



Compartint l'Anestesiologia a les Tres Nacions

Una Comarca, un Hospital, tres Idiomes...



Palau d'Esports i Congressos d'Alp, Girona

XIV Congrés de la Societat Catalana
d'Anestesiologia, Reanimació i
Terapèutica del Dolor

8 i 9 de novembre de 2018

WWW.CONGRESSCARTD.ORG

MANEJO PERIOPERATORIO DEL INSULINOMA

M.Puyada; L.Román; I.Adalid; K.Rodríguez; A.Al-Lach; S.Beltrán de Heredia
Hospital del Mar

INTRODUCCIÓN

El insulinoma, es un tumor poco frecuente y responsable de la gran mayoría de las hipoglicemias por hiperinsulinismo endógeno. El tratamiento definitivo es quirúrgico e implica un desafío para el anestesiólogo puesto que exige un control estricto de la glicemia durante todo el perioperatorio.

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años, ASA II con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, diagnosticado de insulinoma. Se inició tratamiento preoperatorio con diazóxido.

Se realizó enucleación laparoscópica guiada por ecografía bajo anestesia general balanceada. Durante la intervención se monitorizaron cifras de glicemia cada 30 minutos mediante sensor subcutáneo de glucosa, colocado preoperatoriamente. Se mantuvo normoglicemia mediante infusión de 15mg/h de glucosa. Tras exéresis del tumor, a pesar de suspender aportes de glucosa, presentó aumento de glicemia de unos 50mg/h, requiriendo incluso bolus puntuales de insulina subcutánea en las primeras horas postoperatorias.

A las 24h de la intervención se normalizó la glicemia, sin precisar más dosis suplementarias de insulina y fue dado de alta a domicilio a las 48h.

CONCLUSIONES

La monitorización frecuente de la glicemia es imprescindible durante la exéresis del insulinoma dado el enmascaramiento de los síntomas de hipoglicemia por la anestesia y el riesgo de la misma por la manipulación del tumor. Tras la exéresis completa suele aparecer hiperglicemia que puede persistir durante 48-72h como consecuencia de una regulación a la baja de los receptores de insulina y de la inhibición crónica de las células beta del páncreas normal por los valores persistentemente elevados de insulina, requiriéndose habitualmente dosis bajas de insulina suplementarias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Goswami J, Somkuwar P, Naik Y. Insulinoma and anaesthetic implications. Indian J Anaesth. 2012;56:117-22.
2. Rando K, Solla G, Zunini G. Manejo anestésico de un paciente operado en dos oportunidades de un insulinoma múltiple. Rev Arg Anest (2004), 62, 2: 81-87.