

# REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPOGLICEMIA HIPERINSULINÉMICA EN EL POSTOPERATORIO TARDIO DE GASTROPLASTIA TIPO BYPASS GÁSTRICO: RELATO DE CASO

Pérez, T. V. M.<sup>1</sup>; Cabezas, R.G.A.<sup>1</sup>; Haass, P. S.<sup>1</sup>; Bicalho, A.C.T.M.<sup>2</sup>; Navia, P.A.M.<sup>2</sup>; LIMA J.C.O.<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>Cirujano preceptor de residencia médica de Cirugía General Complejo Hospitalar São Francisco de Assis  
<sup>2</sup>Médico residente de segundo año Cirugía General Complejo Hospitalar São Francisco de Assis

## INTRODUCCIÓN

Debido al gran aumento de las indicaciones quirúrgicas para el tratamiento de la obesidad, y a pesar de la evolución/actualización han crecido también las complicaciones subsecuentes a estos procedimientos, entre ellas la nesidioblastosis.

Entre las cirugías de la obesidad el Bypass gástrico en Y de Roux (BGYR) es el Padrón-oro y es la cirugía bariátrica más realizada (45%). Entre las complicaciones del BGYR fueron relatados algunos casos de hipoglucemia hiperinsulinémica por hiperplasia de las células  $\beta$  Del páncreas en el posoperatorio tardío, una complicación severa potencialmente mortal.

## RELATO DE CASO

Paciente de 38 años, sexo femenino, padece obesidad grado III, sin historia previa de Diabetes mellitus, sometida a gastroplastia a Fobi-Capella en agosto de 2003. En 2013 inicia con episodios de hipoglucemia recurrentes de difícil control clínico con endocrinólogo. Realizados exámenes complementares que demuestran hipoglucemia hiperinsulinémica con resonancia magnética abdominal y dosificación de anticuerpos anti-insulina sin alteraciones (tabla 1).

GLUCEMIA	-Ayunas 79 mg/dl -Después de 1 hora de ingesta de carbohidratos 58 mg/dl -Después de sobrecarga de carbohidratos 27 mg/dl	60-99
PÉPTIDO C	-Basal: 2,84 ng/ml (VR: 1,1-4,4 ng/ml) -Después de sobrecarga de carbohidrato: 8,83 ng/dl -Después de estímulo (en hipoglucemia): 3,45 ng/dl	1,1-4,4
INSULINA	-Basal: 9,2 mCU/ml (VR: 6-27 mCU/ml) -1h después de sobrecarga de carbohidrato: 92,2 mCU/ml -Después de sobrecarga de carbohidrato: 60,9 mCU/ml	6-27
PRO-INSULINA	3,18 pmol/l (basal) (VR: 0,5-3,5 pmol/l)	0,5-3,5
RESONANCIA MAGNÉTICA	SIN ALTERACIONES	SIN ALTERACIONES

Paciente presenta evolución desfavorable con empeora de los episodios de hipoglucemia, tanto en la frecuencia como en la intensidad, refractario a la restricción de carbohidratos en la dieta y al uso de medicamentos: Acarbose, Nifedipino, Fenitoína, Glucagón y Octreotido. En febrero del 2016 es encaminada para intervención quirúrgica, luego de verse en la necesidad de internación para tratamiento de infusión de glucosa en bomba de infusión continua, realizada una anastomosis yeyuno-gástrica con el estómago excluido. (Fig. 1).

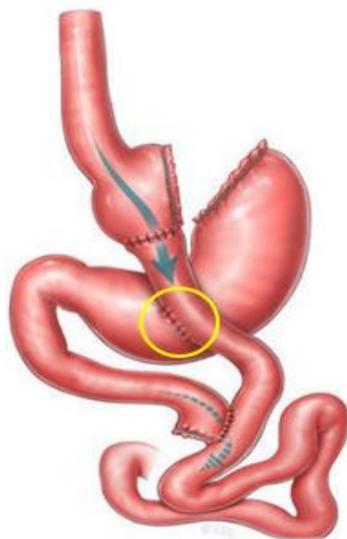


FIG.1

Presenta control parcial, con picos aislados de hipoglucemia hasta agosto del mismo año, cuando nuevamente presenta aumento en la frecuencia y la gravedad de las hipoglucemias, cursando principalmente durante las horas del sueño.

En mayo de 2017 fue nuevamente sometida a cirugía realizando una gastrectomía del estómago excluido a 4 centímetros del píloro y una anastomosis entre el antro gástrico y el asa alimentar aproximadamente a 10 centímetros de la anastomosis gastro-yeyunal. En seguida se realizó la resección del asa alimentar desde la anastomosis gastro-yeyunal hasta la anastomosis entero-entero en Y de Roux, como describe la técnica Branco switch (Fig. 2). Luego de 2 meses de posoperatorio, en acompañamiento conjunto con endocrinología, la paciente presenta pérdida de peso de 12 kg y no se evidenciaron nuevos episodios de hipoglucemia.



FIG.2

## DISCUSIÓN

La Nesidioblastosis es definida como un síndrome de hipoglucemia hiperinsulinémica pancreatogénica no insulinoma; se observa un aumento del número debido al aumento progresivo de cirugías bariátricas específicamente Bypass gástrico en Y de Roux. Se cree ser el resultado del aumento en la producción de las incretinas (principalmente GLP-1), las cuales inducen a una mayor secreción de insulina en el periodo postprandial, resultando en una hipoglucemia severa. El tratamiento recomendado es conservador, con medidas dietéticas y/o medicamentosas. Fármacos, que pueden ser utilizados: Nefedipina, Verapamil, Octreotido, Diazóxido y Acarbose. Sin embargo algunos pacientes no responden a estas terapias, y pueden necesitar tratamiento quirúrgico, a pesar de tener un número pequeño de casos, éstos pueden llegar a ser tan severos a punto de necesitar una pancreatectomía parcial o total

Actualmente ha ganado credibilidad la técnica desarrollada por el equipo de Alcides Branco (Branco Switch). Consiste en la movilización del estómago y grampeado del antro próximo al píloro (2-4 cm) para la realización de la gastrectomía parcial. El asa yeyunal alimentar es resecada hasta 20 cm para la anastomosis gastro-yeyunal, que permanece intacta. Finalmente el yeyuno alimentar con 20 cm de longitud es anastomosado al antro gástrico próximo al píloro. El objetivo es la restauración de la continuidad por el duodeno que promueve el cambio en el eje entero-insular con la disminución del GIP y del GLP-1, teniendo como consecuencia la disminución de la hiperinsulinemia. Además este procedimiento mantiene la restricción y la mal-absorción intestinal, garantizando el peso deseado.