

LIPOATROFIA EM ADOLESCENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 1: RELATO DE CASO

Silva MS, Spegiorin SE, Puñales M, Tschiedel B

Instituto da Criança com Diabetes (ICD), Porto Alegre (POA), RS

Introdução: As lipoatrofias são secundárias à perda do tecido subcutâneo por processo autoimune e sua incidência diminuiu após introdução das insulinas purificadas e dos análogos. Apesar de não existirem dados na literatura do tempo exato de seu aparecimento, em nosso serviço observa-se início em quatro a seis meses e prevalência em 0,4% dos pacientes. Há relatos na literatura do uso de dexametasona e de cromolina sódica nos locais acometidos, porém com benefícios variados e limitados. **Relato de Caso:** ASG, 16 anos, feminina, branca, procedente de Capão da Canoa, RS e com Diabetes Mellitus tipo 1 desde dezembro de 2001. Na primeira consulta em nosso serviço, Mar/2004, já utilizava as insulinas humanas NPH e Regular, apresentava lipo-hipertrofia discreta nos braços e seguia rodízio inadequado. Nesta consulta, foi orientada a não utilizar os locais com lipo-hipertrofia até regressão e revisou-se a técnica de aplicação. Em Out/2005 apresentava lipoatrofia no abdômen e permanecia com lipo-hipertrofia nos braços, além do início no abdômen e face interna das coxas. Realizou-se a troca da insulina Regular pelo análogo de insulina Lispro. Durante o ano de 2006 permaneceu com este tratamento e desenvolveu lipoatrofia também em coxas e região glútea. Substituiu-se então a insulina NPH pelo análogo Glargina e a paciente foi orientada a aplicá-la na área atrófica. Em 2007, manteve-se o esquema terapêutico, não havendo regressão expressiva das lipoatrofias e ainda apresentando início de lipo-hipertrofia no abdômen. Em 2008, com a persistência das alterações, orientou-se substituição do análogo de insulina ultrarrápida para Asparte e aplicação de ambos análogos nas bordas da lipoatrofia. Sem melhora do quadro, em 2009 iniciou-se tratamento com Cromolina sódica 5%, nas áreas afetadas e manteve-se o esquema terapêutico de insulina. Com a ausência de melhora da lipoatrofia, em 2010 foi aumentada a concentração de Cromolina para 10%, mas houve piora da lipoatrofia no abdômen. A pesquisa de anticorpo anti-insulina foi negativa. Foi orientada a suspender aplicações de insulina nos locais com alterações e o uso de Cromolina e foi encaminhada ao serviço de cirurgia plástica para enxertia de gordura. Em Mar/2011 foi realizada lipoaspiração e autoenxerto de gordura abdominal nos pontos de lipoatrofia. Em Maio/2011 instalou-se o Sistema de Infusão Contínua de Insulina com análogo de insulina ultrarrápida Glulisina, com orientação de inserção de cânulas somente na região glútea.