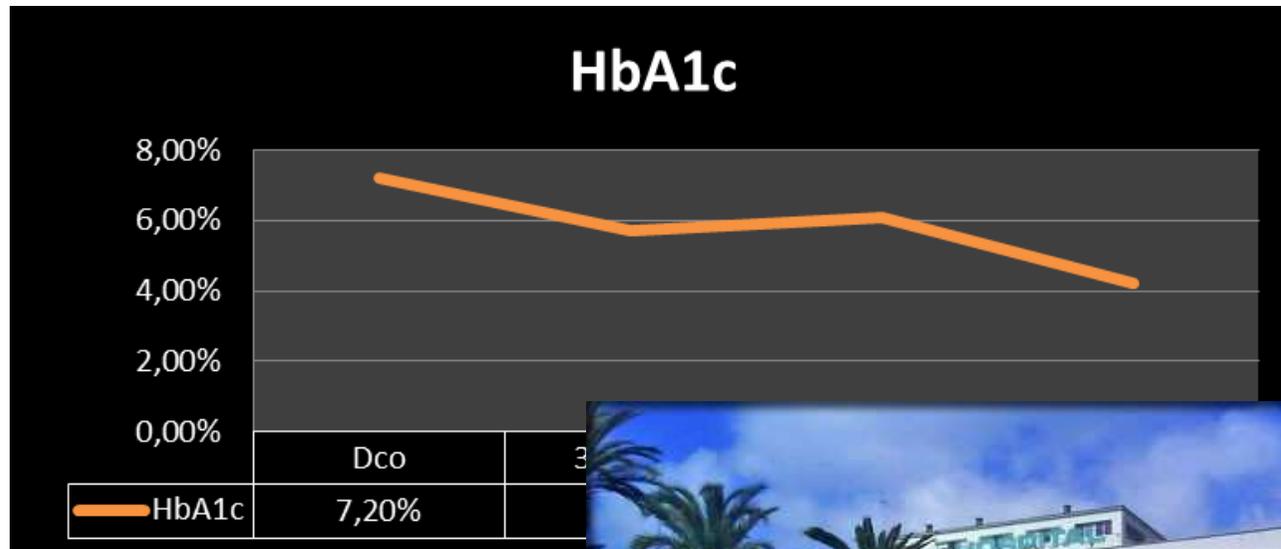




**IMC
35Kg/m²**

**Enalapril 5mg, Alendronato,
Calcio
Metformina 850mg 1 cada 12
horas.**

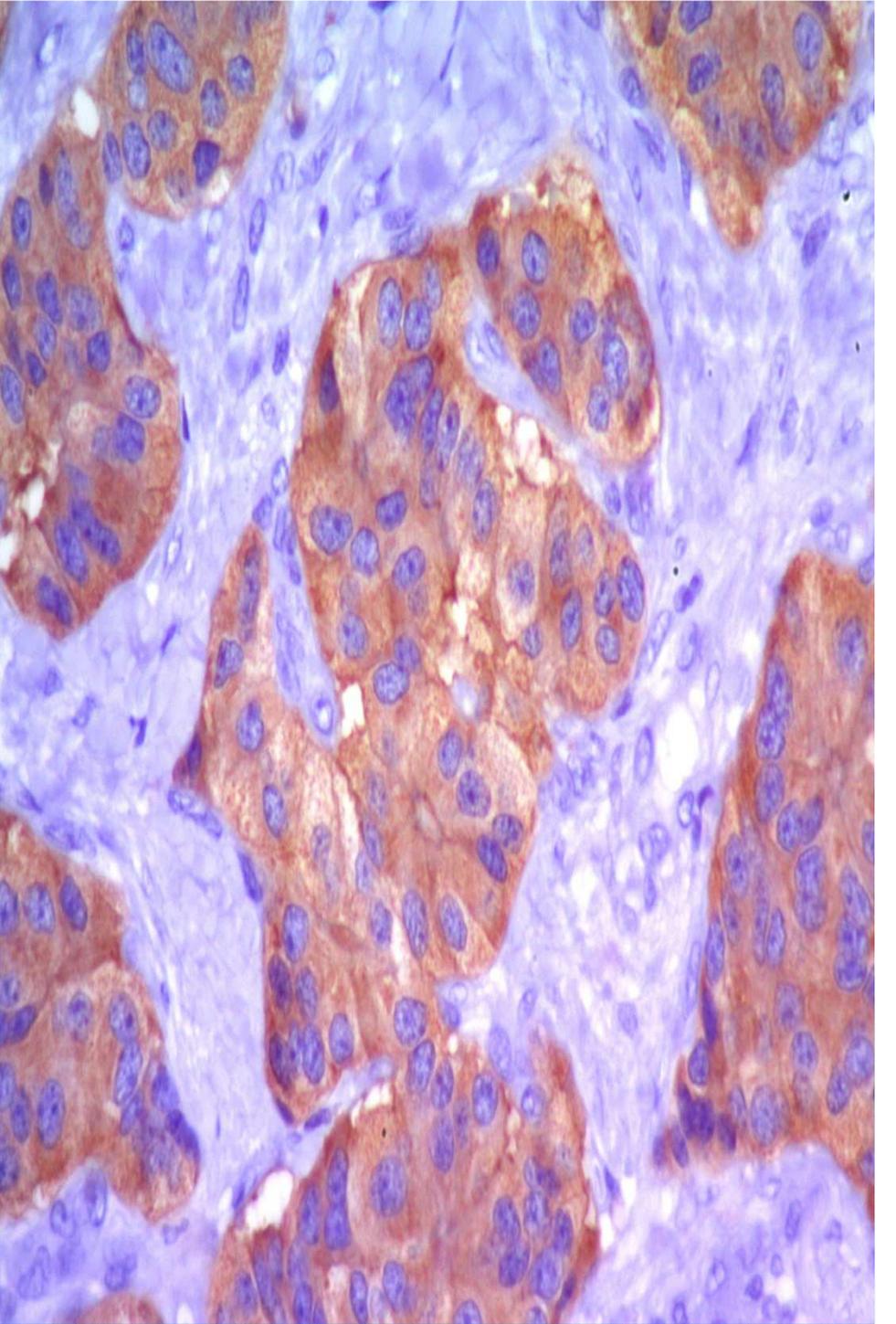
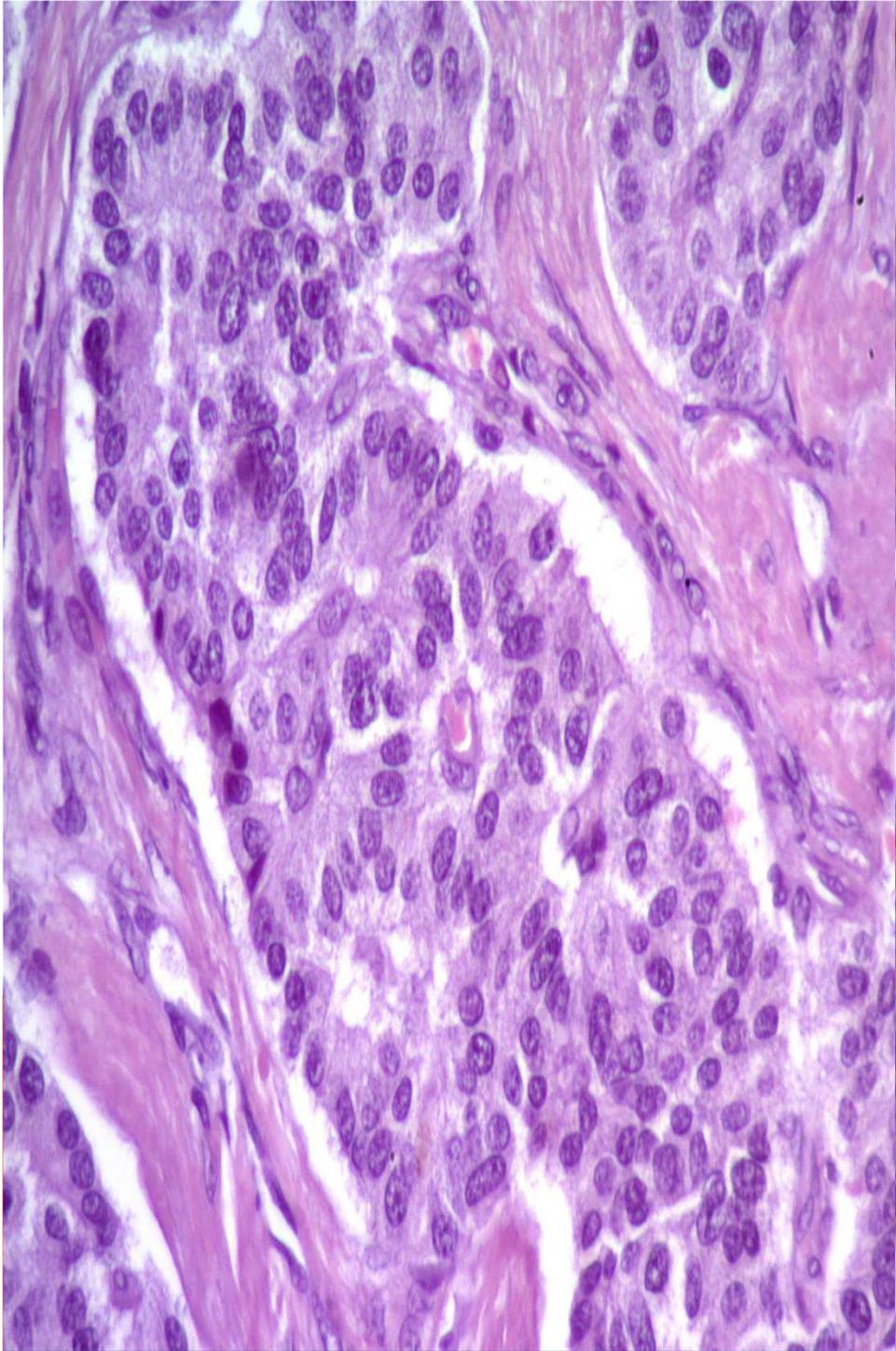
**IMC
39Kg/m²**



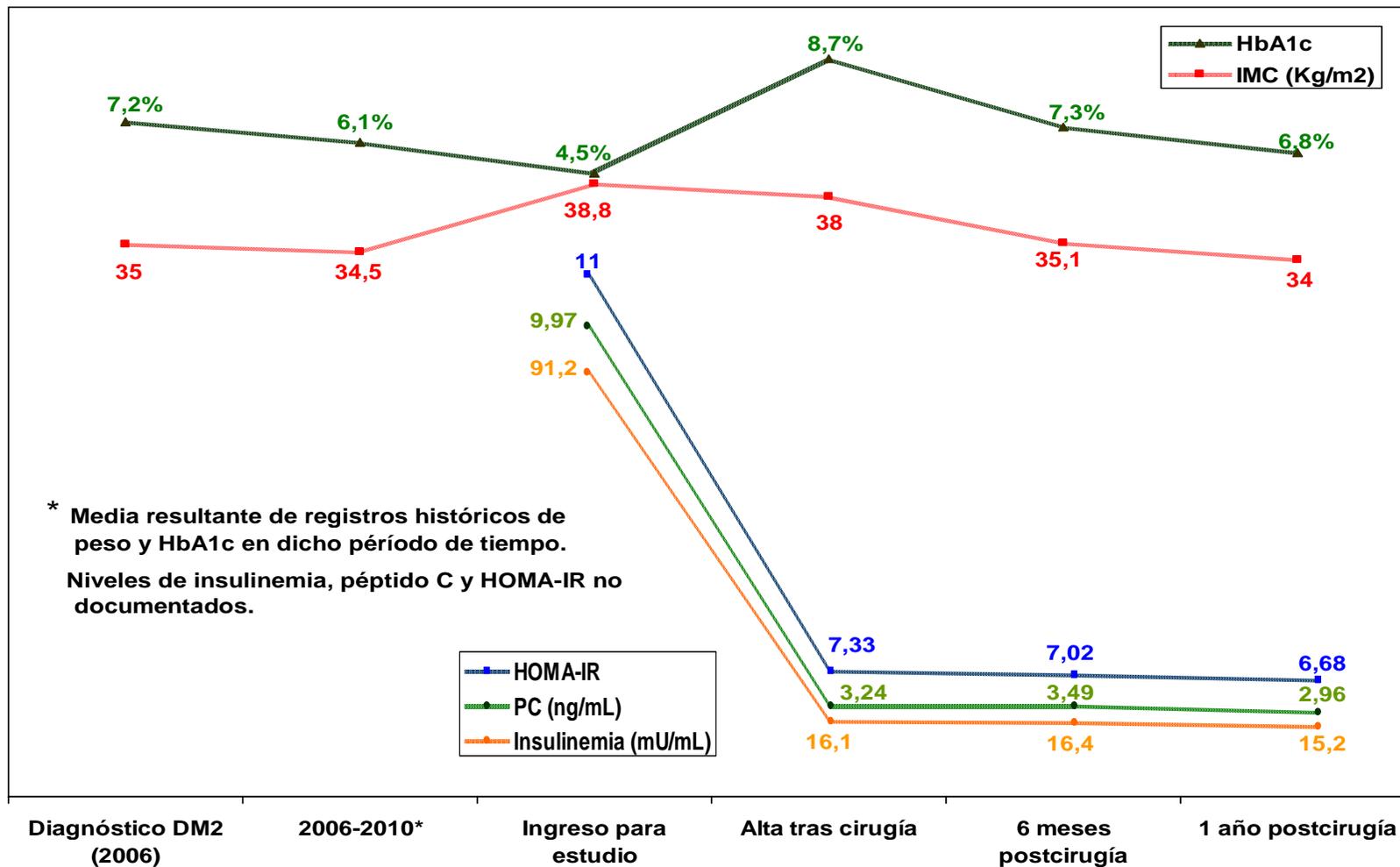
Peptido C: 8,97ng/ml
 Insulina: 67,1mU/ml

Test 1mg glucagón: incremento
 30´

Test ayuno 8h: Suspendido por hipoglucemia
 sintomática



EVOLUCIÓN PONDERAL Y DE LOS PARÁMETROS RELACIONADOS CON LA HOMEOSTASIS DE LA GLUCOSA.



CONCLUSIONES

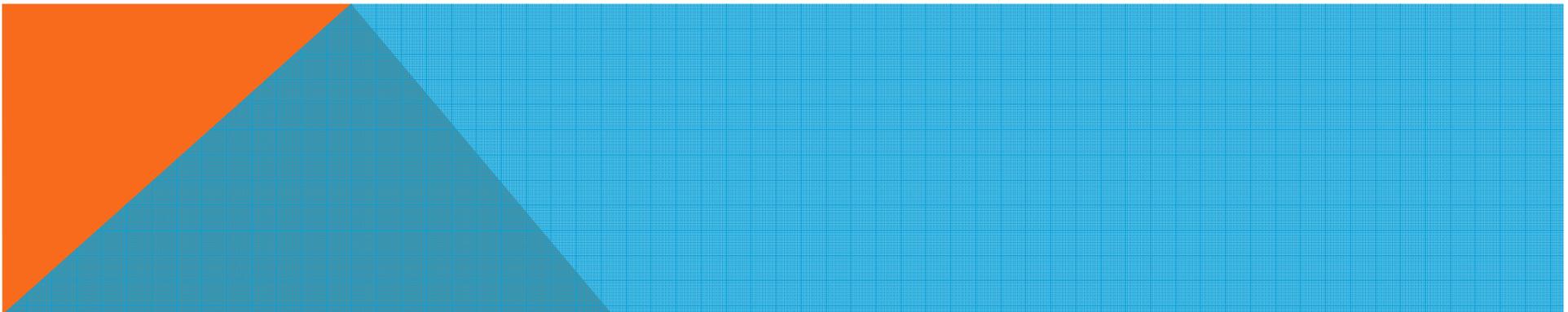
El insulinoma es la **causa más frecuente** de **hipoglucemia hiperinsulinémica endógena** en adultos.

La coexistencia de DM2 e Insulinoma es **extremadamente rara**, pero hay que incluirla en el diagnóstico diferencial ante hipoglucemias repetidas en este tipo de pacientes.

Dos hipótesis:

-Tratamiento muy prolongado con sulfonilureas en DM2 de larga evolución pueden inducir proliferación, hiperplasia y/o transformación adenomatosa de células beta pancreáticas.

-Actividad excesiva de la célula beta → Formación de depósitos de amiloide: “amiloide asociado a insulinomas”.



TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE POSTQUIRÚRGICO

- La **metformina** por su efecto insulinsensibilizador, primer escalón terapéutico.
- **Sulfonilureas** tienen el inconveniente de ganancia ponderal, mejor opción en términos de eficacia/seguridad.
- Descartamos **pioglitazona** por el riesgo de fracturas.
- Candidata a un **análogo de GLP-1** por su IMC y la capacidad de preservación de la masa pancreática aunque posibles efectos adversos a nivel pancreático.

