**P 75  
NESIDIOBLASTOSIS EN ADULTO, PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Lisselot Escarate Alarcón1, Carmen Luz Palma Robles1, Laura Giaveno1, Elisa Millar Valenzuela1, Ángela Garrido Maldonado1, Varsha Vaswani Reyes1, Leslie Echeverría Barría1

1Hospital Barros Luco Trudeau

Mujer de 18 años con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico y obesidad (IMC: 40), con historia de un mes de evolución caracterizada por debilidad generalizada, mareos, sudoración profusa, sin compromiso de conciencia, por lo cual consulta en múltiples ocasiones en servicio de urgencia, objetivándose hipoglicemias severas (HGT< 40). No reporta uso de fármacos hipoglicemiantes. Evoluciona con persistencia de síntomas y baja de peso aproximadamente 12 kg. Evaluada en policlínico de Endocrinología se hospitaliza para estudio. De los exámenes destaca: Test de ayuno con glicemia en 47 mg/dl, insulina de 30 uUI/ml, péptido C en 1,3 nmol/L y cortisol de 10,3 ug/dl. Se estudia con Tomografía computada de tórax – abdomen- pelvis y Resonancia de abdomen, sin hallazgos patológicos. Endosonografía pancreática que muestra solo esteatosis pancreática. PET/CT GALIO DOTATATE que muestra foco hipercaptante en fondo gástrico, páncreas sin captaciones patológicas. Endoscopía digestiva alta con biopsia gástrica que muestra gastritis crónica activa con hiperplasia linfoide reactiva. Paciente persiste con hipoglicemias frecuentes a pesar de dieta fraccionada, por lo que se continúa estudio con Test de estimulación intra-arterial selectiva de calcio, que muestra duplicación de la insulinemia venosa en mesentérica superior, esplénica, hepática y gastroduodenal planteándose el diagnóstico de nesidioblastosis. Se inicia tratamiento con Diazóxido vía oral 100 mg cada 8 hrs., con buena respuesta no presentando nuevas hipoglicemias desde hace 4 meses.

Dentro de las causas de hipoglicemia de ayuno las más frecuente son las asociadas a hipoglicemiantes orales e insulina, dentro de las no farmacológicas tenemos las causas de patologías medicas graves y aquellas sin una enfermedad causal evidente como el insulinoma, la hipoglicemia facticia, y como causas infrecuentes la autoinmune y la nesidioblastosis. La nesidioblastosis corresponde a una hiperplasia de los islotes de Langerhans con células beta hipertróficas que puede ser focal o difusa, es una enfermedad rara representando el 0,5 a 5% de las hiperinsulinemias orgánicas. Clínicamente esta entidad se presenta con hipoglicemia en ayunas o asociada a ejercicio, presentando en el test de ayuno hipoglicemia hiperinsulinémica, sin lesión anatómica evidente en el estudio imageneológico. A veces es difícil la diferenciación entre insulinoma y nesidioblastosis para lo cual podemos realizar el test de estimulación intra-arterial con calcio, que en el caso de la nesidioblastosis presenta duplicación de los niveles de insulina plasmáticas de forma difusa con la estimulación del calcio. Las opciones terapeúticas incluyen el fraccionamiento alimentario, farmacológicos como acarbosa, diaxózido, octeotride y finalmente la opción quirúrgica con la pancreatectomía parcial.