**CC 6 (Nº61**

**COMPORTAMIENTO GLICÉMICO PRE Y POST RESOLUCIÓN QUIRURGICA DE INSULINOMA MEDIANTE MONITOREO CONTINUO DE GLICEMIA: REPORTE DE UN CASO**

**Autor y Coautores:** Álvaro Toro (1), Kenyin Loo (1), Pía Cid (1), Ana Claudia Villarroel (1), Patricia Gómez (1), Gabriela Sanzana (1), Regina Vargas (1), Edith Vega (1), Katherinne Contreras (1), Carolina Schulbach (1), Alicia Macanchi (1), Lorena Muñoz (1), Pamela Poblete (1), Oscar Vargas (1)

**Lugar de Trabajo:** 1 Hospital Clínico Universidad de Chile

**Contenido:**

**INTRODUCCIÓN**

Los insulinomas son tumores neuroendocrinos poco frecuentes caracterizados por la producción exagerada de insulina. La sospecha clínica se basa en la demostración de la Triada de Whipple pudiendo presentarse simulando trastornos psiquiátricos o neurológicos como epilepsia; siendo su tratamiento quirúrgico. Estudios con monitorización de glicemia capilar post resolución quirúrgica evidencian un rebote hiperglicémico. A la fecha no existen recomendaciones sobre su manejo ni la utilidad del monitoreo continuo glicémico en este escenario.

**CASO CLÍNICO**

Paciente de sexo masculino de 59 años, diagnosticado con trastorno de pánico en tratamiento; derivado por psiquiatra a servicio de urgencia por cuadro de 4 semanas de evolución caracterizado por episodios de compromiso de conciencia cualitativo. A su ingreso se objetiva hipoglicemia nivel 2 (glicemia venosa 30 mg/dl), se complementa estudio con insulina basal 38 mU/ml, cortisol basal 21 ug/dl, TSH 0.38 U/ml, Péptido C 9.7 ng/ml, IGF-1 198 ng/ml (mediciones realizadas durante episodio de hipoglicemia sintomática de 41 mg/dl). TAC cerebral descartó alteraciones significativas. RMN abdominal mostró lesión nodular de 20 mm en cabeza de páncreas, compatible con neoplasia neuroendocrina. En función del cuadro clínico, laboratorio e imágenes se concluye la presencia de un insulinoma. Se decide resolución a través de pancreatectomía distal. El 20/06/22 se instala monitoreo continuo de glucosa tipo flash, evidenciándose 2 hipoglicemias diarias en promedio hasta el momento previo de la intervención quirúrgica (23/06/22). Previo a pabellón destaca glicemia capilar de 52 mg/dl pese solución glucosada EV. Se concreta la resección de páncreas distal, con elevación de glicemia capilar a 139 mg/dl a los 30 min (se suspende solución glucosada). En postoperatorio inmediato destaca la aparición de hiperglicemia capilar marcada hasta 286 mg/dl 5 hrs post pancreatectomía. El monitoreo continuo mostró un peak concordante a las 4,5 hrs post resección, con una curva descendente hasta valores menores a 180 mg/dl 4 hrs después del peak, sin administración de insulina exógena. Al alta paciente sin nuevos episodios clínicos de hipoglicemia corroborados en el monitoreo y con síntomas psiquiátricos remitidos de forma completa.

**DISCUSIÓN**

El caso presentado ilustra de manera innovadora un fenómeno descrito en la literatura médica, cuya fisiopatología y valor pronóstico no son completamente entendidos. El uso del monitoreo permitió en este caso documentar de manera fidedigna un rebote hiperglicémico autolimitado, y contar con un registro preciso en el seguimiento glicémico del paciente descartando contundentemente la presencia de nuevas hipoglicemias. La implementación de nuevas tecnologías en la evaluación y manejo de casos similares permitirán considerar el desarrollo de nuevos protocolos de manejo glicémico intra y postoperatorio.