

CC034

CORTICOTERAPIA EN TUMORES DE CÉLULAS NO ISLÓTICAS PRODUCTORAS DE HIPOGLUCEMIA (NICTH). A PROPÓSITO DE DOS CASOS

RECOULAT VACCARO, M. Agustina; VIRGA, Mónica; PORTUNATO, Gabriela; GAUNA, Alicia
Hospital Ramos Mejia

Introducción: NICTH es un síndrome paraneoplásico infrecuente caracterizado por la presencia de un tumor sólido e hipoglucemia grave en ayunas causada por una vía independiente de la insulina. En estos casos la hipoglucemia es debido a la secreción tumoral de IGF II o su precursor de alto peso molecular Big-IGF II.

Caso Clínico 1: Paciente masculino de 61 años con antecedentes personales de asma, Enfermedad de Parkinson, bocio multinodular, hipotiroidismo y tumor pleural izquierdo diagnosticado en el 2003 sin conducta activa sobre el mismo. Consulta al neumólogo en Marzo del 2016 por progresión de la disnea. Se constata aumento del tamaño tumoral y se decide su internación. Durante la misma se registran hipoglucemias sintomáticas nocturnas que el paciente presentaba desde hacía dos meses.

TAC de Tórax sin contraste: imagen de 11 cm con densidad de partes blandas con áreas de menor densidad que ocupa casi la totalidad del lóbulo inferior izquierdo. Laboratorio: glucemia: 42mg/dl, insulina: < 0.2 mcUI/ML (mediana 7,69microUI/ml), péptido C: 0.1ng/ml(0,8-4,2ng/ml), IGF I: < 0.3ng/ml(51- 209 media 122 ng/ml), GH: < 0.05ng/ml(hasta3ng/ml), cortisol: 12.3microg/dl.

Caso clínico 2: Paciente femenina de 69 años, oriunda de Paraguay, con antecedentes personales de HTA y bocio multinodular. Se interna en enero del 2015 por disnea clase funcional IV, astenia, adinamia de 21 días de evolución y pérdida de peso de 30 kg en 2 años y episodios de hipoglucemia sintomática. Rx. Tórax: Velamiento campo superior, medio e inferior izquierdo pulmonar. Ecopleura: hemitórax izquierdo ocupado por formación sólida, heterogénea de 16x11cm con vascularización en su interior. Laboratorio: Glucemia 79mg/dl, Péptido C 0,2ng/ml (0,8-4,2ng/ml), Insulina 0,3 (<16,3 mcUI/ml), Cortisol 25microg/dl.

Impresión diagnóstica: Hipoglucemia tumoral no insulínica. Tratamiento: en ambos casos se indicaron colaciones, PHP Dx 10% a 21 gotas/min y HGT sin correcciones cada 4hs. Por persistencia de hipoglucemias sintomáticas se inició tratamiento con corticoides: hidrocortisona 100 mg ev c/8hs en el paciente del caso 1 y Deltisona 60 mg/día en la paciente del caso 2 con mejoría significativa de las mismas

En los dos pacientes se realizó exéresis de la masa torácica, con buena evolución postquirúrgica sin hipoglucemias y normalización de los niveles de péptidos c e insulina, con suspensión concomitante de los corticoides. La anatomía patológica en ambos casos diagnosticó Tumor Fibroso Solitario con innumomarcaciones positivas para BCL-2 ,CDR4 y Vimentina.

Comentario: el tratamiento de NICTH es la resección quirúrgica total del tumor pero en los casos en los que la resección rápida o total no es posible, el tratamiento inicial de las hipoglucemias es alcanzado con glucosa vo y/o ev o dextrosa. Con frecuencia dicho terapéutica resulta insuficiente, proponiéndose la terapia con glucocorticoides (dexametasona, hidrocortisona, prednisolona y prednisona). Los mismos alcanzan la resolución de la hipoglucemia, disminuyendo IGF II total y BIG IGF II e incrementando IGF I.

Bibliografía:

Managment of Non-Islet-Cell Tumor Hypoglycemia: a clinical review. Timothy W. Bodnar, Maria J.

Acevedo and Massimo Pietropaolo. J Clinical Endocrinol Metab, March 2014, 99(3):713-722

Glucocorticoid therapy suppresses abnormal secretion og big IGF II by non-Islet-Cell Tumors inducing hypoglycaemia (NICTH). J. D. Teale and V. Markst. Clinical endocrinology (1998) 49, 491-498

-A clinical update on tumor induced hypoglycemia. Iglesias P. y col. European Endocrinology Society. 2014