

## CASO 1

### **HIPERGLICEMIA POST RESECCIÓN DE INSULINOMA: ¿EFECTO REBOTE O DIABETES NO DIAGNOSTICADA?**

PRESENTAN: Dr. Kenyin Loo - Becado Diabetología  
Dr. Álvaro Toro - Becado Diabetología  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
GRUPO DIABETES HCUCH

Hombre de 56 años, antecedentes de HTA y obesidad (IMC: 29), consulta en hospital terciario en 2011 por episodios de sudoración, somnolencia y desorientación témporo espacial, constatándose hipoglicemia (47 mg/dl) con hiperinsulinismo (38.4  $\mu$ UI/mL), Resonancia magnética de abdomen y endosonografía no muestran causa aparente. Se plantea estudio con test estimulación intraarterial selectiva pancreática con calcio y estudio inmune, que no se realiza por motivos administrativos. Se indica alimentación c/3 hrs, con buena respuesta inicial, sin embargo, episodios de hipoglicemia progresan en frecuencia e intensidad, asociado a aumento de peso (+ 21 kilos), por lo que en septiembre 2021 se hospitaliza para estudio. Al ingreso destacan (IMC: 36), acantosis nigricans y acrocordon. Test de ayuno: Glicemia 42 mg/dl, Insulina 59.6  $\mu$ UI/mL, Péptido-C: 8.4 ng/mL, Cortisol: 18.2 ug/dl, HbA1c: 4.88%, ICA, IAA, GAD65 y Anti-IA2: Negativos

Resonancia Magnética de abdomen: Nódulo 21 mm en cola del páncreas, compatible con tumor neuroendocrino. Sin signos de diseminación.

14/10/2021 Se realiza pancreatectomía distal laparoscópica. Biopsia confirma insulinoma. En el post operatorio inmediato en la Unidad de Intermedio médico evoluciona con valores de glicemia >300mg/dl, se inicia BIC de insulina y posterior traslape a Insulina Glargina U-300 en dosis de 0.25 U/kg (26 U por día) e insulina aspártica para correccional pre prandial. Al 4° día inicia logra disminuir los requerimientos de insulina, pero sin lograr suspensión durante la hospitalización requiriendo dosis 0.1 U/kg. Este requerimiento mantenido, se interpretó como un rebote hiperglicémico post cirugía, sin embargo, la persistencia del uso de insulina y la presencia de obesidad y de signos clínicos de insulinoresistencia fueron fundamentales en plantear la presencia de una prediabetes o DM de base, oculta por el insulinoma, decidiendo manejar con metformina al alta y suspender insulina.

En los controles ambulatorios post alta se evidencian glicemias capilares de ayuna y precomidas en rango de 80 – 130, sin nuevos episodios de hipoglicemia, del laboratorio destaca glicemia: 113 mg/dl, HbA1c: 5.4%, se titula la dosis de metformina a 750 mg c/12 hrs con buena tolerancia

Control de exámenes 19/02/2022: Glicemia: 126 mg/dl HbA1c: 5.98%

Estudios describen un rebote hiperglicémico posterior a la resolución quirúrgica del insulinoma, a la fecha no se tiene claridad en su comportamiento, no existiendo guías ni recomendaciones respecto a su manejo. La diferenciación entre rebote hiperglicémico y un cuadro de DM encubierto puede ser difícil, ya que el laboratorio diagnóstico no discrimina entre ambas entidades.

Se presenta el caso de paciente con Insulinoma, por ser un tumor neuroendocrino poco frecuente y la escasa información que existe publicada en relación al manejo y control de la glicemia en el periodo post operatorio.

#### Bibliografía:

- 1.- Yoshiharu N. Clinical outcomes of 15 consecutive patients who underwent laparoscopic insulinoma resection: The usefulness of monitoring intraoperative blood insulin during laparoscopic pancreatectomy. *Asian J Endosc Surg* 8 (2015) 303–309
- 2.- Tao Yuan. Continuous Glucose Monitoring in Patients With Insulinoma Treated by Endoscopic Ultrasound-Guided Ethanol Injection. *Pancreas* 2021;50: 183–188
- 3.- Pavel Nockel. Incidence and management of postoperative hyperglycemia in patients undergoing insulinoma resection. *Endocrine* (2018) 61:422–427.