

EXTRACTOS

**PAPEL DE LA HORMONA ANTIDIURETICA
EN EL CONTROL DEL UTERO
MENSTRUAL HUMANO**

*Cobo, Cifuentes, R.,
Villamizar, M.*

Departamento de Obstetricia y Ginecología.
División de Salud. Universidad del Valle, Cali,
Colombia.

En 27 mujeres normales, solicitaron la inserción de un dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU) a la Consulta Externa del HUV, se obtuvo aceptación voluntaria para estudiar las actividades uterina y antidiurética e inducir una diuresis acuosa y durante la menstruación y en las 2 a 3 horas previas a la inserción del DIU. La diuresis acuosa, obtenida administrando sobrecargas de agua por vía oral e intravenosa (20 ml/Kg de peso corporal) produjo una inhibición simultánea de la alta contractibilidad del útero menstrual y de la actividad antidiurética. Este efecto se comunica por primera vez a la literatura médica.

Estos resultados, así como los de otros estudios preliminares que discutimos en este artículo, refuerzan claramente la hipótesis que plantea la participación de la vasopresina u hormona antidiurética (ADH), en la regulación de la elevada contractibilidad uterina característica de la menstruación. (*Am J Obstet Gynecol* 132: 313-319, 1978).

**HIPERTIROIDISMO ASOCIADO A
EMBARAZO**

Jácome A.

Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá.

Se hace una revisión de las alteraciones tiroideas fisiológicas que se presentan durante el embarazo y de la fisiopatología, cuando hay un hipertiroidismo asociado. Entonces, el leve cuadro "pseudo-hipertiroideo" del embarazo normal se transforma en algo más acentuado que pone en peligro la salud del feto principalmente. También se revisa la incidencia bastante baja de esta asociación y se discuten los diversos aspectos del manejo. Se presenta una casuística de 10 años que comprende 3 madres con enfermedad de Graves y 4 embarazos. Durante ese lapso de tiempo hubo 22.275 nacimientos en el Hospital Universitario San Ignacio, que incluyen 382 mortinatos. Nuestra pequeña experiencia nos deja la impresión de que para reducir la morbimortalidad fetal al mínimo es necesario utilizar el tratamiento escogido, cualquiera (antitiroideos con o sin triyodotironina, betabloqueadores), en forma continua y durante la mayor parte del embarazo. La organización de un gran estudio cooperativo de tipo prospectivo que se realiza actualmente en los Estados Unidos dará resultados que traerán más luz a este problema. (*Vniv. Med.* 20:147-154, 1978).

**APOPLEJIA HIPOFISIARIA EN UN
JOVEN CON GIGANTOACROMEGALIA
E HIPOGONADISMO**

Jácome A.

Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá.

Se presenta el caso de un paciente de 17 años con signos clínicos y radiológicos de un tumor hipofisario en expansión, el cual se asociaba con un cuadro de gigantismo y acromegalia e hipogonadismo, con sintomatología presente desde los 12 años; estatura: 1.89 mts. El tumor sangró

súbitamente, dando signos de pérdida de agudeza visual en ojo izquierdo, comprensión del tercer par e hipertensión endocraneana, compatibles con el diagnóstico de apoplejía hipofisaria. Recibió radioterapia desapareciendo luego sus alteraciones neurológicas y visuales. Este caso es único en la literatura por sus características especiales y complicaciones, y es el quinto paciente informado con giganto-acromegalia en la niñez o adolescencia. (Enviado para publicación a Vni. Med. Aparecerá en el Vol. 21, No. 1, 1979).

SINDROME ADRENOGENITAL DEL ADULTO HALLAZGOS EN UNA PACIENTE CON UN GRAN ADENOMA SUPRARRENAL VIRILIZANTE

Jácome A., Matuk A.

Departamento de Medicina Interna y Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá.

Se informa el caso de un paciente de 27 años que presentaba una historia de virilización (amenorrea, hirsutismo, hipertrofia del clítoris, atrofia de los senos, cambios en la voz, sin cambios en las actitudes femeninas), de 3 años de evolución. Los 17-cetosteroides basales estaban aumentados unas veinte veces lo normal (176.2 mg en 24 horas). Los 17-hidroxycorticosteroides fueron normales y suprimieron adecuadamente, haciéndonos pensar en el normal funcionamiento de la suprarrenal contralateral, demostrándonos que este era un caso de hiperandrogenismo puro. El tumor se visualizó radiológicamente por retroneumoperitoneo y aortografía retrógrada, con la ayuda de una gammagrafía hepática. Las arteriografías hepáticas y renal selectivas mostraron la ausencia de compromiso de estos órganos.

La extirpación del tumor se hizo por laparatomía y toracotomía combinadas, y todos los signos y síntomas desaparecieron post-operativamente, con normalización de los 17-cetosteroides (4.8 mg. en 24 horas).

Este cuadro de normalidad se mantenía dos años después. (Vniv. Med. 20: 196-201, 1978).

PROBLEMAS DIAGNOSTICOS DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Ramirez J., Jácome A.

Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá.

El hiperparatiroidismo primario es una enfermedad poco frecuente. En el Hospital San Ignacio de Bogotá hemos tenido dos casos en los últimos diez años, los cuales presentaron dificultades diagnósticas.

La primera paciente de 49 años, nos fue remitida como posible diabetes insípida, sobre la base de poliuria, polidipsia y glicemias normales de dos años de evolución, ésta se descartó. Por otro lado había hipercalcemia e hipofosfatemia. Las alteraciones renales consistieron en hipercalcemia nefrocalcinosis, infección del tracto urinario e insuficiencia renal, pero respondió a las pruebas de acidificación y concentración urinarias; las óseas fueron desmineralizadas y reabsorción subperióstica. La segunda paciente de 45 años se presentó con infección del tracto urinario, astenia y dolores óseos. Su estudio mostró osteolíticos en cráneo, costillas e ilíacos plantearon la posibilidad de mieloma múltiple, éste se descartó por mielograma y electroforesis, mientras que la biopsia de la región costal mostró tumor pardo. La hipercalcemia como en la primera paciente no suprimió con la administración de cortisona, se encontró también nefrocalcinosis e insuficiencia renal; las lesiones óseas empeoraron llegando a fractura patológica de fémur.

En cada caso se extirpó adenoma paratiroides con remisión de la enfermedad. (Enviado para publicación al Acta. Med. Col.).

MANEJO DEL COMA CETO-ACIDOTICO CON MICRODOSIS DE INSULINA EN PERFUSION CONTINUA, USO DE UNA BURETA PARA ASEGURAR LA CANTIDAD PERFUNDIDA DE INSULINA

*Niño-Angel, A. W., Delgado-López, F.,
Ucrós-Cuellar A.*

Hospital San José; Servicio de Endocrinología, Facultad de Medicina del Rosario. Bogotá, Colombia.

Se tomaron comas ceto-acidóticos, hiperosmolares y estado hiperglicémicos precomatosos en individuos de cualquier edad y sexo. A más de las precauciones de rutina en estos estados, se les perfundió insulina cristalina a razón de 5

unidades por hora en microgoteo de solución salina, usando la bureta que se describe. Se evaluaron signos vitales, glicemia, cetonuria y electrolitos.

Se discute la utilidad y el costo del método propuesto. (Enviada para publicación a Trib. Méd. Col.).