

Insulinomas. Problemas diagnósticos y terapéuticos

Resumen de la conferencia dictada en el Curso Internacional del 61º Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires 1990.

Prof. Jaeck, Daniel * y
Mondino, Juan Carlos **

Palabras claves: *Insulinomas - Hiperinsulinemia - Páncreas.*

El insulinoma es la proliferación tumoral de las células beta de los islotes de Langerhans, responsable de la hiperinsulinemia y de la hipoglicemia. Es el tumor endócrino más frecuente de páncreas. Su frecuencia es máxima entre los 40 y 60 años con predominio en la mujer (60 %).

La secreción excesiva de insulina no es frenada por la hipoglicemia y comporta una proporción elevada de pro-insulina, originando los accesos hipoglicémicos que aparecen a distancia de las comidas.

Sobre el plano anatomopatológico el más frecuente de encontrar es el adenoma benigno único.

La clínica está asociada por un lado a la neuroglucopenia que produce diplopia, afasia transitoria, coma, trastornos psíquicos como irritabilidad, agitación, demencia, etc. Y por otro lado la clínica está ligada también a la respuesta adrenérgica a la hipoglicemia, representada por sensación de debilidad general, apetito, sudor frío, palidez, taquicardia, etc. Esta sintomatología aparece a distancia de las ingestas.

Es importante destacar las formas familiares como se ve en el síndrome de Wermer (Men I).

El diagnóstico reposa sobre los elementos clínicos y biológicos. La hipoglicemia inferior a 2 mmol/l acompañada de hiperinsulinemia. Existe elevación del péptido C y de la relación pro-insulina/insulina. Estas son las pruebas más importantes y particularmente la prueba del ayuno.

Existe la llamada triada de Whipple quien asocia los signos de la neuroglucopenia en ayunas, una glicemia inferior a 0,50 g/l y una curación de los síntomas después de la inyección de glucosa, triada presente en el 65 % de los casos.

El diagnóstico topográfico pre-operatorio puede ser

hecho por ecografía, tomografía axial computada (TAC), angiografía celiomesentérica, cateterismo portal percutáneo transhepático o transyugular y accesoriamente la Wirsungrafía retrógrada, haciendo hincapié en los buenos resultados diagnósticos de la ecografía preoperatoria. Un método actualmente en evaluación es la eco-endoscopia.

El tratamiento es quirúrgico desde el comienzo excepto en los enfermos de alto riesgo que tienen buena respuesta al diazóxido y en aquellos insulinomas "olvidados" en la cabeza del páncreas después de una pancreatectomía córporo-caudal y que responden al diazóxido. La vía de abordaje subcostal bilateral amplia permite una buena exploración del páncreas. Después de la liberación colopiloica y de realizar la maniobra de Kocher se explora el páncreas manualmente y se agrega la exploración ecográfica intra-operatoria. En casos de fracasos para localizar el tumor, se puede hacer el cateterismo del sistema porta con extracción de una muestra de sangre venosa esplénica (previo clampeo de la arteria esplénica).

Las modalidades de exéresis van desde la simple enucleación hasta la exéresis pancreática amplia. La enucleación es usada para los tumores de la cabeza de páncreas excepto aquellos ubicados cerca del duodeno, de la vía biliar principal, del canal de Wirsung o en insulinomas voluminosos, donde una duodenopancreatectomía cefálica puede ser necesaria. La exéresis pancreática reglada se la puede utilizar en los insulinomas córporo-caudales. Excepcionalmente en los insulinomas ocultos puede ser necesaria la pancreatectomía subtotal. Los insulinomas malignos son tratados por una resección amplia asociada al vaciamiento ganglionar incluso a la resección de metástasis hepáticas. Los insulinomas múltiples pueden ser tratados por pancreatectomía subtotal.

La mortalidad vecina al 6 %, está representada fundamentalmente por las fístulas pancreáticas. Se preconiza la utilización de la somatostatina retard para prevenir las fístulas, como así también el uso de la cola biológica y del bisturí ultrasónico.

La curación es definitiva en el 90 % de los casos. Las recidivas son habitualmente por insulinomas malignos o por adenomas múltiples.

* Jefe del Servicio de Cirugía General y Endocrinología del Hospital Haute Pierre de Estrasburgo - Francia.

** Ex Asociado al Servicio del Prof. Jaeck. Actualmente Cirujano. Adjunto del Servicio de Cirugía General del Hospital Privado - Córdoba - Argentina.