**P 126
HIPOGLICEMIA SECUNDARIA A INSULINOMA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO**
Soledad Villanueva Toral2, Vivian Gallardo Tampier1, Anahí Yizmeyián Maeso2, Iván Mendoza González3, Antonio Barrera Navarro1
1Hospital Dr. Exequiel González Cortés, 2Unidad de Endocrinología y Diabetes, Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Facultad de Medicina Universidad de Chile, Sede Sur, 3Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Dr. Exequiel González Cortés

**Introducción:** El insulinoma es un tumor neuroendocrino pancreático funcional y es causa de hipoglicemia hiperinsulinémica (HH).Su incidencia en adultos se ha estimado en 1 caso/250.000/año, en niños es muy poco frecuente siendo su incidencia desconocida.

**Objetivo:** comunicar un caso pediátrico de HH secundaria a insulinoma, su estudio y tratamiento.

**Caso clínico**: adolescente varón, de 12,7 años con antecedentes de trastorno oposicionista desafiante y déficit atencional en tratamiento. Ingresa por cuadro de 1 día de evolución de comienzo abrupto con debilidad, temblor y sensación de hambre que cede con ingesta alimentaria, presentando durante el sueño episodio convulsivo TCG de corta duración, con posterior disartria, sudoración, temblor. En Urgencia se objetiva glicemia de 30 mg/dl que no mejora con ingesta de solución azucarada, se administra SG10% respondiendo con HGT de 98. Niega ingesta de fármacos. En historia dirigida refiere episodios de cefalea e hiperfagia 3 meses previos. En UPC, se maneja con aporte de glucosa 5mg/kg/min EV y alimentación horaria, haciendo episodios de hipoglicemias aisladas al rechazar alimentación. Se toma Muestra Crítica (ver tabla).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Muestra Crítica** |  | **Otros exámenes**  |  |
| **Glicemia (mg/dl)** | 46 | **GPT/GOT/GGT (U/L)** | 13/18/11 |
| **Insulina (mU/L** | 30,12 | **Fosfatasas alcalinas (IU/L)**  | 329 |
| **Cortisol (mcg/dl)** | 17,64 | **Ca/Pi/Mg (mg/dL)** | 9,4/6/0,87 |
| **GH (ng/mL)** | 4,2 | **PTH (pg/ml)** | 21,8 |
| **Cetonemia (mmol/L)** | 0,1 | **Prolactina (ng/ml)** | 25,5 |
| **IGF1 (ng/mL)** | 372 | **Ecografía tiroídea** | N |
| **Péptido C (ng/mL)** | 4,1 | **Ecografía abdominal** | N |
| **Amonio (mcg/dl)** | 66,2 | **Prueba glucagón**  | + |
| **GSV: pH/Bic/BE** | 7,37/25,7/0,5 |  |  |
| **TSH (uIU/ml)** | 2,23 |  |  |
| **T4L (ng/dl)** | 1,51 |  |  |
| **Espectometría de masas en Tandem** | normal |  |  |

Se plantea HH, solicitándose RM abdomen: en cola pancreática lesión nodular de 14 x 20 x 24 mm, sin adenopatías mesentéricas ni retroperitoneales. Se maneja con diazoxide 5mg/kg/día con respuesta parcial aumentando dosis a 14 mg/kg/dia. Se realiza pancreatectomía parcial con resección de cola de páncreas. Evoluciona con glicemias normales y sin complicaciones postoperatorias. Histología:neoplasia dispuesta en nidos separados por trabéculas fibrovasculares finas, con células redondas, núcleo central con cromatina granular en “sal y pimienta” y citoplasma acidófilo, sin atipia celular y < 2 mitosis en 10 campos. En IHQ: Sinaptofisina + citoplasmático intenso, KI-67 <2%, CEA (-). Estudio de patologías NEM asociadas resultaron (-)

**Conclusión**: Se presenta el caso deadolescente de 12,7 años con insulinoma, que debe estar incluido en el diagnóstico diferencial de la HH, incluso en niños pequeños. Se recomienda la RM abdominal como imagen de 1ª linea. El manejo preoperatorio debe hacerse con diazóxide a altas dosis y su tratamiento definitivo es la tumorectomía. Los niños con insulinoma deben ser cuidadosamente seguidos por el riesgo de recurrencia y la pesquisa de otras endocrinopatías en aquellos que tienen la mutación MEN1.