

Hipoglucemia Neonatal



Julia Diéguez Mompel (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dra. Dulce Montoro (Neonatología)

Anamnesis y Exploración Física

Varón RNPT (36sg), GEG (3630g) de 3,5 días de vida trasladado del H. Alcoy por hipoglucemia mantenida, hipocalcemia y convulsiones. Cuadro iniciado a las 22 horas de vida y que persiste a pesar del tratamiento
AF: madre con epilepsia en tto con lamotrigina

En la exploración física destaca una leve hipotonía de predominio axial, así como poca actividad espontánea

Pruebas Complementarias

- Análisis de sangre:
 - Glucosa: 46 mg/dl
 - Amonio: 86 mmol/l (normal)
 - Estudio hormonal con glucemia 12 mg/dl:
insulina 48 mU/ml
 - Estudio genético
- Cuerpos cetónicos en orina: negativos
- Ecografía cerebral y abdominal: sin alteraciones
- RMN con difusión: encefalopatía hipoglucémica
- Monitorización de función cerebral

Tratamiento

Hipoglucemia:

- Bolo glucosa iv 2 ml/kg (sintomática)
- Perfusión glucosa iv: 5.5-17 mg/kg/min
- Glucagón im 0.1 mg/kg (persistencia)

Convulsiones:

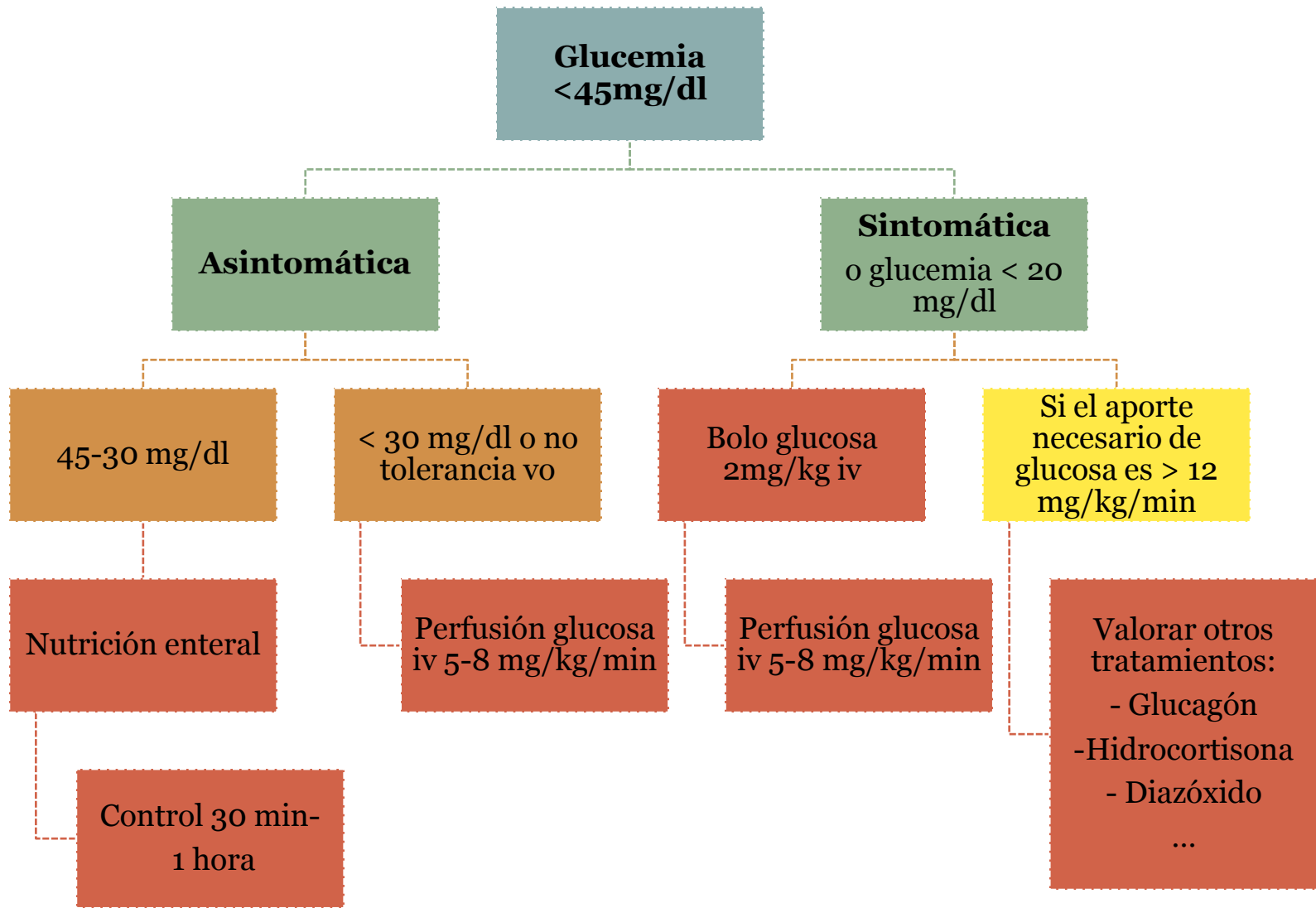
- Bolo fenobarbital 20 mg/kg (sintomático)
- Fenobarbital 4 mg/kg/día (mantenimiento)

Hipocalcemia:

- Gluconato cálcico: 10 ml/100 ml

Evolución

Ante persistencia de hipoglucemias con tto glucosa iv se decide inicio de hidrocortisona iv 5.5-10 mg/kg/día
Con 4 días de vida, nuevo episodio sintomático y persistencia de hipoglucemia, se decide suspender hidrocortisona e iniciar tto con diazóxido vo 7.5 mg/kg/día por sospecha de **hiperinsulinismo**



Hiperinsulinismo Congénito

- Causa más frecuente de hipoglucemia persistente en infancia temprana
- Alteración genética de las células beta del páncreas (canalopatía)
- Asocia: hiperinsulinismo, hipocetonemia, disminución de ácidos grasos en sangre e hipoglucemia persistente y grave

En nuestro caso...

Se cumplen criterios bioquímicos para el diagnóstico de hiperinsulinismo

Tratamiento:

- Nutrición enteral continua
- Diazóxido vo 5-20 mg/kg/día en 3 dosis
- Suspender hidrocortisona