



P-466 - HIPOGLUCEMIA REACTIVA TRAS GASTRECTOMÍA VERTICAL, ¿ES POSIBLE QUE ESTÉ SUBESTIMADA? DISCUSIÓN DE UN CASO CLÍNICO RESUELTO MEDIANTE *BYPASS* GÁSTRICO

Trinidad, Anna¹; Lobo, Nicolak¹; Vives Espelta, Margarida¹; Paris Sans, Marta¹; Raga, Esther¹; Bartra, Elia¹; Sabench, Fatima²; del Castillo Déjardin, Daniel¹

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus; ²Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus.

Resumen

Introducción: La prevalencia de hipoglucemia reactiva tras cirugía bariátrica es muy heterogénea en la literatura debido a las diferentes metodologías usadas para su diagnóstico. Si bien es conocida como una complicación muy poco frecuente, dos estudios recientes evidencian que su prevalencia puede estar subestimada, alcanzando valores de hasta 90% en el *bypass* gastroyeyunal y 67% en gastrectomía vertical. A continuación, se presenta un caso de hipoglucemia reactiva severa tras gastrectomía vertical y su manejo.

Caso clínico: Varón de 53 años con los siguientes antecedentes: diabetes *mellitus* tipo 2 insulino dependiente, obesidad mórbida grado III (IMC 47, 150 Kg), esófago de Barrett y síndrome de apnea obstructiva del sueño portador de CPAP. En diciembre de 2020 se interviene de forma programada realizando una gastrectomía vertical laparoscópica sin incidencias. A los 2 días de posoperatorio, el paciente es dado de alta asintomático, con un tránsito y analítica rutinarios de control sin alteraciones. A los dos meses de la cirugía, endocrinología retira insulina por remisión de su diabetes. Durante el seguimiento en consultas externas, el paciente presenta una pérdida muy acusada de peso; a los 10 meses de la cirugía, presenta 65 Kg. Además, presenta episodios de hipoglucemias (glucemia < 70 mg/dl) acompañados de síntomas adrenérgicos y neuroglucopenia posprandiales, así como sensación de náuseas, vómitos y pirosis importante. Es por ello por lo que requiere ingreso hospitalario en varias ocasiones mostrando una tríada de Whipple positiva. Se procede a un seguimiento estrecho por nutrición y endocrinología, quienes pautan una dieta fraccionada con baja glucemia. Se realiza un estudio completo: tomografía computarizada toracoabdominal, resonancia magnética pancreática, cateterismo pancreático, gastroscopia y tránsito intestinal, todos ellos sin hallazgos patológicos. Analíticamente, presenta signos analíticos de desnutrición, con los siguientes parámetros: glucemia basal 48 mg/dl, HbA1c 4,8%, péptido C 0,33, insulina 18, proinsulina < 0,5, cortisol/ACTH 16/17. Se descartan causas endógenas de hipoglucemia. Durante el ingreso, el paciente presenta grave intolerancia alimentaria a sólidos y líquidos, asociado a vómitos posprandiales. El paciente persiste sin mejoría clínica, presentando caquexia importante (65 Kg) por lo que, en febrero 2022 se decide realizar una laparoscopia exploradora donde no se evidencian hallazgos que justifiquen el cuadro clínico. Se decide convertir a *bypass* gástrico. El paciente evoluciona favorablemente durante el posoperatorio, con progresiva tolerancia oral y sin nuevos de hipoglucemias, por lo que es dado de alta a la semana posoperatoria,

sin incidencias. Actualmente, se mantiene en seguimiento estrecho en consultas externas sin nuevos episodios de hipoglucemias.

Discusión: La hipoglucemia reactiva puede representar una complicación grave en el posoperatorio. Estudios recientes orientan a una infraestimación de su prevalencia, ya que únicamente se reportan los casos más graves. Son necesarios más estudios robustos y con una metodología adecuada, que permitan determinar su prevalencia real y proponer una guía de tratamiento y seguimiento de esta complicación.