: 3,8 μ U/ml, T4 libre: 10,9 pg/ml.

En medicina mujeres presentó glucemias bajas (Figura 1) que coincidían con la suspensión de dextrosa; por lo que se indicó garantizar infusión continua de glucosa y se le colocó octeotride que produjo mejoría sintomática (solo se pudo aplicar un día el octeotride). Después de casi un mes se realizó resonancia magnética encontrándose en nódulo sólido en cuerpo pancreático de 14 mm de diámetro. Cirugía oncológica diagnosticó insulinoma e indicó tratamiento quirúrgico.

El informe quirúrgico especifica: diagnóstico preoperatorio: tumor de páncreas; diagnóstico

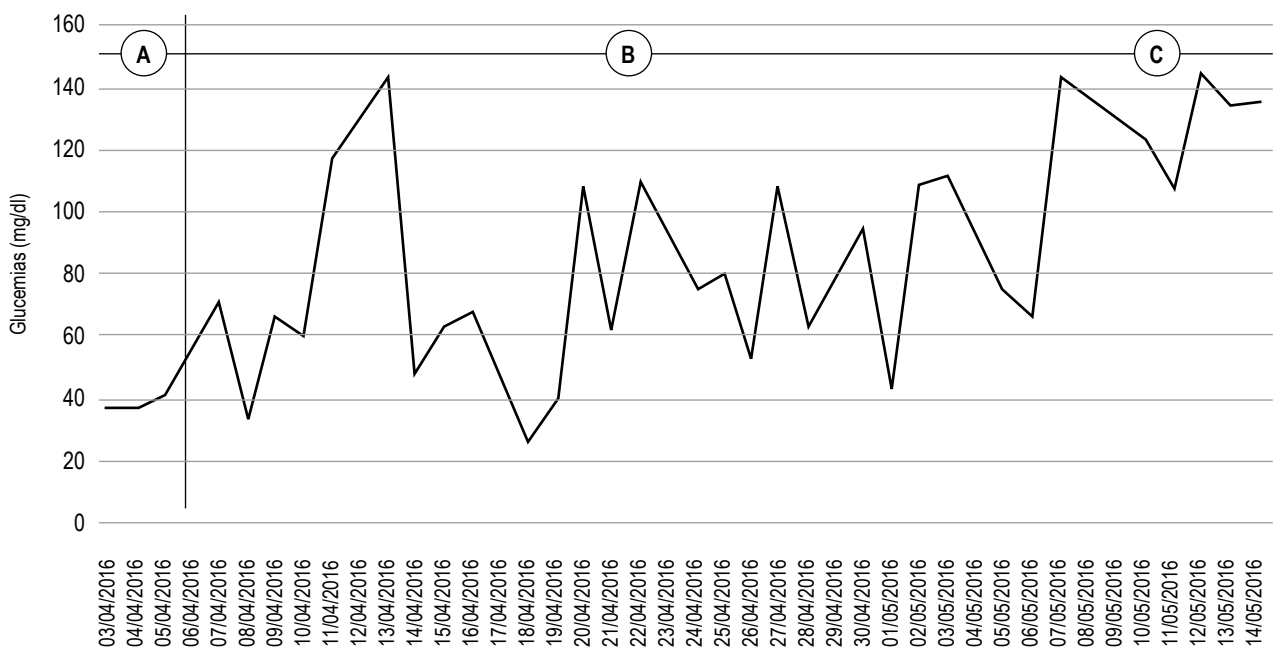


Figura 1. Glucemias durante hospitalización. **A.** Últimos días en Psiquiatría con hipoglucemias. **B.** En Medicina Mujeres, se le administró dextrosa a infusión continua y se aumentaba la condicional a glucemias menores de 60 mg/dL, sin embargo no hubo regularización de su glucemia **C.** Después de la cirugía no hubo glucemias bajas.

postoperatorio: tumor de páncreas, hernia umbilical y hernia epigástrica; cirugía realizada: laparotomía exploratoria y tumorectomía; y un tumor de 1,5 cm subcapsular, de bordes definidos y consistencia poco dura.

El servicio de anatomía patológica describió microscópicamente: neoplasia neuroendocrina bien diferenciada funcionante, bordes de sección libres de neoplasia y se sugiere inmunohistoquímica.

En los días posteriores a la cirugía la paciente no tuvo glicemias bajas (Figura 1), presentó complicación postquirúrgica de fístula pancreática y evolucionó favorablemente.

DISCUSIÓN

En 33 casos de pacientes con Insulinoma, el tiempo promedio desde la primera aparición de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 24 meses con un rango de 3 días hasta 50 años⁽⁴⁾. Muchos de estos casos son diagnosticados erróneamente como trastornos mentales o síndromes convulsivos^(3,5). En el presente caso clínico se diagnosticó a los 18 meses, la paciente acudió al hospital cuando los síntomas se hicieron más frecuentes e intensos.

El insulinoma es un tumor neuroendocrino funcionante y los pacientes presentan síntomas secundarios a la producción excesiva de insulina. El cuadro clínico está caracterizado por sintomatología producida por la hipoglucemia en el sistema nervioso central y los síntomas relacionados a la respuesta autonómica inducida por la hipoglucemia^(1,2,4). En la literatura se reporta casos de pacientes que tuvieron melancolía, cefalea, lipotimia y mareos asociados a periodos de ayuno en forma similar a nuestra paciente que si hubiera seguido sin tratamiento hubiera tenido daño neurológico permanente por hipoglucemias prolongadas como en los casos graves^(5,6).

En nuestro caso se encontró el tumor mediante resonancia magnética, la localización del tumor debería realizarse idealmente por métodos preoperatorios no invasivos como la TEM que es el estándar, a diferencia de nuestro hospital en otros lugares disponen de métodos preoperatorios invasivos y ecografía intraoperatoria que permiten localizar a la mayoría de los tumores^(1,3).

Un metaanálisis sobre insulinomas concluyó que el abordaje laparoscópico tiene las mismas tasas de complicación que el abordaje abierto, pero disminuye la permanencia hospitalaria posterior a la cirugía⁽⁷⁾, en el presente reporte se realizó un abordaje abierto y estuvo 10 días hospitalizada post cirugía. En otro caso la evolución fue favorable, sin complicaciones y euglicémico, siendo dado de alta a los 7 días⁽⁶⁾, caso contrario en nuestra paciente en quien la glucemia estuvo elevada hasta 10 días después de la cirugía y presentó una fístula pancreática, en el 45% de una serie

de casos se presentó fístula como complicación⁽⁴⁾. Una revisión sistemática describe la remisión de la enfermedad como un periodo de 6 meses libre de síntomas después de la remoción del insulinoma⁽³⁾.

La limitación del presente reporte fue no hacer la prueba en ayunas con monitoreo laboratorial en la forma sugerida debido a no disponer de recursos en nuestro laboratorio⁽¹⁾. No obstante, la paciente cumplió con la triada característica y se registró un nivel elevado de insulina al mismo tiempo de hipoglucemia clínica y laboratorial, un caso publicado en Perú tampoco aplicó la prueba de ayuno monitorizado y describe que el diagnóstico lo realizaron con tomografía abdominal⁽⁵⁾. Además, en este caso se encontró razón insulina/glucosa mayor a 0,3; una serie de casos describe que la razón insulina/glucosa es un indicador sensible para el diagnóstico de insulinoma⁽⁴⁾.

A diferencia de otros reportes publicados en el presente hacemos explícito que se pidió consentimiento informado para la publicación. Se describe los hallazgos de anatomía patológica, aunque no contamos con resultados de inmunohistoquímica porque no se tiene los recursos para realizarlos en nuestro hospital.

En conclusión, a pesar de las limitaciones técnicas se debe incluir al insulinoma en el diagnóstico diferencial de trastornos mentales con hallazgo de hipoglucemia.

Conflictos de intereses: Los autores negamos tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shin JJ, Gorden P, Libutti SK. Insulinoma: pathophysiology, localization and management. *Future Oncol.* 2010;6(2):229-37.
2. Espinoza FB, Zapata JC, Figueroa ER, Passiuri IC, Reaño G. Localización de insulinoma pancreático con ultrasonografía laparoscópica. *Rev Gastroenterol Peru.* 2007;27(1):83-6.
3. Mehrabi A, Fischer L, Hafezi M, Dirlwanger A, Grenacher L, Diener MK, et al. A Systematic review of localization, surgical treatment options, and outcome of insulinoma. *Pancreas.* 2014;43(5):675-86.
4. Wei J, Liu X, Wu J, Xu W, Gao W, Jiang K, et al. Diagnosis and surgical management of insulinomas in 33 consecutive patients at a single institution. *Langenbecks Arch Surg.* 2016;401(7):1019-25.
5. Stucchi-Portocarrero S, Herrera-Lopez V. Insulinoma, convulsiones y psicosis: a propósito de un caso. *Rev Neuropsiquiatr.* 2011;74(3):279-81.
6. González GJL, González VJA, Pérez GD, Menéndez NJ, Abela LA. Insulinoma, a propósito de dos casos. *Rev Cubana Cir.* 2013;52(4):287-95.
7. Su AP, Ke NW, Zhang Y, Liu XB, Hu WM, Tian BL, et al. Is laparoscopic approach for pancreatic insulinomas safe? Results of a systematic review and meta-analysis. *J Surg Res.* 2014;186(1):126-34.

Correspondencia:

José León Chirinos Revilla

Avenida Arequipa 1116, Distrito Alto Selva Alegre, Arequipa.

E-mail: joseleonchre@gmail.com