

Endocrino y diabetes ~ Presentación oral

67

EVALUACION DE LA RESPUESTA DE PRL AL TRH EN LOS DIFERENTES GRADOS DE SEVERIDAD DEL HIPOTIROIDISMO PRIMARIO. ESTUDIO DE 283 PACIENTES.

DR. CARLOS HERNANDEZ CASSIS DR. CARLOS CURE CURE
ISS - UNIVERSIDAD DEL NORTE HOSPITAL METROPOLITANO

Evaluamos 283 pacientes que tenían una respuesta anormal de TSH al TRH a los cuales clasificamos de acuerdo a la severidad de la hiperrespuesta en: Clínicos 10 pacientes (3.5%), subclínicos 91 pacientes (32.1%) y latentes 183 pacientes (64.3%).

La respuesta de TSH y PRL al TRH en cada uno de estos grupos fue ($\bar{x} \pm SD$)

	TSH 0'	TSH 20'	PRL 0'	PRL 20'
Clínicos	43,2 ± 14,3	87,6 ± 50,8	31,6 ± 27,7	145,8 ± 54,4
Subclínicos	11,8 ± 9,9	61,4 ± 26,4	19,8 ± 28,3	86,3 ± 49,3
Latentes	4,5 ± 1,9	37,5 ± 12,1	16,8 ± 24,3	68 ± 38,2

La frecuencia de Prolactinas elevadas en cada uno de los grupos de hipotiroidismo fue:

	PRL 0'	PRL 20'
Clínicos	5 (50%)	10 (100%)
Subclínicos	30 (33%)	60 (65,9%)
Latentes	32 (17,5%)	96 (52,4%)

Al comparar las respuestas de PRL a los 20' en cada grupo encontramos diferencias estadísticas significativas $P < 0,001$ entre los clínicos, subclínicos y latentes.

Al comparar la respuesta de TSH al TRH a los 20' entre los 3 grupos también encontramos diferencias significativas $P < 0,001$.

Hubo correlación entre PRL 20' y TSH 20' con $r = 0,74$ en el grupo de hipotiroidismos clínicos.

Conclusión: A mayor severidad de la disfunción tiroidea mayor fue el porcentaje de hiperprolactinemia y mayor el valor de su respuesta al TRH.

En los hipotiroidismos clínicos primarios hubo correlación entre TSH y PRL a los 20' minutos del estímulo de TRH.

69

ESCLEROTERAPIA DE QUISTES DE TIROIDES

Escobar I.D., Huertas A.
Servicios de Endocrinología y Radiología del Hospital de San José, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá

Se evaluó el efecto de la inyección intraquística de etanolamina o tetraciclina en 6 quistes de tiroides. Se incluyeron pacientes a quienes se les había descartado malignidad de tiroides por citología y en quienes, pese a tratamiento supresivo con hormonas tiroideas y punciones a repetición para evacuar el líquido, les recibió el quiste.

Se realizó ecografía previo y entre 7 días y 3 meses posterior al procedimiento en donde se observaba las características del quiste y se tomaban dimensiones de los diámetros transversal (T), anteroposterior (AP) y longitudinal (L) de la lesión quística. Para determinar la volumetría se aplicó la fórmula: $\pi/6 \times T \times PA \times L$. Todos los quistes tenían componente sólido en su periferia.

La escleroterapia se realizó con etanolamina al 2% en 7 procedimientos y con oxitetraciclina al 5% en 2. A un quiste se le practicó 3 procedimientos; a otro, dos, y en 4, solo uno.

En dos de los 6 quistes (33,3%) se observó colapso casi total de la cavidad quística con la escleroterapia, ambos con etanolamina. Si excluimos los dos procedimientos en los cuales se utilizó tetraciclina, dos de siete (28%) en los cuales se inyectó etanolamina fueron efectivos (colapso de la cavidad).

La escleroterapia de quistes de tiroides se ha presentado como alternativa a la cirugía en tanto se demuestre benignidad. Otros investigadores han utilizado tetraciclina con resultados positivos que fluctúan entre 10 y 100%. Se reportan aquí los primeros casos de escleroterapia de quistes de tiroides con etanolamina con un resultado positivo del 28%.

68

"ZONAS AUTONOMAS" EN TIROIDITIS DE HASHIMOTO

Escobar I.D., Cadavid L.
Servicios de Endocrinología y Medicina Nuclear del Hospital de San José, Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, Bogotá

En la búsqueda de "zonas autónomas" en tiroides de pacientes con tiroiditis de Hashimoto (TH), se realizó prueba de supresión a 6 pacientes, mujeres entre los 26 y 53 años, con diagnóstico de TH corroborado con citología de tiroides. Previo a la prueba, todas tenían hipotiroidismo clínico y, por tanto, niveles elevados de TSH sérico. Para confirmar la supresión se realizó medición de la TSH sérica el día del examen gamagráfico resultando en todas suprimida. En cuanto a la distribución del radiotrazador en la gamagrafía inicial, en dos pacientes fue homogénea; en dos, heterogénea; y en dos, se describió un nódulo caliente.

En todas las pacientes la supresión de la tiroides fue efectiva menos en una. Dicha paciente presentaba un nódulo en polo inferior del lóbulo izquierdo, hipercaptante en la gamagrafía con 99m-Tc. En la prueba de supresión, utilizando como radiotrazador el 99m-Tc, persistió captación en el área descrita. Una segunda prueba de supresión, con I-131 como radiotrazador, mostró nuevamente que no suprimía dicho nódulo. Dos citologías del nódulo fueron reportadas como compatibles con TH.

Como describimos en un trabajo preliminar, el 10% de nuestros pacientes con TH tienen un patrón gamagráfico de bocio nodular y, en ocasiones, estos nódulos captan más el radiotrazador que su tejido circundante confundiendo con un nódulo "caliente" o "autónomo". Esto podría explicarse por presencia de: bocio multinodular en TH; adenoma folicular en TH; mayor densidad del tejido tiroideo en dicha zona; fibrosis del tejido circundante; o, como fue descrito por Hamburger, "zonas autónomas". Aunque la etiopatogenia de estas zonas no es conocida, se podrían implicar en su génesis anticuerpos estimulantes de la tiroides que aumenten la captación, no así la función.

La presencia de un nódulo "caliente" o "hipercaptante" en un paciente con TSH elevada o con diagnóstico de TH amerita ser estudiado con citología de tiroides y prueba de supresión con el fin de aclarar el diagnóstico. Si el nódulo no suprime (utilizándose I-131) y la citología de dicho nódulo es reportada como TH, debe pensarse en "zonas autónomas".

70

EL HIPERTIROIDISMO Y LA FUNCIÓN VENTRICULAR: PRESENTACION DE 3 CASOS

Urina Triana Miguel y Beltrán López Nelly.
Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario de Barranquilla.

Se presentan 3 casos con hipertiroidismo secundario a bocio difuso (Enfermedad de Graves Basedow) con manifestaciones cardiovasculares importantes y se discuten los probables mecanismos fisiopatológicos involucrados en su desarrollo.

CASO 1: Mujer de 23 años, con historia de 2 años de evolución de estado hipertiroideo sin tratamiento apropiado, desarrolló insuficiencia cardíaca. El EKG mostró taquicardia sinusal, HVI y signos de sobrecarga sistólica. Rx de tórax: cardiomegalia GIV, signos de hipertensión venocapilar pulmonar y derrame pleural derecho. La sin totalogía anterior desapareció a las 4 semanas con tratamiento: metimazol, lanicor, I radioactivo con Ecocardiograma que mostró corazón hiperdinámico sin cambios en el tamaño de las cavidades.

CASO 2: Mujer de 60 años, consulta por taquicardia importante, estando bajo tratamiento con tiroglobulina. El EKG mostró taquicardia sinusal (120x), HVI, extrasístoles ocasionales, cambios en el segmento ST y onda T sugestivos de isquemia subepicárdica anterior sin trastorno de la conducción. Recibió tratamiento con metimazol y I radioactivo con disminución de su estado hipertiroideo.

CASO 3: Mujer de 21 años, en tratamiento por 5 años con lanitop por falla cardíaca. El EKG mostró taquicardia sinusal y HVI. El ecocardiograma mostró prolapso de la válvula mitral. Recibió tratamiento con metimazol y recomendaciones de profilaxis antibiótica en caso de procedimiento invasivos.

Estos pacientes generalmente presentan aumento del gasto cardíaco, volumen latido, frecuencia cardíaca, fricción de expulsión y resistencias periféricas disminuidas con presión de pulso aumentada, que al mantenerse el estado hipertiroideo se complican presentando trastornos del ritmo y falla cardíaca; estas mejoran al revertir el estado hipertiroideo. Su control reduce frecuentemente la isquemia y la angina así como la insuficiencia cardíaca. El uso del betabloqueador puede ser beneficioso en pacientes sin falla cardíaca; la digital para el tratamiento de las arritmias supraventriculares se hace difícil por la reducción de la sensibilidad miocárdica a la misma.

71

OCTREOTIDA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACROMEGALIA PRESENTACION DE UN CASO

Dr William Kattah, Dr Enrique Jimenez . Sección de Endocrinología y neurocirugía . Fundación Santa Fé de Bogotá .

Se presenta el caso de un paciente de 36 años de edad con historia de acromegalia de 12 años de evolución, secundaria a macroadenoma productor de hormona de crecimiento (HGH) quien recibió tratamiento quirúrgico en dos ocasiones . La primera en 1990, Cirugía transfrontal y la segunda en 1991, cirugía transesfenoidal complementaria. Sin embargo el paciente continuaba clínica y paraclínicamente con evidencia de enfermedad activa por lo cual fue necesario dar tratamiento con radioterapia 5400 cGy con buena tolerancia. A pesar de este tratamiento el paciente continua con actividad clínica y paraclínica de la acromegalia demostrada 6 meses después por la respuesta de la HGH a la Curva de tolerancia a la glucosa (CTG) la cual reporta : glicemia basal , 60,120 y 180. min de 105mg%, 129 mg %, 82 mg % y 97mg% respectivamente. La HGH mostró 104 ng/ml, 58 ng/ml, 112 ng/ml, 154 ng/ml respectivamente .Se inicia tratamiento con Octreotida análogo de la somatostatina mientras se logra el efecto de la radioterapia esperado a largo plazo . Se realizó prueba terapéutica con 100 microgramos subcutáneos y se miden los niveles de HGH a las 0,1,2,3,4,5,6,7 y 8 horas dando los siguientes resultados. 70 , 20.8 , 9.25 , 2.8 , < 1 , < 1 , < 1ng, 2.1 , 3.6 ng/ml . Se evidencia supresión total de la HGH a las 4,5 y 6 horas. Posteriormente se realizó nueva CTG durante el tratamiento 100 microgramos Sub-cutáneos cada 8 horas dando los siguientes resultados . Glicemia , 108 mg%, , 126mg%, 92mg% y 88 mg%, HGH < 1 ng/ml, 1 ng/ml, 1.2 ng/ml y 2.7 ng/ml respectivamente .Después de suspendido el tratamiento los niveles de HGH se elevaron nuevamente. Se demuestra la efectividad del Octreotida para suprimir los niveles de HGH y su fenómeno de escape entre 6 y 8 horas después de administrada . Este es el primer reporte del uso de Octreotida en acromegalia hecho en Colombia .Se sugiere el uso de este fármaco en pacientes acromegálicos en quienes haya fallado el tratamiento quirúrgico y /o radioterápico y en los que la cirugía esté contraindicada .

73

DISLIPIDEMIA EN UNA POBLACION SIN FACTORES DE RIESGO. EN BUSCA DE UN ORIGEN GENETICO.

E. Melgarejo R., MD. J. Campo MD. A. Alvarado MD. P. Achner M. MD H. Militar. Esc. Militar Medicina. U. Javeriana. Para tratar de establecer la prevalencia de dislipidemias de probable origen genético, se tomó una población sana ideal: 329 alumnos de la Escuela de Suboficiales de la FAC quienes tenían un examen clínico previo de ingreso exhaustivo y que llenaron exigencias de aptitudes psicofísicas óptimas. La edad osciló entre 18 y 21 años ($x=19.9$). Todos sometidos a la misma dieta - hipo grasosa-, ninguno sedentario ni obeso ni hipertenso ni fumador. Se tomó muestra para perfil lipídico después de más de 12 horas de ayuno y después de 2 horas de ejercicio aeróbico. Llevaban 7 meses en periodo de adaptación (dieta, ejercicio etc). Concomitantemente se practicó encuesta epidemiológica cardiovascular familiar. Se midieron: colesterol total, HDL, LDL y VLDL; tri- glicéridos (TG); Apo A y Apo B. Se procesaron por espectro- fotometría y Nefelometría. Los rangos de valores obtenidos se sometieron a ajuste de covarianza y análisis de regresión logística. **RESULTADOS:** (66/329) 20% con uno o varios parámetros alterados. 2.4% (8/229) con HDL bajas y todos con TG altos y de los 8,3 con ApoA baja. Relación ApoA/ApoB-riesgo coronario -9.4% alto y de estos 2.1% riesgo severo (n=31) Del total de este grupo el 50% tenían TG y HDL alterados. El 36% de los anormales tenían antecedentes familiares. 33% dislipidemia sin antecedentes familiares 13/31 con fenotipo B (40%) tenían apoB normal. El 3.2% tuvo ApoB alta y colesterol total discretamente aumentado. **CONCLUSIONES:** Por las características de esta población estamos autorizados para suponer que los hallazgos anormales son de origen endógeno. Por métodos indirectos separamos fenotipo A y fenotipo B. El ALP fenotipo B es una dislipidemia de origen genético actualmente en estudio y caracterizada por la presencia de partículas LDL denso y pequeño-medibles indirectamente al cuantificar TG, HDL, ApoA ApoB-. Se expresa en la vida adulta, inicialmente con aumento de TG. Es el primer estudio hecho en nuestro medio en una Población cerrada, joven, sana, sin factores de riesgo y con encuesta epidemiológica. La cuantificación de ApoA y ApoB puede ser útil para el complemento del diagnóstico de las dislipidemias normolipémicas

72

IMPACTO DEL AUTOCONTROL GLICEMICO SOBRE LAS DIVERSAS VARIABLES DEL CONTROL METABOLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDIENTE (DMID) INVOLUCRADOS EN UN PROGRAMA EDUCATIVO CONTINUO.

Guerrero J., Aschner P. Asociación Colombiana de Diabetes (ACD), Santafé de Bogotá.

La ACD viene desarrollando un programa de educación continua para niños y jóvenes con DMID desde 1982. Como parte del programa se les motiva para que realicen autocontrol de glicemia (AG) con tirillas reactivas (con o sin glucómetro). En cada control médico (CM) se modifica la insulino terapia con base en las anotaciones del cuadernillo de registro. Se estudiaron 76 pacientes con DMID de 4 a 16 años de evolución (Prom \pm DE : 7.2 \pm 2.8 años) que han estado 4 a 9 años (5.8 \pm 1.5 años) en el programa. 41 pacientes siempre llevaron su cuadernillo al CM (Grupo A1). 25 pacientes lo llevaban de vez en cuando (A2) y 10 pacientes nunca lo llevaron (A0). A1 y A2 tuvieron un promedio similar de CM por año (5.4 \pm 2 y 4.6 \pm 2 respectivamente) mientras que el número para A0 fue menor (2.8 \pm 2). Los resultados más significativos fueron: Promedios de glicemias diferentes en los tres grupos (188 \pm 33, 213 \pm 30 y 248 \pm 48 mg/dl respectivamente). HbA1 menor en A1 que en A2 (10.9 \pm 2.2% vs. 12.7 \pm 2.5%). También menor número total de hospitalizaciones en A1 que en A0 (1.1 \pm 1.4 vs. 2.7 \pm 3.1). A1 llegó a requerir menos insulina que A2 (0.8 \pm 0.2 vs. 1.1 \pm 0.3 U/kg). En conclusión, el autocontrol de la glicemia es un factor fundamental para el éxito de un programa educativo. El resultado es un mejor control glicémico con menores requerimientos de insulina y menor número de hospitalizaciones, a pesar de que el control metabólico no fue óptimo en la mayoría de los casos por las dificultades socioeconómicas y culturales de los pacientes. El objetivo de la ACD es precisamente servir a esta población de menores recursos.

74

NUOVA ESTRATEGIA TERAPEUTICA EN OSTEOPOROSIS - LA VITAMINA K PROMUEVE LA RECUPERACION OSEA.

Gutiérrez-Rodríguez O., Gutiérrez-Montes O. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García". Hospital Cañavalejo - Cali, Colombia.

La vitamina K aumenta la capacidad de fijación de calcio de la osteocalcina y disminuye la eliminación urinaria de calcio. Por otra parte, en pacientes osteoporóticos con fractura de cuello del fémur, se ha encontrado que la concentración plasmática de vitamina K está reducida severamente. **Objetivo:** Demostrar el efecto de la vitamina K sobre el proceso osteoporótico. **Materiales y métodos:** 5 mujeres osteoporóticas, de 54 a 85 años de edad, con fracturas vertebrales y/o de cuello del fémur, fueron sometidas al tratamiento: calcitriol 0,25 microgramos, 2 veces diarias; carbonato de calcio, 2 gramos diarios y vitamina K, 10 mg diarios de bisulfito sódico de menadiona durante 10 días; 10 mg interdiarios los 20 días siguientes, por vía intramuscular. A partir del segundo mes, 10 mg diarios de bifosfato de menadiona, por vía oral. **Resultados:** Los dolores óseos desaparecieron desde las primeras semanas y la calciuria disminuyó en forma muy apreciable. Los controles radiológicos muestran aumento de la densidad ósea, tanto en columna vertebral como en los huesos del antebrazo, con incremento del espesor cortical en los huesos largos y reaparición de las trabéculas en la porción esponjosa. **Conclusión:** En pacientes postmenopáusicas osteoporóticas, la administración de vitamina K promueve la recuperación ósea, con aumento del espesor cortical en los huesos compactos y regeneración trabecular en el hueso esponjoso.

HIPERTECOSIS OVARICA Y VIRILIZACION EN MUJER POSMENOPAUSICA

Kattah, W; Martinez, L; Cavanzo, F.
 Sección de Endocrinología, y Departamentos de Ginecología y Patología de la Fundación Santafé de Bogotá.
 Se presenta el caso de una mujer de 72 años que consultó por presentar alopecia en cuero cabelludo de 2 años de evolución, de tipo androgénico, hirsutismo de predominio facial, hipertrofia muscular generalizada y algunos rasgos de masculinización con predominio de la cintura escapular sobre la pélvica.
 Como antecedentes de importancia: Obesidad de predominio central, de varios años de evolución, Hipertensión arterial, Hipercolesterolemia, Hiperuricemia y Gota, Enfermedad coronaria que llevó a la realización de 2 bypass coronarios y Accidentes Cerebro-Vasculares (2). Algunos de los exámenes de laboratorio realizados mostraron: T4 93 nmol/lit (58-161 nmol/lit), T3 captación 26.3% (25-37%), Índice de T4 libre 24.5 (14.5-60), TSH 3.1 mUI/ml (0.15-3.1 mUI/ml), Testosterona total 20.8 nmol/lit (0.69-3.1 nmol/lit), DHEA-sulfato 37.7 ugr/dl (70-345 ugr/dl), Estradiol 75 pgr/ml ((20 pgr/ml), LH 56 mUI/ml (16-64 mUI/ml en postmenopáusica), FSH 60 mUI/ml (18-153 mUI/ml), Cortisol 8 a.m. 479 nmol/lit (138-495 nmol/lit), Cortisol 4 p.m. 168 nmol/lit ((50% del a.m.), Insulina Basal 47.8 mUI/ml (0-15 mUI/ml) con glicemia de 100 mgX y postcarga de 75 gr de glucosa 124 mUI/ml ((100 mUI/ml) con glicemia de 132 mgX. Ac. Úrico 10.4 mgX (4.5-7.5 mgX), Colesterol Total 464 mgX ((200 mgX), Colesterol HDL 40 mgX () 40 mgX en mujeres), Triglicéridos 407 mgX ((200 mgX). El TAC abdominal mostró glándula suprarrenales normales, la ecografía transvaginal evidenció discreto incremento del tamaño de ambos ovarios.
 Se diagnosticó de un hiperandrogenismo de origen ovárico. La paciente fué llevada a cirugía, practicándosele ooforectomía bilateral. El reporte de patología mostró hiperplasia bilateral de células de Leydig, hipertecosis generalizada e hiperplasia de células hiliales. La inmunohistoquímica fué positiva para testosterona. Los niveles de testosterona 15 días posterior a la cirugía bajaron a menos de 0.7 nmol/lit.
 Se comprueba un Síndrome de Virilización en mujer post-menopáusica asociado a hipertecosis ovárica bilateral asociada a hiperinsulinismo y a las alteraciones metabólicas consecuentes a esta alteración. Este sería el 4o. caso reportado en la Literatura Mundial, y el 1o. asociado con estas alteraciones metabólicas que recuerda un Síndrome X.

Endocrino y diabetes ~ Presentación cartel

76

DISFUNCION AUTONOMICA CARDIOVASCULAR EN PACIENTES DIABETICOS TIPO I Y II

Bernal M., Corradine M.M., Cedano J.
Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud.
Universidad del Valle, Colombia.

La neuropatía cardíaca vegetativa diabética (NCD) cursa asintomática, por lo tanto es importante detectarla para prevenir complicaciones que lleven a la muerte súbita.

Se analizaron algunas variables y complicaciones de la diabetes que puedan orientar al clínico en la búsqueda de NCD. Los datos de doce diabéticos tipo I (DI) y dieciséis tipo II (DII) se obtuvieron de la historia prediseñada en uso en la clínica de diabetes. El diagnóstico de NCD se estableció determinando la variación R-R en el EKG durante respiración profunda con maniobra de Valsalva, al pararse; y los cambios posturales de la tensión arterial. Los resultados se agruparon en normales y anormales según datos de la literatura y validados con pruebas en quince personas sanas.

El 58% de los DI y el 75% de los DII presentaron algún compromiso compatible con NCD. En los DII la NCD se asoció en orden de frecuencia con neuropatía diabética de miembros inferiores (MIS), neuropatías del tracto gastrointestinal, genitourinario y microalbuminuria. La obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia e hipertensión fueron más prevalentes en los DII con NCD.

Los DI con NCD refirieron más episodios de descompensación (mal control) y preferentemente se asoció a neuropatía de MIS y retinopatía.

La NCD es una complicación frecuente en la diabetes. En la DI y II la presencia de otras neuropatías y en la DI la retinopatía debe alertar al médico en la búsqueda de NCD antes de prescribir cambios en el estilo de vida o drogas que coadyuven a la denervación.

78

DISAUTONOMIA DIABETICA.

Quintero B.A., Laverde G.A., Kattah C.W.
Servicio de Endocrinología. Hospital San José. Universidad del Rosario.

Con el objetivo de conocer el comportamiento del Sistema Nervioso Autónomo en Diabéticos Colombianos, se seleccionó un grupo de 96 Diabéticos tipo I y II, realizándoseles un interrogatorio en busca de síntomas disautonómicos con la posterior aplicación de pruebas para disautonomía cardiovascular (Valsalva, Respiración profunda, Cambio de posición y ejercicio isométrico) y para disautonomía pupilar (Midriasis con Fenilefrina, Velocidad del Híppus pupilar y Diámetro pupilar en la oscuridad). Los síntomas más frecuentes fueron: Impotencia sexual en 32 pacientes (64% de los hombres), Ortostatismo en 31 pacientes, Cambios en el chorro urinario en 28, Disminución de la libido en 24, Palpitaciones y estreñimiento en 23, Hiperhidrosis en tronco 21, Pirosis 17 y Náuseas 14 entre otros. Se encontró compromiso autonómico cardiovascular en el 83% de los casos con diferente grado de severidad. Compromiso Temprano: 25%
Compromiso Definido: 14%
Compromiso Severo: 44%
Se observó una relación directa entre el tiempo de evolución de la enfermedad y el grado de compromiso disautonómico cardiovascular. Se encontró compromiso autonómico pupilar en más de la mitad de los pacientes observándose una relación inversamente proporcional entre el tiempo de evolución de la enfermedad y las pruebas de diámetro pupilar en oscuridad y velocidad del Híppus.

77

EVALUACION DE DISAUTONOMIA DIABETICA EN 94 PACIENTES COLOMBIANOS

Quintero B.A., Laverde G.A., Kattah C.W.
Servicio de endocrinología. Hospital San José. Universidad del Rosario.

Se seleccionó un grupo de 94 diabéticos tipo I y II aplicándoseles pruebas para disautonomía cardiovascular (Valsalva, respiración profunda, cambios de posición y ejercicio isométrico), pupilar (Híppus, midriasis en la oscuridad y con fenilefrina) y gastrointestinal (vaciamiento gástrico isotópico). Se encontró compromiso autonómico cardiovascular en el 83% de los casos (temprano 25%, definido 14% y severo 44%). Conclusiones: -Existe asociación entre el tiempo de evolución de la diabetes y el grado de compromiso disautonómico pupilar y gástrico. -No hubo diferencias entre los diabéticos tipo I y II. -La valoración conjunta de las pruebas cardiovasculares y pupilares permite una mayor predicción de anormalidad. -El híppus y la midriasis en la oscuridad tienen una gran utilidad en la valoración de la disautonomía diabética. -Las pruebas cardiovasculares y pupilares deberían realizarse rutinariamente en la valoración de todo diabético. -El vaciamiento gástrico isotópico es un método opcional, útil para la valoración de disautonomía. -El compromiso del SNA en la diabetes es generalizado. -El tiempo de evolución de la diabetes está estrechamente relacionado con la fisiopatología de esta complicación.

79

PREVALENCIA DEL COMPROMISO AUTONOMICO EN UN GRUPO DE PACIENTES DIABETICOS INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES I.S.S. SECCIONAL ANTIOQUIA. Adriana Maria Gil G. Sergio Lindarte Toro. Diana Patricia Martínez T. Mónica M. Pérez de la Cruz. Marcela B. Rios González. Alberto Villegas P., U.P.B. Corporación Antioqueña de Diabetes Calle 59 No. 50A 52 Medellín, Colombia

Se estudio el compromiso autonómico en una muestra de 100 pacientes diabéticos usuarios de I.S.S. Medellín (Colombia) durante 1990. 80% corresponden a diabéticos no insulino-dependientes (DMNID), 59% fueron varones, el promedio de edad fue de 49+/-15 años siendo significativamente mayor entre los DMNID. Recibían tratamiento con insulina 67% con hipoglucemiantes orales 30%, solo con dieta el 3%. Alteración en las pruebas para evaluación autonómica cardiovascular se encontró en 78/90 pacientes. Retardo en el vaciamiento gástrico en 36/56 pacientes; un volumen urinario anormal en 10/49 pacientes. Estos hallazgos fueron similares para DMNID y DMID exceptuando la respuesta cardíaca a la maniobra de Valsalva; anormal más frecuente en DMNID (83.3%) que en DMID (35.3%) (χ^2 13.64; $p=0.0002$). 26/52 pacientes presentaron compromiso del sistema sudomotor por prueba de Minor, 69.0% de los pacientes presentaron algún tipo de enfermedad asociada, siendo la más frecuente la cardiovascular 31.0%.

TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS (DM)
 Arbeláez M, Henao JK, García LF, Mejía G, García A, Arango JL, Restrepo J, Velásquez A: Grupo de Trasplantes. Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paúl. Medellín.

Los Pacientes (pac) con Nefropatía Diabética Terminal (NDT) usualmente tienen compromiso de otros órganos y sistemas y por tanto durante mucho tiempo no fueron considerados buenos candidatos a Trasplante Renal (Tx). Con la introducción de la Ciclosporina A a la terapia inmunosupresora se pudo reducir el uso de esteroides disminuyendo así las complicaciones inherentes a ellos, al punto de que en países desarrollados el 30 % de los candidatos a Tx tienen DM. En los últimos 19 años, 28 de 768 Tx (3.6%) se practicaron en diabéticos. Todos fueron primeros Tx. Nueve (32.1 %) recibieron Tx de donante intrafamiliar (IF) y 19 (67.9 %) de cadáver (DC); en 7 (36.8 %) se realizó Tx simultáneo páncreas-rinón. Edad: 42.7 ± (SD) 11 años (rango 24-66). Sexo masculino: 21 (75 %). Seguimiento: 22.3 ± 17.9 meses. Tiempo de espera para Tx: 8.4 ± 8.2 meses. La supervivencia actuarial de los injertos hasta los 36 meses fué:

	Seguimiento (meses)					
	6	12	18	24	30	36
Tx IF :	100	88	88	88	88	88
Tx DC :	73	73	67	59	59	59
Total :	82	78	73	68	68	68

La supervivencia actuarial de los pac a 36 meses fué: Tx IF 88%, Tx DC 65% y total 72%. Ocho pac fallecieron: por neumonía 2 y por infarto miocárdico, ACV, muerte súbita, desequilibrio hidroelectrolítico, hipoglicemia y edema pulmonar 1 c/u. Un pac perdió el injerto por rechazo crónico.

Así, aun cuando el manejo del Tx renal en diabéticos es más complejo que en no diabéticos, es una alternativa terapéutica que debe brindarse a estos enfermos, y el Tx páncreas-rinón debe limitarse a casos seleccionados.

INDICE GLICEMICO DE CINCO FRUTAS DE COMUN INGESTA
 Sergio Alberto Alvarez F. Jack Antonio Diaz B. Sergio Alejandro Gallo B. Gabriel Jaime Marin V. Agustin Martinez M. Alexis Montoya F. Sergio Miguel Rodriguez M. Cesar Augusto Tamayo Alberto Villegas P. Corporación Antioqueña de Diabetes Calle 59 No. 50 A 52 Medellín, Colombia.

La respuesta glicémica a la ingesta de los diferentes carbohidratos (Indice Glicémico), ha sido estudiada en repetidas ocasiones, con la intención de darle aplicación clínica, para estimular la ingesta de aquellos alimentos con menor índice y así, tratar de controlar, aún más, la glucosa del diabético.

Se estudió el índice glicémico de cinco frutas de común ingesta en Colombia (mango, papaya, guayaba, banano), en un grupo de 15 individuos sanos, no diabéticos. Se encontró que los índices de glicémicos de cada una eran: papaya, 40%; banano, 40%; mango, 34%; guanábana, 31% y guayaba, 19%. Con excepción de la guayaba las demás presentaron índices glicémicos semejantes. La Comparación con índices glicémicos de otras frutas ya estudiadas, fue diferente. El I.G. del banano fue 60-69%; la naranja 40-49% y manzana, 30 a 39% , resultados similares a las otras frutas restantes de nuestro trabajo. Los índices glicémicos de las frutas estudiadas en el grupo de pacientes diabéticos, presentó un bajo nivel.

INDICES GLICEMICOS DE OCHO (8) ALIMENTOS DE COMUN INGESTA EN COLOMBIA ESTUDIO REALIZADO EN UNA POBLACION DE DIABETICOS NO INSULINO DEPENDIENTES.
 INSTITUTO SEGUROS SOCIALES SECCIONAL ANTIOQUIA (Clínica León XIII) José Fernando Delgado. Olga Margarita Raya A. Clementina Botero S. Carmen Beatriz Velásquez María Lucía Palacio V. Olga Lucía Uribe. Gloria Ines Tapia. Alberto Villegas P. Corporación Antioqueña de Diabetes Calle 59 No.50A 52 Medellín, Colombia.

Se estudiaron 14 pacientes diabéticos no insulino dependientes, para identificar el Índice Glicémico de 8 alimentos de común ingesta en Colombia. Encontrándose tres tipos de respuestas: Una respuesta alta para la papa criolla cocida (68%), papa criolla frita (69%), yuca blanca cocida (72%), yuca blanca frita (73%); una respuesta intermedia para la arepa plana de maíz trillado (51%), hantón maduro cocido (48%), hantón maduro frito (44%); y una respuesta baja para el frijol rojo (26%). La diferencia de los Indices Glicémicos entre los alimentos cocidos y los fritos no fue significativa. La respuesta glicémica entre el grupo de diabéticos controlados (glucemia en ayunas - 110mg/dl) y los diabéticos no controlados (glucemia en ayunas 110mg/dl), no mostro diferencias significativas, con excepción de dos alimentos, la arepa plana de maíz trillado y la yuca blanca frita.

ALTERACIONES EN EL PIE DE DIABETICOS USUARIOS DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES. UNIDAD PROGRAMATICA ZONAL 08. SECCIONAL ANTIOQUIA. María Caceres Moreno. Oscar Alejandro Mesa Zapata. Simon Ignacio Panagos Echavarría. Natalia Velásquez Gomez. Amalia Villegas Calle. Alberto Villegas P. U.P.B. Corporación Antioqueña Diabetes Calle 59 No. 50A 52 Medellín, Colombia.

El fin de la presente investigación es encontrar la frecuencia de las alteraciones en el pie del diabético y así mismo los factores no asociados o la aparición de dichos trastornos. Para ello hemos realizado un estudio descriptivo de corte transversal, con una población a estudiar de 106 pacientes pertenecientes a el Instituto de Seguros Sociales de Medellín, Colombia. La información se obtuvo de un formato de historia clínica y un estudio radiológico. Se encontraron, en orden de importancia las siguientes alteraciones: dermatológicas 100%; osteoarticulares (radiológicas) 95.2%; vasculares 82% y neurológicas 66%. La frecuencia de los factores asociados fue de 44.3% para el alcohol, 43.4% para la hipertensión arterial, 31.3% para el tabaco y 17.9% para la obesidad. Considerando que la amputación puede ser el evento final, sugerimos hacer énfasis en la educación, prevención y diagnóstico precoz de dichas alteraciones.

84

EVALUACION DEL TRATAMIENTO MEDICO - QUIRURGICO DE PACIENTES CON PIE DIABETICO

Guerrero J., Garzón J., Farias R.

Asociación Colombiana de Diabetes, Santafé de Bogotá, D.C.

Se analizan pacientes hospitalizados por presentar pie diabético en el período comprendido entre el 01-02-90 al 01-04-92 con el propósito de evaluar las características clínicas, etiopatogénicas, grados de lesión y correlación entre las mismas, valorando el impacto del tratamiento de esta complicación devastadora y nuestros limitados recursos. Revisamos 70 casos, 38 mujeres:54% y 32 hombres:46%; 64:91% con DMNID y 6:9% DMID, en edades entre 20-80 años, siendo el 59% entre 60-80 años con tiempo promedio de evolución de diabetes: 1-9 años:30% 10-19 años: 43%; 20-30 años: 27%, los cuales tenían: Pie neuropático 19%, Isquémico 7% y mixto 74%. Con grados de lesión según Wagner: 1:6%; 2:37%; 3:20%; 4:27% y 5:10%. Con Cultivos por aspiración o postdebridamiento para aerobios: Estafilococo Aureus 45%, Klebsiella: 21%, Estreptococo α Hemolítico:6%. Utilizando un 30%:Oxacilina, Ciprofloxacina y Ornidazol, Clindamicina 19%, Amikacina 9%, Aztreonam 4% con buen control de infección. Los procedimientos quirúrgicos menores: Escarectomía: 13%, Debridamiento, Drenaje, Curetaje:40%, injerto libre: 1.4%, Desarticulación de artoes:17% y mayores: amputación: antepie: 1.4%, Infracondilea: 7.1% y Supracondilea: 12% teniendo este último grupo una mortalidad del 7.1%. La terapia tóptica utilizada: Solución Salina más Debrisisán: 34%, SSN + Isodine: 13%, SSN + Colagenasa: 9%, SSN + Gentamicina: 6%, SSN: 14%, Mercurio Cromo: 3% y Sulfaplata: 2%. Evolucionan a Cicatrización en un tiempo promedio: 26-60 días consecuencia fotográfica de la misma.

Nuestra Experiencia se adhiere a las conductas conservadoras para el tratamiento del pie diabético, los resultados, a pesar de naturales fracasos son satisfactorios y nos permite formular un particular enfoque del tema que consideramos de interés difundir sin desconocer la importancia de la educación en la prevención de las lesiones del pie.

86

EVALUACION A LARGO PLAZO DEL MANEJO COMBINADO CON HIPOGLICEMIANTE ORALES E INSULINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINO-DEPENDIENTE (DMNID).

Guerrero J., Aschner P., Escobar ID., Triana A.
Asociación Colombiana de Diabetes, Santafé de Bogotá.

La terapia combinada con hipoglicemiantes orales (HO) e insulina es una alternativa para el manejo de pacientes con DMNID en falla secundaria a HO definida como la persistencia de hiperglicemia a pesar de dosis máximas de HO en un paciente con dieta adecuada, peso cercano al ideal y sin enfermedad intercurrente. Seleccionamos 43 pacientes en estas condiciones que además no presentaban tendencia a la cetosis. En promedio (\pm DE), la evolución de su enfermedad era de 10.8 \pm 6 años y la edad de 62.2 \pm 8.8 años. 18 pacientes ya estaban recibiendo monoterapia con insulina. Al cabo de 12 a 50 meses de estar en terapia mixta (prom 23.6 \pm 12.5 meses), tomando HO en el día y aplicándose insulina NPH en la noche, solamente 9 pacientes (21%) fallaron y requirieron monoterapia insulínica al cabo de 22.2 \pm 11.7 meses. 2 pacientes (5%) regresaron a monoterapia con HO. En general, durante la terapia mixta la glicemia descendió significativamente (de 250 \pm 46 a 179 \pm 32 mg/dl, p<0.001) al igual que los requerimientos de insulina en los 18 pacientes que se la aplicaban previamente (de 0.46 \pm 0.14 a 0.22 \pm 0.11 U/kg, p<0.001). No hubo cambios significativos en el peso. Consideramos que este tipo de tratamiento es una buena alternativa para el manejo de pacientes con DMNID en falla secundaria a HO, a pesar de que no se logra siempre un control metabólico óptimo (el rango de promedios individuales fue de 116 a 240 mg/dl). Las dosis nocturnas de insulina NPH varían entre 5 y 20 Ud y son muy bien toleradas.

85

LA BUSQUEDA DE DIABETES MELLITUS RELACIONADA CON MALNUTRICION (DMRM) EN UNA CLINICA DE DIABETES.

Aschner P., Guerrero J., Rosselli C., Escobar ID.

Asociación Colombiana de Diabetes, Santafé de Bogotá.

La DMRM supuestamente es frecuente en países en vía de desarrollo como el nuestro, pero los pacientes pueden ser difíciles de identificar en una población de diabéticos insulino-dependientes (DMID) con una pobre situación socioeconómica, mala nutrición y dificultad para obtener un buen control con dosis moderadas de insulina. En los últimos 2 años hemos venido investigando aquellos que adicionalmente hayan demostrado resistencia a la cetosis. Entre 173 pacientes con DMID pudimos identificar 7 (4%) con demostración radiológica de calcificaciones pancreáticas (diabetes pancreática fibrocalcúlosa - DPFC) y 5 (2.9%) con características similares pero rayos X negativos (posible diabetes asociada a deficiencia proteica - DMDP). Solamente los pacientes con DPFC requirieron dosis significativamente mayores de insulina (1.5 \pm 0.9 U/kg) y tuvieron mayores niveles de glicemia (255.6 \pm 55.7 mg/dl) y un IMC menor (16.1 \pm 2.7) al compararlos con los DMID. 2 tenían mala función pancreática exocrina y todos excepto 2 tenían historia de dolores abdominales. Al cabo de 4 \pm 2.6 años de evolución, 1 tenía retinopatía no proliferativa, 1 nefropatía y otro tenía ambas. Al cabo de 8.2 \pm 3.7 años de evolución, 3 pacientes con DMDP tenían retinopatía proliferativa y nefropatía. Al ajustar para edad de inicio y tiempo de evolución, 26% de los pacientes con DMID tenían retinopatía no-proliferativa, 3% proliferativa y 6% nefropatía. Los pacientes con DPFC difieren significativamente de la población con DMID en la mayoría de los aspectos clínicos. Esto no ocurre en aquellos con DMDP que podrían corresponder simplemente a pacientes con DMID de evolución tórpida relacionada con peores condiciones socio-económicas y nutricionales. La DMRM parece estar asociada con un desarrollo temprano de complicaciones diabéticas.

87

PERFIL DE LIPIDOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS NO INSULINO-DEPENDIENTE (DMNID).

Yupanqui H., Aschner P.

Asociación Colombiana de Diabetes, Santafé de Bogotá.

Se analizaron los niveles de colesterol total (CT), colesterol HDL (HDL) y triglicéridos (TG) al igual que los niveles de colesterol LDL calculados con base en la fórmula de Friedewald (si TG < 400 mg/dl) en pacientes con DMNID seleccionados al azar entre aquellos que acudieron por primera vez a la A.C.D. entre 1989 y 1991 y que no estuvieran tomando medicamentos con reconocida influencia sobre los lípidos. Se incluyeron 264 hombres y 400 mujeres, similares en edad (prom \pm DE, 55 \pm 11 y 58 \pm 12 años, H y M respectivamente) índice de masa corporal (25.7 \pm 4 y 26.5 \pm 4.4) y glicemia basal (180 \pm 79 y 188 \pm 79 mg/dl). Se observaron diferencias significativas por sexo en los niveles de CT (224 \pm 51 vs. 235 \pm 54 mg/dl, p< 0.01), LDL (146 \pm 44 vs. 159 \pm 46 mg/dl, p<0.01) y HDL (33 \pm 12 vs. 38 \pm 12, p<0.001). El porcentaje de pacientes que presentaban hiperlipidemia fue el siguiente (hombres y mujeres respectivamente):
Hipercolesterolemia aislada (LDL > 130 mg/dl & TG normales) 34.0% y 47.1%
Hipertrigliceridemia aislada (LDL y/o CT normales & TG \geq 200 mg/dl) 17.8% y 6.0%
Hiperlipidemia mixta (CT \geq 200 mg/dl & TG \geq 200 mg/dl) 38.2% y 30.7%
Encontramos una excelente correlación entre CT y LDL (p<0.001). Los TG se correlacionaron en forma directa con la glicemia e inversamente con HDL (p<0.001).

En conclusión, el 90% de los hombres y el 84% de las mujeres tenían hiperlipidemia (HLP). El tipo más frecuente fue la HLP mixta en ambos sexos. La hipercolesterolemia fue más frecuente en mujeres y la hipertrigliceridemia en hombres. Un tercio de los hombres y un 20% de las mujeres con HLP tenían HDL sub-normal (< 35 mg/dl).

88

OSTEODENSITOMETRIA EN DIABETICOS INSULINO-DEPENDIENTES Y NO INSULINO-DEPENDIENTES.

Sánchez M.M., Yupanqui H., Cortázar J.
Asociación Colombiana de Diabetes, Santafé de Bogotá D.C. Colombia

El objetivo de la investigación fue conocer en detalle la densidad mineral ósea (BMD) en diabéticos insulino-dependientes (DMID) y no insulino-dependientes (DMNID) para compararlo con controles normales.

Se estudia 40 diabéticos de ambos sexos, mayores de 20 años y evolución de la enfermedad mayor de 10 años. 25 DMNID y 15 DMID no se incluyó: mujeres mayores de 45 años y/o mujeres postmenopáusicas, pacientes que usan medicación que afecte metabolismo óseo o fumadores.

Se practicó osteodensitometría por absorción de fotones de energía dual mediante un equipo LUNAR DPX-L. Se incluye imágenes de columna lumbar antero posterior y lateral, cuello de fémur, antebrazo y cuerpo total. El BMD se obtiene directamente por cálculo matemático hecho por computador asociado al Scanner Lunar. Se correlacionó BMD con variaciones glicémicas de los últimos tres meses, hemoglobina glicosilada, microalbuminuria, retinografía no midriática, perfil lipídico y nitrogenado, calcemia, fosfatemia e índice de masa corporal. La talla se tomó con estadiómetro HARPENDER, peso con báscula electrónica para calcular el índice de masa corporal.

El análisis estadístico se efectuó con Test-T de Student e índices de regresión. Los resultados muestran asociación de OSTEOPENIA con DMNID y DMID.

Se estudia la posible influencia que tiene el trastorno metabólico diabético sobre el hueso en individuos sin factores de riesgo asociados para osteoporosis.

89

UTILIDAD DE LA FRUCTOSAMINA (FRUCT) PARA LA DETECCION DE DIABETES.
Fals N.O., Armenta J., Rey M.J.
Fundación Grupo de Estudio Barranquilla, Barranquilla.

Se revisaron 334 pruebas de tolerancia a la glucosa y el valor de la Fruct para determinar la utilidad de esta última prueba para detectar casos de diabetes.

Se practicaron 356 curvas de tolerancia a la glucosa en pacientes escogidos al azar que eran remitidos al laboratorio. Se utilizó una carga de 75 gr de glucosa y se tomó una muestra de glicemia basal y a las 2 horas. Se determinó también la fruct en sangre utilizando el método colorimétrico de NTB.

Del total de curvas de glicemia a las 2 horas practicadas, se encontraron 19 (5%) pacientes diabéticos y 13 (4%) con intolerancia a los carbohidratos. Utilizando un punto de corte de 3.5 mmol/L se encontró una sensibilidad y especificidad de 91.6 y 98.5 respectivamente de la fruct para detectar pacientes diabéticos. También se encontró un valor predictivo positivo y negativo de 78% y 99% respectivamente así como una eficiencia de 98% de la prueba.

Consideramos que utilizando un punto de corte de 3.5 mmol/L, la medición de la fruct en sangre es de valor en la detección de pacientes diabéticos.

90

CORRELACION ENTRE GLICEMIA, HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HbG1i) Y FRUCTOSAMINA (FRUCT).

Fals N.O., Armenta J., Rey M.J.
Fundación Grupo de Estudio Barranquilla, Barranquilla.

Se estudiaron muestras de suero midiendo glicemia, HbG1i y Fruct para determinar la correlación existente entre estas 3 pruebas.

Se midió glicemia en suero mediante el método colorimétrico enzimático con glucosa oxidada y 4-amino fenazona, HbG1i mediante cromatografía en columna y fruct por el método colorimétrico con NTB en muestras enviadas al laboratorio.

Se encontraron los siguientes resultados:

Glicemia vrs. Fructosamina n=2945 r=0.69

Glicemia vrs. HbG1i n=154 r=0.72

Fructosamina vrs. HbG1i n=249 r=0.71

Estos hallazgos son similares a los reportados en la literatura.

Se concluye que la Fruct tiene una utilidad muy similar a la de la hemoglobina glicosilada en el estudio del metabolismo de la glucosa.

91

FRUCTOSAMINA COMO INDICADOR DE CONTROL METABOLICO EN PACIENTES DIABETICOS.

Tenorio L., Plata P., Mejía J., Bernal M.
Sección Endocrinología, Departamento Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle - Cali, Colombia.

La medida de los niveles de fructosamina sérica (proteína glicosilada) sirven para evaluar el control glicémico en períodos de 2 a 3 semanas.

Se pretendió evaluar la correlación existente entre los valores de fructosamina y el control glicémico de quince pacientes de la Clínica de Diabetes, los cuales tenían registros de control de glicemias tres meses antes de la medición de fructosamina. Se consideró control adecuado cuando al menos 75% de las glicemias estuvieran entre 80 y 170 mg/dl. La cuantificación se hizo con un método colorimétrico modificado del de Johnson et al* (valores normales 0.49-0.83 - CV interensayo 4.78%). Conjuntamente se determinó la concentración de albúmina.

Características de los quince pacientes: 66.6% mujeres y 33.3% hombres. Mediana de edad 51.3 años (8-65). Diabéticos insulino-dependientes 66.6% (10). Promedio de evolución de la enfermedad 7.16 años (0.75 a 15 años). La fructosamina se encontró elevada en los pacientes (9) que tenían un control inadecuado de la diabetes (sensibilidad 100%) y estuvo dentro de límites normales en 5 de los 6 pacientes que tuvieron adecuado control (especificidad 83.3%) (p = 0.0006).

Medir fructosamina en diabéticos parece tener una alta sensibilidad y especificidad para la evaluación del control metabólico. Es un examen de bajo costo, técnicamente sencillo y de utilidad para el manejo de estos pacientes, y una buena alternativa de la hemoglobina glicosilada.

92

ANORMALIDADES HEMODINAMICAS EN DIABETICOS ASINTOMATICOS. EVALUACION PLETISMOGRAFICA.

Gómez I. Luis Felipe, Ramírez R. Martha C.
Servicios Vasculares Periféricos. Centro Cardiovascular Colombiano. Clínica Santa María. Medellín

Objetivo: evaluar respuesta a la Hiperemia Reactiva de diabéticos asintomáticos y compararla con controles sanos y enfermos con Arterioesclerosis obliterante. (E.A.O.C.).

Materiales y Métodos: de los pacientes remitidos al Laboratorio Vasculoso se tomaron 14 controles normales, 17 diabéticos asintomáticos con Pletismografía normal en reposo y ejercicio y 18 con E.A.O.C. Se tomó registro de onda a nivel del artejo mayor en reposo y luego de Hiperemia Reactiva, realizada con manguito aneroide a nivel del tobillo a 300 mmHg por 5 minutos. Luego de deflación del manguito se tomó registro de onda a los 15, 30 y 60". Se anotó el tiempo necesario para alcanzar onda de volumen igual a la basal y un 125% de la altura de la basal. Análisis Estadístico: se compararon los tres grupos objetos del estudio por medio de χ^2 corregida. Obteniendo como resultado una confiabilidad y libertad del 95% ($P < 0.05$). Resultados: se analizaron 98 extremidades, E.A.O.C. 36, diabéticos 34, normales 28, por grupos de edad E.A.O.C. 50 años, normales media de 45 años y diabéticos media de 48.

Normales: alcanzaron la basal 78% a los 15", 100% a los 30". Alcanzaron 125% de la basal, 85% a los 30" y 100% a los 60".

Diabéticos Asintomáticos: alcanzan la basal 38% a los 15", 58% a los 30", 97% a los 60". Alcanzan el 125% de la basal 26% a los 30", 58% a los 60". E.A.O.C.: alcanzan la basal 14% a los 15", 33% a los 30", 91% a los 60". Alcanzan el 125% de la basal el 22% a los 30" y el 63% a los 60".

Comentarios: el anterior estudio analítico observacional demostró estadísticamente diferencias en la respuesta Hiperémica de los pacientes diabéticos asintomáticos. Dicha observación comparable por grupos de edad e independiente de la duración de la Diabetes sugiere una disfunción en la respuesta del endotelio vascular diabético. Si dicha disfunción es susceptible de control metabólico y/o es factor de riesgo en las complicaciones futuras del pie diabético, son interrogantes que se plantean para futuros trabajos prospectivos.

94

HIPOTIROIDISMO PRIMARIO COMO CAUSA DE PUBERTAD PRECOZ Y HIPERPLASIA HIPOFISIARIA

Acosta MT, Ortiz T, Espinosa E.
Servicios de Neurología Infantil y Endocrinología Infantil
Hospital Militar Central. Santafé de Bogotá, Colombia

OBJETIVOS: Describir las características clínicas, neuroradiológicas y endocrinológicas de la hiperplasia hipofisiaria secundaria a hipotiroidismo primario como causa de pubertad precoz, su presentación ocasional merece importantes consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

MATERIALES Y METODOS: Escolar femenino de 6 años y 10 meses, que consulta por presentar desde los 5 años vello axilar y púbico, sangrado vaginal a los 6 años y 9 meses. Antecedentes: negativos. Examen físico: Talla P<3, Peso P3-25 Perímetro cefálico P3, Tanner A2M4P2, piel seca craquelada, valoración oftalmológica normal. Rx de Silla Turca, aumento del tamaño. Carpograma: Edad ósea para 3 años. TSH>40 mUI/lt, LH 14.3 UI/lt, FSH 4.5 UI/lt, Estradiol 66.7 pmol/lt, T4<12.4 nmol/lt, PRL >4000 mUI/lt, Test de Clonidina: HGH basal 11.1 mUI/lt, 60 min 23.9 mUI/lt, 90 min 24.2 mUI/lt y test de LH-RH que confirman pubertad precoz verdadera, Escanografía Cerebral simple: Aumento de la hipófisis hasta región suprasellar, vascularización homogénea sin presencia de calcificaciones. Gammagrafía de Tiroides: Tiroides hipoplásico. Se hace Dx de Hipotiroidismo primario por hipoplasia tiroidea, pubertad precoz verdadera secundaria a hiperplasia hipofisiaria.

RESULTADOS: Se inicia tratamiento de suplencia con L-tiroxina. 4 meses después, el crecimiento fue de 5 cms, desaparece telarquia en un 90% y normalización de los valores de pruebas endocrinas. Al año de seguimiento Tanner A2M2P2, talla P3, Peso P50-75, Escanografía cerebral: normal. Evolución satisfactoria con remisión de su cuadro de pubertad precoz, recuperación rata de crecimiento, desaparición de los signos de hipotiroidismo.

CONCLUSIONES: La falla primaria de un órgano endocrino, puede ocasionar hiperplasia hipofisiaria, ocasionando un cuadro clínico que puede ser fácilmente confundido con lesiones tumorales de la hipófisis, la consideraciones de diagnóstico, tratamiento y pronóstico hacen necesario considerarlo dentro del diagnóstico diferencial.

93

NODULO TIROIDEO, REVISION DE 130 CASOS.

Rojas W., Kattah W., Archila P., Niño A.J.
Servicios de Endocrinología y Patología Hospital de San José, Universidad del Rosario Facultad de Medicina.

Se presenta una revisión de nódulos tiroideos en el Servicio de Endocrinología del Hospital de San José durante un período de 5 años y solo se incluyen en esta 130 pacientes a quienes se les practicó citología tiroidea con aguja fina y también fueron llevados a cirugía. El 89 % de los casos se encontraron en mujeres y la edad promedio fue de 45 años con una mayor incidencia en el grupo etario comprendido entre los 40 y 49 años. El 58% correspondió a patología benigna, 53% bocio, 3.5% adenoma folicular y 1.5% a tiroiditis de Hashimoto. La patología maligna (42%) tuvo la siguiente distribución: carcinoma papilar 30.7%, carcinoma medular 0.7%, carcinoma anaplásico 1.5%, carcinoma folicular 1.5%, lesión oncótica 7.6%. Al correlacionar los hallazgos de citología con los hallazgos de patología quirúrgica se encontró una sensibilidad de la citología del 87.5%, una especificidad del 89%, un valor predictivo positivo del 85% y un valor predictivo negativo del 90%. Se concluye que la citología aspirativa de tiroides es una técnica lo suficientemente sensible y específica para detectar lesiones malignas en nódulos tiroideos y que se convierte en el examen de primera elección para su estudio.

95

TRANSLOCACION ROBERTSONIANA 14q,15q E INADECUADO DESARROLLO OVARICO

Bernal M, Delgado E. - Departamento Medicina Interna, Facultad de Salud, Instituto de Genética Humana - Cali, Colombia.

Se ha descrito una alta incidencia de translocaciones Robertsonianas, especialmente entre los cromosomas 13 y 14 y entre 14 y 21, menos frecuente la 14-15.

Algunas de ellas se han asociado a aborto habitual e infertilidad, sin saberse cómo los causan.

Se detectó un caso de translocación Robertsoniana a través de la búsqueda etiológica de la amenorrea primaria en una paciente de 18-9/12 años. El estudio citogenético por cultivo de leucocitos y análisis cromosómico por bandas G mostró una translocación 14q,15q con complemento cromosómico sexual XX.

La paciente tiene talla 1.62, envergadura de 1.74, sin especiales alteraciones fenotípicas y dermatoglifos normales. Tiene excelente desarrollo mamario y vello púbico normal. Refirió adecuado rendimiento escolar. Se comprobó por ecografía y laparoscopia, ovarios rudimentarios, además no funcionales, por el marcado aumento de FSH, LH. Las otras hormonas hipofisarias estuvieron normales. El grupo familiar está constituido por un hermano 46 XY y una hermana con la misma translocación 45 XX, t (14q,15q) de la paciente. La hermana de 24 años, fenotípicamente normal, tuvo, por el contrario, su menarca a los 12 años y su historia menstrual es normal.

El análisis de tres generaciones previas no reveló historia clara de abortos, mortinatos, amenorrea, infertilidad o fenotipias.

Consideramos interesante y fuente de posteriores estudios el hallazgo, en una misma paciente, de gónadas rudimentarias y translocación Robertsoniana 14q,15q.