Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes

“MANEJO DE HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÉMICA EN EL EMBARAZO”

Presenta: Dra. Angela Garrido Maldonado
Endocrinóloga, Hospital Barros Luco Trudeau
GRUPO CENTRO-SUR

CASO 2

INTRODUCCIÓN

Los insulinomas, son TNE funcionantes derivados de las células B pancreáticas. Su incidencia es 1 a 3 casos por millón de personas año. El 90 a 95% de los casos son esporádicos, principalmente mujeres (60%). 5 a 10% están asociados a síndromes genéticos, especialmente NEM 1.

Muy rara vez pueden manifestarse en el embarazo, donde sus manifestaciones pueden confundirse con los síntomas del embarazo y encubiertos por la resistencia a la insulina propia del embarazo, convirtiéndose en un desafío clínico y subestimándose su incidencia real.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 29 años, antecedentes de litiasis renal, sin antecedentes familiares a destacar. Durante segunda gestación, ingresa por Pancreatitis aguda. Se pesquisa hipercalcemia, estudio concluye Hiperparatiroidismo primario, con un adenoma paratiroideo inferior derecho de 2.7 cm.

En múltiples consultas, se educa y se solicita estudio completo a la paciente para definir conducta. Sin embargo, la paciente abandona controles de manera recurrente. Cursa su segunda y tercera gestación fisiológicamente con hipercalcemias hasta 12 mg dl corregido, asintomáticas, hijos de término, sin complicaciones.

Durante el 2022, ingresa nuevamente en su cuarto embarazo, por hiperemesis gravídica. Durante su estadía hospitalaria se pesquisa alza importante de peso e hipoglicemias hasta 20 mg dl. Objetivándose hipoglicemias hiperinsulinémicas: glicemia 55 mg dl, insulinemia 43.2 uU ml. Resto ejes normales.

RM abdomen sin contraste: dos lesiones pancreáticas, en unión cabeza y cuello de 28 x 21 mm y en región corporocaudal de 20 x 27 mm.

Dados HGT y síntomas, no se logra suspender aporte de solución glucosada. Se mantiene alimentación fraccionada, con mayor alza de peso. Se decide inicio de Octeotride LAR 20 mg SC cada 28 días, con buena respuesta. Mantiene calcemias entre 10.8 y 12 mg/dl, sin impacto clínico, por lo que se decide no iniciar cinacalcet en el embarazo.

Paciente da a luz por parto vaginal a RNT de 39 semanas, 3.440 kg. Sana. Al momento, se mantiene en tratamiento con octeotride, dando lactancia materna.

RM abdomen y pelvis con contraste: lesiones ya descritas. Lesión cabeza y cuello contacta vena mesentérica superior y vena porta en más de 180º.
Al momento, pendientes imágenes de silla turca, angioTC abdomen para definir conducta quirúrgica y estudio genético.
DISCUSIÓN
El manejo farmacológico de estas pacientes se basa en casos clínicos. La seguridad del diazóxido carece de datos suficientes y es categoría C. El octeotride, también categoría C, cuenta con mayores datos sobre su uso en el embarazo, con estudios en modelos animales. Reduce los episodios de hipoglicemia al actuar sobre los receptores de somatostatina del insulinoma. Se cuenta con escasos datos sobre su uso en lactancia, en modelos animales, pero en general, se sugiere seguir la premisa de beneficio versus el riesgo de tratar.

BIBLIOGRAFÍA

-A case of insulinoma diagnosed postpartum with hypoglycemic symptoms that were masked during pregnancy. Clin Case Rep. 2021;9:1991–1998. DOI: 10.1002/ccr3.3924
-Pregnancy, Pancreatitis, and Hypoglycemia: Multi-modal Management in a Case with Multiple Endocrine Neoplasia-1 Syndrome. Maternal-Fetal Medicine (2021) 3:3 http://dx.doi.org/10.1097/FM9.0000000000000078
-Insulinoma in pregnancy (a case presentation and systematic review of the literature). Rare Tumors Volume 13: 1–8 DOI: 10.1177/2036361320986647