

5 HIPOGLICÉMIA PARANEOPLÁSICA EM TUMOR NEUROENDÓCRINO – PARA LÁ DO INSULINOMA

Marques da Costa, P., Tortosa, F., Fernandes, I., Correia, L., Cortez-Pinto H., Velosa, J.

Introdução: A hipoglicémia paraneoplásica é um evento raro associado a tumores neuroendócrinos usualmente pancreáticos dos quais o insulinooma é o mais frequente (4 casos/1.000.000/ano). Menos frequente ainda é a hipoglicémia induzida por tumor não associada a células de ilhéus (NICTH) ocorrendo em sarcomas e tumores gastrointestinais produtores de péptidos como IGF-1, IGF-2, somatostatina e GLP-1. Nestes últimos, o controlo glicémico pode ser especialmente desafiante.

Caso Clínico: Mulher, 53 anos, sem antecedentes relevantes. Apresenta-se com 1 ano de evolução de epigastralgia em crescendo e perda ponderal (≈ 15 kg). Nas últimas 3 semanas os familiares descreviam alterações comportamentais tendencialmente nocturnas/matutinas: ansiedade, desorientação, tremor, sudorese, sensação de “cabeça leve” e 4 episódios de lipotimia. A doente reconhecia melhoria após ingestão alimentar. Em ambulatória realizara EDA e ecografia abdominal revelando, a última, hepatomegália com múltiplas lesões focais e massa hipoeocogénica pancreática (25mm). TC-CE não demonstrou alterações. Ao exame objectivo destacava-se somente hepatomegalia irregular. A avaliação laboratorial revelou hipoglicémia (valor min:24 mg/dl) padrão de colestase (AST:47 ALT:23 U/L gGT:119 U/L FA:198 U/L BT:1,14 mg/dl), INR:1,09; elevação dos marcadores neuroendócrinos (CEA:40,9 ng/mL NSE:314 μ g/L Cromogranina A:22,9 nmol/L); insulínemia normal em período de hipoglicémia 21,5 μ m/L; péptido-C:4,74 ng/ml; valores normais de IGF-1 (153 ng/mL), IGF-2 (582 ng/mL) e 5-HIAA (0,9 mg/24h). A TC-TAP confirmou múltiplas lesões hepáticas mas não a lesão pancreática descrita. Em biópsia hepática ecoguiada identificou-se carcinoma endócrino pouco diferenciado produtor de somatostatina (Ki67>20%). O estudo por OCTREOSCAN[®] confirmou focos hepáticos hipercaptantes. A doente iniciou quimioterapia com etoposido e cisplatina. Para controlo glicémico administrou-se sandostatina associando-se posteriormente diazóxido (7mg/kg/d) e por fim prednisolona (30 mg/d). Só assim foi possível o desmame de aporte glucosado endovenoso, embora persistam, em ambulatório, períodos de hipoglicémia.

Conclusão/Justificação: Ilustramos uma manifestação paraneoplásica excepcionalmente rara secundária a um tumor neuroendócrino inusual, cujo diagnóstico é complexo e o manejo clínico difícil e desafiante.

Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia – HSM CHLN,EPE. Serviço de Anatomia Patológica – HSM CHLN,EPE. Serviço de Oncologia Médica – HSM CHLN, EPE. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa