

Discusión

Dr. Gaitán:

Ahora vamos a proceder al período de preguntas, hay 2, dirigidas al Dr. Erazo. La primera es la siguiente:

En la literatura existen casos con trombosis periférica después o durante el uso de estas drogas, puede comentar respecto a éste aspecto?

Doctor Erazo: — En realidad hay numerosos trabajos (no puedo recordar el autor en este momento) donde se indica que los anovulatorios orales sí producen trombosis periférica. Pero en algunos estudios epidemiológicos actuales el porcentaje de trombosis periférica con anovulatorios y sin anovulatorios es mas o menos igual.

Doctor Gaitán: — Existen estudios de Gonadotrofinas durante y después del tratamiento con anovulatorios?

Si hay cambios en las Gonadotrofinas, existen estudios de la Hipófisis?

Doctor Erazo: — Bueno, yo no soy el mas indicado, pues aquí tenemos eminentes endocrinólogos, pero de algunos trabajos que he leído, y algunos que presentaron en Chile el año pasado, por ejemplo con el uso de la Clormadinona un progestágeno nuevo, la Gonadotropina eran normales, es decir normales o ligeramente bajas.

Con otro tipo de anovulatorios por ejemplo el tipo Ginovlar a dosis fraccionadas se encontraron títulos de gonadotropinas bajas o ausentes; de modo que la elevación o la baja o la ausencia de gonadotropinas es variable de acuerdo al compuesto químico esteroideo.

No se, si hay alguna otra opinión de los endocrinólogos.

Doctor Gaitán: — Doctor Del Corral nos quisiera aclarar un poquito más?

Doctor Del Corral: — Es decir, realmente la única Progesterona que hasta el momento parece ser inhibidora de ovulación es la Provera la 6-Alfa Metil-17 Alfa-hidroxi-Progesterona. Las otras progesteronas incluyendo la Clormadiadona una nueva de Ayerst que está para salir, al mismo Enovid no producen inhibición pituitaria; tanto que se discute hoy en día que si realmente a éstas drogas deben llamarse anovuladoras, por que se ha demostrado que si hay ovulación; de manera tal que el mecanismo mediante el cual no hay embarazo parece distinto: factor Tubario, factor Endometrial, y factor intrínseco del Ovario y no propiamente por una inhibición de tipo ovulatorio, de modo que la palabra de Anovulación probablemente en ellos va a ser descartada.

Doctor Gaitán: — La otra pregunta es al Doctor López Escobar.

Doctor López: — Ustedes saben que con cualquiera de estos compuestos es muy difícil la demostración de anovulación por biopsia endometrial porque ellos produ-

cen cambios, con curvas de temperatura porque la mayoría de ellas, excepto los 2 con Halógenos, son termogénicos.

De manera que la única forma real de determinar si hay Ovulación o no es por determinaciones de Pregnandiól. Se ha demostrado que la frecuencia, el porcentaje de ovulación era diferente de acuerdo con dosis y con productos.

Ahora bien, yo creo cuando se discute el problema de inhibición pituitaria y los diferentes hallazgos de acuerdo con los diferentes autores, haya que pensar en que las dosificaciones que se hacen hoy día de Gonadotropinas son demasiado burdas y cogen el conjunto total y no la determinación de Luteotrofina que es la que parece ser realmente inhibida, en el uso de diferentes animales de experimentación y en los diferentes compuestos.

Parece que si hay estudios de hipófisis en mujeres que murieron accidentalmente y que estaban tomando anovulatorios pero son sumamente escasos.

Doctor Gaitán: — Otra pregunta para el Doctor López Escobar.

En el futuro será posible además del Control de la Natalidad, provocar embarazos yatrogénicos, con pre.determinación del sexo? y controlar este?

Doctor López: — Ustedes recuerdan que existe un investigador que desde hace tiempo ha venido insistiendo en que los espermatozoides se dividen en 2 grupos:

Un grupo que es el grupo pequeño sumamente activo, pero de una vida corta y un grupo que es un grupo de cabeza un poco más grande menos, activo, pero de una vida un poco más larga.

Las experiencias publicadas en Nature por primera vez, mostraban en animales que un grupo de estos espermatozoides llevaba un cromosoma X, y el otro llevaba el cromosoma Y.

De tal manera que de acuerdo con estas experiencias pudiera ser posible hacer, y estoy elucubrando, un sedimento de los espermatozoides y separar el grupo que es masculino, y el grupo que es femenino; primer punto de posibilidad.

Segundo punto: la idea en la teoría existe de que las concepciones hechas en el momento Ovulatorio son mucho más frecuente de hombres que de mujeres. Ustedes saben que en general se producen más mujeres que hombres, y se dice que es porque el grupo de espermatozoides es mucho más labil y debe haber actuado en el momento ovulatorio. Hay gente que insiste en la teoría de que, cuando la mujer concibe en el momento ovulatorio, concibe más hombres que cuando concibe fuera del momento ovulatorio, que concibe más mujeres.

Dr. Gaitán: — Otra pregunta para el Dr. López Escobar es:

Qué se sabe acerca de los efectos Anovulatorios de la Reserpina?

Dr. López: — La Reserpina se supone que inhibe la Hipófisis o por lo menos sus síntesis, quizás ustedes recuerdan que fue con un grupo de compuestos de Reserpina que se empezó a estudiar aquella acción Galactereica que se produce en muchas mujeres.

De tal manera que se han discutido casos de Galactorrea, aún sin Amenorrea. La iniciación Uds., recuerdan que fue con aquel Síndrome de Amenorrea con

Galactorrea; se han escrito luego casos de Galactorrea con Sepasol o Reserpinas en general.

De tal manera que parece que si hay una acción en aumento de Prolactina. Entonces al parecer que la Reserpina aumenta la Prolactina, la cual traería una inhibición de ovulación en la misma forma que lo hace la lactancia en general, y eso es lo que se ha estudiado al respecto, pero acción anovulatoria ciento por ciento no está descrita como se sugiere.

Dr. Gaitán: — En realidad no es mucho lo que se sabe de eso, se conoce evidentemente que la Reserpina altera los núcleos hipotalámicos no solo en la supresión de Gonadotrofinas, si no también de otros compuestos como puede ser el A.C.T.H., la hormona Tiro estimulante; el mecanismo por el cual actúan no es conocido.

Tiene una serie de acciones. Aún la misma hiperglicemia, parece que pudiera ser en parte debido a una acción hipotalámica, pero en realidad no creo que sea mucho lo que se sabe de eso.

Una pregunta para el Dr. Velasco M. dice:

Puede el autor comentar sobre las pruebas hepáticas en pacientes embarazadas sin anovulatorios?, las pruebas no deben ser normales necesariamente durante todo el embarazo?

Dr. Velasco: — Por parte nuestra sencillamente podemos mencionar que todas las pacientes que tenemos, son púerperas y solamente a aquellas se les han tomado pruebas de función hepática antes de la terapéutica y después de la terapéutica.

Dr. Gaitán: — Otra pregunta para el Dr. Velasco es:

El tratamiento con Estrógenos, aumenta la Yodo-Proteinemia, las proteínas transportadoras de tiroxina.

Es verdad también con las drogas Anovulatoras?

Dr. Velasco: — Dentro del programa de investigación nuestro, en realidad no llegamos hasta allá; digamos dentro de las pacientes que tenemos en control.

Dr. López: — En el artículo de la Revista está comentado en cuanto al hecho de que si hay un aumento de Yodoproteinemia en la mayoría de los pacientes sin que haya aumento de función tiroidea, y respecto al embarazo los autores británicos precisamente sugieren, porque ellos han encontrado que en el primer trimestre del embarazo hay cambios en las pruebas de función hepática, si no será que estos cambios de función hepática son relacionados precisamente con el nuevo estado de embarazo es decir la adaptación de un individuo a un nuevo estado hormonal diferente?

Dr. Gaitán: — Una última pregunta para el Dr. Velasco.

Qué traduce el descanso constante en los valores observados?

Dr. Velasco: — En las pruebas de función Hepática encontramos algunas que se mantuvieron dentro de los mismos límites; y en otras un descenso. Ya habíamos

mencionado en el programa que en algunas el descenso se explica lógicamente, después que ha pasado el primer mes, en el cual todavía la mujer se encuentra influenciada por el estado de Gravidéz Puerperal.

Dr. Ramírez: — En relación a ese descenso constante de que habla el interrogador únicamente pudo ser anotado en cuanto a la Fostafaza Alcamina se refiere. Se sabe que los valores de fostafaza Alcanina durante el último trimestre del embarazo suben en forma Fisiológica.

Estas muestras se tomaron durante el primer mes del Puerperio; y, evidentemente estas mujeres tenían valores similares a los del último trimestre de su embarazo.

En los controles lógicamente la mayoría de estos valores habían descendido.

9.45. — PREGUNTAS.

Dr. Gaitán: — Todos procedemos para seguir a las preguntas que alguien tenga. Tengo una pregunta para el Dr. Callejas:

Ustedes esperaban encontrar este mismo tipo de Anomalías en Cretinos, de zonas endémicas donde hay deficiencia de Yodo o sólo en pacientes en cuyo cretinismo se debe a, una deficiencia congénita de Tiroides o a Dishormogenesis?

Dr. Callejas: — Yo creo que tendríamos que considerar que hay dos grupos de Cretinos. Un grupo de Cretinos que es, el grupo de Cretinos esporádicos que acontece en zonas que no son endémicas y el grupo de Cretinos endémicos cuya aparición se hace paralelamente a la Endemia de Bocio.

Son estos Cretinos los que escogimos para hacer el estudio. De manera que, son individuos que han vivido en zona bociosa, son cretinos endémicos, y ellos tienen un Metabolismo yódico o una función Tiroidiana que coresponde más que todo a la función existente en todos los individuos de la zona, es decir no hay una diferencia marcada entre la función Tiroidiana del Cretino y su vecino no Cretino.

Dr. Gaitán: — No hay duda de que hay una serie de Cretinos cuyas condiciones morfológicas se deben a un proceso congénico, enzimático de la glándula Tiroides. Y el otro Cretinismo, como existe actualmente en las montañas de Ecuador; que parece estar directamente relacionado con una deficiencia muy alta de Yodo, y que se presenta en el embarazo.

Entonces la pregunta que tengo es:

Ustedes creen que esta deficiencia de Yodo podría causar detenciones Cromosómicas de este orden o simplemente se podría encontrar en estos sujetos como una consecuencia?

Dr. Callejas: — Creo que sí podrían ser consecuencias; aunque sin pruebas pues no se han hecho estudios sobre la madres deficientes en Yodo.

Dr. Reyes Leal: — Estos cretinos, exactamente los que estaba presentando el Dr. Callejas, tienen todos un estudio completo de la función Tiroidea; e incluye más un Electroencefalograma, Carpogramas, Yodo Proteinemias, Colesteroles, Captaciones de Yodo.

Todo este trabajo está coleccionado, y, la función Tiroidea grosso modo en estas personas, es normal.

Dr. Gaitán: — Bueno, esto aclara el punto de vista de la función Tiroidea; pero no, aclara la etiología del Cretinismo. Y la pregunta mía es en este sentido: Que esperaríamos encontrar en un área donde el cretinismo es debido a la deficiencia de Yodo?

Dr. Callejas: — Precisamente quería responder al Dr. Gaitán.

Beierwaltes también hizo un experimento sobre Tiroides de rata, manteniéndolas en una dieta pobre en Yodo que desarrolló en ellas bocio. Poco a poco se produjo una hiperplasia tiroidiana e hizo igualmente cultivos de células tiroidianas y observó la aparición de células con anomalías del estilo de las que acabo de decir.

Luego uno sí puede pensar que la deficiencia de Yodo tenga alguna influencia sobre el desarrollo de las anomalías en los cariotipos que acabamos de ver.

Naturalmente esto no está probado en humanos pero puede ser una hipótesis de trabajo.

Dr. Gaitán: — Es muy interesante por que las otras lesiones que se presentan acompañando la deficiencia de Yodo como son las parálisis y signos de degeneración asumen a veces semejanzas muy grandes con enfermedades de tipo génico, y es interesante ver que una deficiencia de Yodo en el momento del desarrollo pudiera estar acompañada de lesiones cromosómicas.

Dr. Otero: — Creo que aunque se encontrara alteración del cariotipo y se demostrara la deficiencia de Yodo, sería muy difícil establecer una relación de causalidad, porque hay miles de factores que pueden estar influenciando en la población cromosómica.

Dr. Gaitán: — Hay dos preguntas para el Dr. Del Corral una dice:

En que se basa para decir que las células que producen A.C.T.H. son las mismas que producen gonadotrofinas?

Dr. Del Corral: — Lo que se cree generalmente en Hipófisis, es que las células Basófilas producen tanto hormonas gonadotrópicas como A.C.T.H.

Dr. Gaitán: — Yo creo que cada día es mas aparente que la morfología, no está de acuerdo con el tipo de producción Hormonal, aún más está demostrado que células que morfológicamente son de tipo Cromofobo pueden producir cantidades de la misma A.C.T.H. que encontramos normalmente. Eso sucede en el síndrome de Nelson después de adrenalectomía.

De modo que yo no daría mucho valor actualmente a las ideas de hace unos 10 años de que había una correlación morfológica entre estructura celular a microscopía de luz y producción hormonal, tal vez con microscopía electrónica pueden encontrarse algunas diferencias, y a eso se debe la nueva clasificación de células de Hipófisis.

Dr. Reyes: — Hay algo interesante en el trabajo del Dr. Del Corral con S. U. Nos habla del Test de Reserva Pituitaria pero el Test de Reserva Pituitaria en el sentido de Gonadotrofinas.

Entonces lo que yo me pregunto por que realmente no lo se, y tal vez el Dr. López Escobar si lo sabe; es si esto no actúa simplemente por bloqueo de la

11-beta-Hidroxilasa en la síntesis de Estrógenos, entonces habrá una estimulación de F.S.H. que se podía medir.

Dr. López: — Estoy de acuerdo con el Dr. Reyes y más aún con el Dr. Gaitán sobre morfología de células Pituitarias, que está mandado a recoger.

Dr. Gaitán: — Según entiendo la idea fundamental del Dr. Del Corral era ver si, existiendo un problema de secreción de Gonadotrofinas, podía encontrar un problema de secreción de cualquier otra hormona trófica, que le indicara un poco mejor el grado de defecto funcional Hipofisario. Y pensó que el test de Reserva Pituitaria es uno de los más prácticos ya que po podía medir hormona de crecimiento u otras.

Hay otra pregunta que se dice para el Dr. Del Corral:

Liddle daba el A.C.T.H. después del S.U 4-85 para chequear que la respuesta negativa, no fuera relacionada con insuficiencia Adrenal. Me parece más lógico en éste caso usar el A.C.T.H. antes.

Qué piensa usted?

Dr. Del Corral: — Yo creo que el A.C.T.H. se puede usar indistintamente antes o después, lo importante es determinar, la posibilidad de respuesta de la glándula.

Lo que se trata es de demostrar si realmente el test negativo, corresponde a una insuficiencia Adrenal, o si lo es a un problema Pituitario.

Dr. Sánchez: — El Dr. Reyes Leal, me ha comisionado para pedirels a todos los asistentes a la reunión que dejen sus trabajos escritos en la secretaría de la Sociedad en manos del Dr. Almanzar.

Entonce dándole las gracias al Comité Organizador local Dr. Jaime López Ruiz, Flavio Granados, Jaime Rivera, y todos los Payaneses por habernos alojado tan espléndidamente, cerramos la sesión y les decimos hasta luego.