**ASOCIACIÓN
COSTARRICENSE
DE ENDOCRINOLOGÍA**

POLITICAS DE ATENCION AL DIABETICO EN COSTA RICA

**DR. ERIC MORA M., DR. JULIO PRADO J.
ENF. MARTA GRANT**

El Comité de Educación al Paciente Diabético y a su grupo familiar, dependiente de la Comisión de Endocrinología de la CCSS, así como la Comisión Nacional de Diabetes, basados en la experiencia adquirida desde la década del 60 en el tratamiento del paciente diabético, con fundamento en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud así como de la Federación Internacional de Diabetes y la Asociación Latinoamericana de Diabetes, se han fijado los siguientes objetivos: 1) fortalecimiento de las labores de educación al paciente diabético y a su familia, 2) Formación de personal a nivel de post grado coordinado por el CENDEISS y la Universidad de Costa Rica, 3) Programas de educación continua para todo el personal en ciencias médicas, con énfasis en los aspectos preventivos y de atención primaria, 4) Programa nacional de investigación en D.M. bajo el patrocinio de la Universidad de Costa Rica, Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, con el objeto de estudiar los aspectos clínicos y de salud pública más importantes para mejorar la calidad de la atención al diabético como investigación aplicada a la salud.

La labor anterior se lleva a cabo mediante la coordinación del trabajo de especialistas en diabetes: médicos y enfermeras, trabajadores sociales, educadores en salud, nutricionistas, psicólogos, especialistas en medios de comunicación colectiva, etc., en la parte correspondiente a educación, y el mismo personal más los especialistas en microbiología química clínica, farmacia, biología, sociología, antropología, epidemiología, etc., en lo correspondiente a investigación, utilizando toda la infraestructura del sistema nacional de salud y la Universidad de Costa Rica. Se comentan los detalles de lo anterior, la importancia de la planificación en salud en la atención de enfermedades crónicas, las labores a desarrollar en los diferentes niveles de atención médica y la cooperación internacional de instituciones oficiales y particulares.

TECNOLOGIA EDUCATIVA APLICADA A LOS PROGRAMAS DE CONTROL Y PREVENCION DE LA DIABETES MELLITUS EN COSTA RICA

**COMITE NACIONAL DE EDUCACION AL
PACIENTE DIABETICO
DR. JULIO PRADO, COORDINADOR**

Se presenta el desarrollo de una estructura de tecnología educativa para la educación al paciente diabético, su grupo familiar y la población en general en Costa Rica.

Consiste en el diseño de un componente de comunicación social mediante el desarrollo de aplicación de diferentes estrategias, con énfasis en los medios de comunicación colectiva, prensa escrita, radio y televisión y la aplicación de instrumentos para facilitar la educación audiovisual de los pacientes diabéticos y sus familias en clínicas y hospitales de todo el país.

El material educativo, producido e implementado en los servicios de atención médica de la C.C.S.S. está compuesto por los siguientes productos finales:

- a)– Módulo de instrucción audiovisual No. 1: "Generalidades de la Diabetes Mellitus".
- b)– Módulo de instrucción audiovisual No. 2: "Importancia de la dieta en el paciente diabético".
- c)– Módulo de instrucción audiovisual No. 3: "Dietas de 900, 1200 y 1500 calorías".
- d)– Folleto ilustrado sobre Generalidades de la Diabetes Mellitus.
- e) Serie de microprogramas radiofónicos de tres minutos para emisión en radiodifusoras de cobertura nacional.
- f)– Serie de cuñas de televisión para difundir en canales de cobertura nacional.
- g)– Estructuración de un plan de requerimiento para pacientes diabéticos a nivel domiciliario.

**PROGRAMA DE ATENCION
DOMICILIARIA PARA
PACIENTES DIABETICOS**

COMITE NACIONAL DE EDUCACION AL
PACIENTE DIABETICO
DR. JULIO PRADO, COORDINADOR

El Comité Nacional de Educación al Paciente Diabético y su grupo familiar, que funge como rector nacional de las políticas nacionales de educación al paciente diabético, ha elaborado un programa para implementar la atención del paciente diabético en Costa Rica.

El mismo comprende la atención del paciente desde que se hace el diagnóstico, se le instaura el tratamiento y se le imparte instrucción dietética y sobre su enfermedad, hasta completar con un seguimiento frecuente a nivel domiciliario que se llevará a cargo por el equipo de salud con el fin de asegurarnos que el paciente cumple con las indicaciones médicas y enseñanzas recibidas en el sistema de instrucción, y de esa manera ayudar o facilitar el cumplimiento de las mismas.

Se propone un plan que utiliza los recursos existentes a través de una coordinación C.C.S.S., Ministerio de Salud.

**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE
88 PACIENTES DIABETICOS DE LA
CLINICA MARCIAL FALLAS**

DRA. SONIA NUÑEZ NUÑEZ, DR. ERIC MORA
DR. JULIO PRADO J. ENF. MARTA GRANT

Se presentan los resultados del estudio epidemiológico de 88 pacientes de la consulta externa de la Clínica Marcial Fallas, realizado en 1984, con el objeto de analizar los principales aspectos epidemiológicos que intervienen en la respuesta a su tratamiento, según la política del Comité de Educación al Diabético de conocer en forma integral los factores que determinan en consulta externa y a domicilio, el buen o mal tratamiento de los pacientes diabéticos en la Caja Costarricense de Seguro Social.

El 90^o/o de los pacientes correspondieron al sexo femenino y el 10^o/o al masculino, de los cuales el 44^o/o vive en el distrito central de Desamparados y el resto en porcentajes similares distribuidos en todo el cantón. Llama la atención que 23 de 88 pacientes no tienen ningún grado de escolaridad, sólo 19 completaron sus estudios de enseñanza primaria, 5 de ellos con educación secundaria incompleta, y únicamente 5 con educación superior. La ocupación de la mayoría (72 mujeres) fue "ama de casa", condicionado probablemente por ser casi toda la población estudiada del sexo femenino. En 78 casos, el diagnóstico fue hecho en hospitales, 3 en centros de salud del Ministerio de Salud, 6 en consulta particular y sólo un caso en campañas de detección; la mayor parte de los enfermos diabéticos iniciaron su enfermedad en la cuarta década de la vida, con una presentación mayor entre los 40 y 60 años de edad. 35 de ellos tuvieron una D.M. de cinco años de evolución, 21 de 10 años y 14 de 15 años. Nueve tenían más de 15 años de padecer diabetes. Hubo antecedentes familiares diabéticos en 54 de 88 (61^o/o). 64 observaron un tratamiento regular (72^o/o) y 24 (28^o/o) irregular. Tratados únicamente con dieta 9 (10^o/o), dieta más hipoglucemiantes 58 (66^o/o), dieta más insulina 20 (23^o/o). Un caso no observó ningún tratamiento. De los pacientes con insulina, 14 (70^o/o) no relataron problemas en su aplicación sb. 52 pacientes (59^o/o) no hacían dieta adecuada. 57 (64^o/o) habían recibido instrucción sobre D.M. Se discuten los factores sociales, económicos, culturales y educativos que determinan los datos anteriores, se analizan otros parámetros y se insiste en la educación al diabético.

**COMPLICACIONES CRONICAS DE LA
DIABETES MELLITUS EN CIEN
PACIENTES DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

DR. EDUARDO RODRIGUEZ CALDERA
DRA. MARIA MARCELA CESPEDES MORINIGO
DR. FERNANDO VINOCOUR GRANADOS

Estudiamos las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus en una muestra de cien pacientes diabéticos de más de diez años de evolución de su enfermedad. Ochenta y nueve eran diabéticos tipo II. La serie fue recogida de los diferentes salones de las secciones de Medicina, Cirugía, Ginecoobstetricia y Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios.

Analizamos la frecuencia de las mismas teniendo en cuenta el seguimiento del tratamiento de parte del paciente, conocedores de que su abandono favorece la precocidad de la aparición de estas complicaciones.

Revisamos básicamente la presencia de retinopatía, nefropatía y neuropatía diabética. Los pacientes seleccionados fueron examinados dos veces al año por el Servicio de Oftalmología para análisis del fondo de ojo. Fueron sometidos a exámenes rutinarios de orina, nitrógeno ureico, creatinina y proteinuria de veinticuatro horas para análisis de su función renal. Además fueron rigurosamente controlados por el Servicio de Neurología.

Consideramos que, salvo excepciones, un seguimiento estricto del tratamiento retrasa la aparición de estas complicaciones. Como dato de interés señalamos que no observamos mayor diferencia en pacientes tratados con hipoglicemiantes orales de los pacientes tratados con insulina.

**INFARTO DEL MIOCARDIO Y DIABETES
MELLITUS EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DEL
HOSPITAL CALDERON GUARDIA**

DR. C. SANCHEZ ACOSTA, DR. E. MORA
MORALES, DR. J. PRADO J., DR. B. MORA MORA
DR. L.C. RAMIREZ Z.

Se analizan 269 pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Calderón Guardia con el diagnóstico de Infarto Agudo del Miocardio; 51 pacientes eran portadores de Diabetes Mellitus (18.95 %). La edad promedio de los pacientes no diabéticos fue de 65.4 años con un rango de 36 a 95 y en los pacientes diabéticos de 65.6 años con un rango de 44 a 83. En los pacientes no diabéticos 170 fueron del sexo masculino (77.98 %) y 48 del sexo femenino (22.01 %).

En los pacientes diabéticos 29 fueron del sexo masculino (56.8 %) y 22 del sexo femenino (42.2 %). La estancia promedio de los pacientes no diabéticos fue de 4.24 días y en los pacientes diabéticos fue de 4.73 días. En la población no diabética 47 pacientes tenían Hipertensión Arterial (21.55 %). En la población diabética 21 pacientes tenían Hipertensión Arterial (41.17 %). Del total de la población estudiada 68 pacientes eran hipertensos y 51 diabéticos.

La Hipertensión Arterial fue la enfermedad crónica mas frecuente, siguiéndole la Diabetes Mellitus.

La clasificación según Killip y Kymbal de los infartos fue similar en los dos grupos:

I-58.5 % II-22 % III-5.5 % IV-13.72 %

Igualmente la localización de los infartos fue similar en los dos grupos:

1.- inferior	35 %
2.- inferoposterior	7 %
3.- anteroseptal	25.49 %
4.- lateral	2 %
5.- anterolateral	15 %

DINAMICA DE LA ACCION INSULINICA

DR. J.F. MATA SEGREDA (U.C.R.); DR. E. MORA M., DR. E. FERNANDEZ AZOFEIFA (Hosp. C.G.)

La práctica de la clínica clásica conduce a procedimientos de diagnóstico cualitativos (e.g.: un sujeto está enfermo o no).

Muchas patologías endocrinas son susceptibles a diagnóstico cuantitativo, que podría conducir a mejores regímenes terapéuticos. El diagnóstico cuantitativo de la Diabetes Mellitus tipo II, puede hacerse a partir del análisis matemático de la rama descendente en la curva de tolerancia a la glucosa oral.

Mata Segrega et al (1983) demostraron que para tiempos mayores a la aparición del máximo en la glucemia, la recuperación del nivel forma de la glucosa sanguínea puede ser descrita por la ecuación diferencial:

$$-d(\text{Glc})/dt = K_T (\text{Glc})$$

Donde: (Glc) es la glucemia, en el instante t. Se deduce que el significado fisiológico de K_T es la fracción de descenso en la glucemia por minuto, hacia la recuperación del valor basal; o sea, que mide la eficiencia hipoglucemiante insulínica, durante la secreción de la segunda fase.

Los citados autores encontraron en niños normales el valor de $K_T = (4,1 \pm 0,9) \times 10^{-3} \text{ min}^{-1}$. El valor promedio obtenido en adultos hasta el momento de escribir este resumen no es significativamente diferente al encontrado en niños ($p < 0,005$).

La determinación de k_T en cada caso de estudio permite cuantificar cuán alejado se está del ámbito normal de valores, determinado según una distribución de Student entre $2,3 \times 10^{-3}$ y $5,9 \times 10^{-3}$, ($p < 0,10$). Casos concretos serán discutidos para ilustración.

PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO II Y SCLEREDEMA ADULTORUM ATIPICA

DR. LUIS CARLOS RAMIREZ ZAMORA,

Se presenta un paciente masculino, obeso, de 60 años de edad, con Diabetes Mellitus tipo II de 15 años de evolución y 9 años de aplicarse insulina NPH. Es portador de Retinopatía proliferativa en tratamiento con fotocoagulación y tiene proteinuria persistente.

Hace 10 años presenta imposibilidad de extender las manos, debido a una fibrosis palmar bilateral. El paciente no reconoce como antecedente ninguna infección viral o bacteriana que pudiese haber desencadenado el proceso.

Hace 5 años se asoció fibrosis de menor intensidad en las plantas de los pies. Debido a estas lesiones, el paciente se encuentra incapacitado para trabajar.

Hace 1 año el paciente presenta disfagia a sólidos no progresiva. Tiene un esofagograma que mostró estenosis del tercio proximal del esófago.

El paciente no presenta fibrosis ni induración de la piel en los sitios clásicos de la Esclerosis Sistémica Progresiva.

La fibrosis palmar es una entidad descrita en los pacientes con D.M. tipo I que han tenido un mal control metabólico. Se llama Cheiartropatía. La lesión se debe a depósito de glycosaminoglycans e hiperplasia del colágeno.

Por otra parte, la Scleredema Adultorum es también un cuadro de fibrosis, debida a la misma causa cuando se presenta en pacientes diabéticos. Los pacientes con Scleredema Adultorum típico presentan la fibrosis en el cuello, hombros y brazos.

Lo interesante de nuestro caso es que la distribución de las lesiones no es típica de Scleredema Adultorum sino que semeja las lesiones de la Cheiartropatía de la D.M. tipo I.

Esta rara complicación de la D.M. es una muestra más del carácter sistémico y multiforme de la enfermedad.

**AUTOMONITOREO CON HAEMO-
GLUKOTEST 20-800 EN DIABETICOS
TIPO I**

DR. O. GEI G.; DR. C. UGALDE M.;
DR. M. PONCHER L.; DR. C. CORDERO C.;
DR. LEONEL CALVO J.

Desde los primeros reportes en 1978 (Danowski, Ikeda, Skyler, Sonksen, Walford), se ha demostrado que el Automonitoreo es factible, práctico, aceptado por los pacientes, y que puede mejorar el control diabético. En diabéticos tipo I es el "único" método satisfactorio para mantener las glicemias blanco y de gran utilidad en un programa de educación diabética integral, para valorar el impacto de la dieta, insulina y ejercicio.

Gracias a una generosa donación de la Casa Boehringer Mannheim GMBH, se inició Automonitoreo en 10 pacientes en octubre de 1983, todos diabéticos tipo I, 7 de sexo femenino y 3 de sexo masculino, de edad promedio de 28 años (rango 17-38). Se utilizó valoración continua de glicemias AD, AA, AC y 10 pm. cada 4 días y diaria aislada, alternando y PRN caso de problemas. Se determinó la HbA1c cada 4-6 semanas.

Se valoran las glicemias promedio del 3-X-83 al 28-XI-83, del 29-XI- al 26-XII-83 y del 1-I-84 al 31-V-84 y las HbA1c periódicas. Se demuestra pobre control con dosis única o doble de NPH en estos pacientes y la necesidad de usar esquema mixto, con insulina simple y NPH, AD y AC. Tres de las pacientes quedaron embarazadas durante el estudio, reforzando su indicación de Automonitoreo.

**BOMBAS DE INFUSION DE INSULINA
DURANTE EL PARTO EN
DIABETICAS EMBARAZADAS**

DR. O. GEI G., DRA. J. JIMENEZ T.

Avances recientes en diabetología, perinatología y neonatología han reducido la mortalidad perinatal en madres diabéticas de 11-32 ‰ a menos de un 5 ‰. Entre los responsables de esta mejora se destacan el mejor control metabólico de la diabética embarazada, pruebas para determinar el estado de la función feto-placentaria evitando intervenciones tempranas innecesarias y la asistencia neonatológica del producto de riesgo elevado.

El uso de infusión continua de insulina con microgoteros o bombas de infusión permite, a través del monitoreo frecuente de la glicemia materna, mantener valores de glicemia durante la labor entre 100 y 140 mg ‰, obviando los problemas de descompensación materna e hipoglicemia neonatal.

Presentamos 6 casos de diabéticas tipo I embarazadas, de edad promedio 22.6 años (rango 16-28 años), con evolución promedio de su enfermedad de 10.8 años (rango 8-13 años). Utilizamos bombas de cuerda para jeringas de 20 c.c. Handley I.V. Injector, previo conocimiento de los requerimientos individuales de insulina. Las dosis de insulina oscilaron entre 1 1/2 y 3 1/2 Us/hora y las glicemias promedio entre 110 y 148 mg ‰. No se presentó mortalidad ni hipoglicemia neonatal. Un recién nacido de 32 semanas presentó bronconeumonía por aspiración. Un niño fue catalogado como G.E.G.; 4 partos fueron por cesárea y 2 por vía vaginal.

EVALUACION DEL EFECTO DEL ACIDO ACETIL-SALICILICO EN EL CONTROL DIABETICO

**DR. E. FERNANDEZ AZOFEIFA;
DRA. X. MADRIGAL MENDEZ
DR. J.F. MATA SEGREDA**

Se ha propuesto que la acción acetilante de la aspirina podría proteger al paciente diabético de los cambios bioquímicos producidos por un estado crónico de hiperglucemia y que conducen a la microangiopatía.

Por otro lado, las prostaglandinas tipo E (PGE) inhiben la secreción de insulina estimulada por la Glc en la primera fase. De esta manera, la pobre respuesta pancreática de los pacientes diabéticos tipo II, se vería también mejorada por la acción inhibidora de la aspirina sobre la síntesis de PGE.

Un grupo de 30 pacientes diabéticos están siendo tratados con 3 gr. de aspirina diarios, divididos en tres dosis equivalentes (además del agente gluco-regulador).

Los reajustes en los requerimientos de insulina en algunos sujetos son realmente notables, habiéndose reducido las dosis en cifras de hasta 50-75 %/o. Estos resultados y los relativos a la integridad estructural y funcional de vasos sanguíneos, serán discutidos.

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO CON DOSIS FIJAS DE INSULINA CRISTALINA, SOBRE LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES EN CIEN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

**DR. EDUARDO RODRIGUEZ CALDERA,
DR. NICOLAS MOJARRO MEDINA,
DR. FERNANDO VINOCOUR GRANADOS**

Se revisan cien casos de pacientes diabéticos, tomados al azar, de los diferentes salones de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios. La característica común en todos ellos era el hallarse sometidos a stress.

Se analizan cincuenta pacientes tratados con dosis fijas de insulina cristalina y otro bloque de cincuenta pacientes tratados convencionalmente con insulina N.P.H. Los pacientes tratados con dosis fijas de insulina simple la recibieron subcutáneamente cada seis horas: a las cinco a.m., once a.m., cinco p.m., y once p.m., por considerar que era el horario más apropiado de acuerdo a las horas de la alimentación en nuestro hospital.

Se comparan las grandes ventajas obtenidas con las dosis fijas de insulina cristalina como son: rapidez en la compensación del paciente quirúrgico, mejores niveles de glicemia, requerimientos menores de insulina en veinticuatro horas y su fácil manejo durante el pre, trans y post operatorio. También observamos que los casos de hipoglicemia presentados por algunos pacientes fueron menores, así como la severidad de la misma.

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN UNA CLÍNICA PERIFÉRICA DE LA CCSS. OROTINA, ALAJUELA – 1981

DR. LUIS CARLOS RAMIREZ ZAMORA, DR.
BAUDILIO MORA, DR. RODRIGO FERNANDEZ
ALPIZAR, DR. MAX BARRANTES B., DR. G. SOTO
DR. ERIC MORA

Presentamos a continuación la primera experiencia sobre el tratamiento en grupo de pacientes obesos en Costa Rica, dentro de las estructuras de atención médica de la C.C.S.S.

Se organizó un grupo de 51 pacientes del sexo femenino adscritas a la Consulta Externa de la Clínica de la CCSS en Orotina, Alajuela.

Las pacientes acudieron a la invitación que se les formuló para recibir instrucción dietética a efecto de iniciar un programa controlado de reducción de peso, con énfasis en el cambio de sus hábitos alimentarios y en la necesidad de asistir a una cita quincenal con el médico para controlar el peso y el cumplimiento del programa dietético.

Se les prescribió una dieta de 1200 calorías, preparada con alimentos al alcance de las pacientes.

Las edades estuvieron en el rango de los 11 a los 62 años, con un promedio de 33 años. La obesidad se clasificó en grados I, II y III de acuerdo al grado de sobrepeso, y se utilizó la tabla de Keys y cols.

6 pacientes, es decir, el 11.75 %/o, tenían obesidad grado I (de 10 a 25 %/o más del peso ideal).

22 pacientes, a saber el 43.13 %/o tenían obesidad grado II (entre el 25 %/o y el 40 %/o más del peso ideal).

23 pacientes, es decir, el 45 %/o, tenían obesidad grado III (más del 40 %/o del peso ideal).

Se realizaron pruebas funcionales tiroideas en todas las pacientes, no demostrándose en ninguna de ellas patología funcional tiroidea.

Igualmente se descartó por examen físico cualquier otra causa endocrinológica que estuviese produciendo la obesidad.

19 pacientes, el 37.25 %/o, presentaron cifras de colesterol y triglicéridos compatibles con Enfermedad Lipogénica.

El peso promedio perdido al término de tres meses que duró el programa fue de 5.36 kilos (11.79 lbs).

Se retiraron del programa 13 pacientes, lo que significó una deserción del 25 %/o. Como dato de sumo interés médico, las pacientes volvieron a pesarse un mes después de terminado el programa y el 85 %/o de las pacientes habían continuado perdiendo peso, y en ningún caso se logró evidenciar ganancia de peso.

PRUEBAS DE TAMIZAJE EN PACIENTES CON SOSPECHA CLÍNICA DE SÍNDROME DE CUSHING

DRA. SONIA CERDAS, DR. F. BERMUDEZ,
DRA. JUANITA YOCK.

Se analiza un grupo de 18 pacientes: 4 hombres y 14 mujeres que por sospecha clínica de Síndrome de Cushing fueron sometidos a uno de tres protocolos como prueba de tamizaje:

- 1.— Cortisoluria de 24 horas.
- 2.— Cortisolemia a las 8 a.m. antes y después de la administración de 1 mg. de dexametasona por vía oral a las 11 p.m.
- 3.— Combinación de 1 y 2.

Sólo 2 mujeres demostraron ser portadoras de hiperadrenocorticismos: una ya hipofisectomizada y la otra en espera de cirugía en este momento.

Se analizan los resultados y se concluye:

- a) Que el índice sospecha clínica es mucho mayor que la prevalencia de la patología buscada (2/18).
- b) La cortisoluria parece ser mejor discriminador que la frenación, ya que la paciente operada originalmente frenó con el protocolo No. 1.
- c) El uso del protocolo N. 3 probablemente no está justificado como prueba de tamizaje.

TEST DE SUPRESION CON DEXAMETASONA

DR. MANUEL TRIMIÑO VASQUEZ,
DR. MANUEL VICENTE UGALDE

Sobre la base de múltiples estudios y experiencias con el test de supresión con dexametasona, a nivel de la literatura mundial, se realiza dicha prueba en 12 pacientes portadores de depresión endógena y 9 pacientes con otros diagnósticos.

Los pacientes fueron evaluados según los criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor con melancolía del D.S. M. III y la prueba se realizó siguiendo la metodología utilizada por B.J. Carroll, con el propósito de validar esta prueba en nuestro medio.

Los resultados obtenidos de una sensibilidad del 50 % y una especificidad del 89 %, son comparables con las obtenidas en otras experiencias, bajo condiciones similares, mostrando esto que en nuestro medio es posible realizar dicha prueba, la cual sirve como un método de laboratorio diagnóstico, además de ser una guía en el tratamiento y pronóstico de pacientes con depresión endógena.

ENFERMEDAD DE CUSHING: EXPERIENCIA DE 12 CASOS

DR. O. GEI G.; DR. J. PRATT G.; DR. S. CERDAS
P.DR. C. CORDERO C.; DR. M. PONCHNER L.;
DR. G. MEJIA P.; DR. H. CHACON CH.;
DR. M. MONTERO G.

Presentamos 12 pacientes, 10 femeninos y 2 masculinos, con edad promedio de 33 años (rango 16–50). Los pacientes masculinos tuvieron diagnóstico de ingreso de déficit estatural (el caso más joven del grupo) y acromegalia. 7/10 femeninas tenían antecedentes de D.M. y HTA.

Los síntomas principales fueron aumento de peso, obesidad centrípeta, miopatía proximal, alteraciones mentales, polis, hirsutismo, alteraciones menstruales y equimosis fáciles.

Al E.F. en orden decreciente de frecuencia: obesidad centrípeta, adiposidad retrocervical, HTA, facies de luna llena e hirsutismo. El ritmo circadiano fue patológico en todos los casos; el cortisol basal > 100 ugr/24 horas. La Metopirona positiva en 8 casos e indiferentes en 3. Los tests de Dexametasona positivos en 10 y parciales en una paciente. Esta última fue adrenalectomizada, como también el masculino de 16 años con retraso estatural. Otra femenina sufrió inicialmente adrenalectomía unilateral derecha por hematoma iatrogénico y luego adrenalectomía contralateral. Ambas han tenido sendos embarazos y partos normales, post-cirugía. Los otros pacientes tuvieron cirugía hipofisiaria como tratamiento primario.

**SINDROME DE CUSHING POR
HIPERPLASIA MULTINODULAR DE
SUPRARRENALES: EXPERIENCIA
DE 4 CASOS**

DR. O. GEI G.; DR. J. PRATT G.; DR. C. CORDERO
C.; DR. M. PONCHNER L.; DR. G. MEJIA P.;
H. CHACON CH.; DR. M. MONTERO G.

Presentamos 4 pacientes femeninas de edad promedio 31.5 años (rango 12-47). En todas se sospechó Síndrome de Cushing al ingreso. Una paciente tenía DM y HTA de 9 y 7 años de evolución. Otra seguía control privado por depresión severa.

Los síntomas principales fueron: aumento de peso, obesidad centrípeta (4/4), miopatía proximal, edemas, amenorrea o hipo-oligomenorrea (3/4).

Al E.F. obesidad centrípeta (4/4), facies de luna llena, hirsutismo, edema de miembros inferiores, piel delgada, fina (3/4), edema conjuntival y equimosis (2/4).

Dinámicas hormonales con Test de Mitopirona claramente negativo y Dexametasona negativa o controversial.

La adrenalectomía bilateral obtuvo glándulas nodulares entre 11 y 17 gramos. La paciente No. 1 recibió cobaltoterapia de silla turca, 1 año post-adrenalectomía y se ha depigmentado. La paciente No. 2, 11 meses post-cirugía, mostró anomalías selares confirmadas por TAC. No se ha pigmentado, está euglicémica y en buen estado general.

La paciente No. 3 se pigmentó, con estudios radiológicos normales hasta dos y medio años post-adrenalectomía, cuando se documentó mínimo agrandamiento selar por TAC.

Luego disminuye espontáneamente la pigmentación y el ACTH es de < 25 uUI/ml (normal).

La paciente No. 4, de 12 años, ha disminuido 4 Kg de peso en 2 meses y reiniciado su crecimiento estatural.

**SINDROME DE CUSHING POR DISPLASIA
NODULAR DE SUPRARRENALES O
SINDROME DE MEADOR:
EXPERIENCIA DE UN CASO**

DR. O. GEI G.; DR. J. PRATT G.;
DR. C. CORDERO C.; DR. M. PONCHER L.;
DR. G. MEJIA P., DR. H. CHACON CH.
DR. M. MONTERO G.

El Síndrome de Cushing sigue siendo uno de los mayores desafíos diagnósticos para el Endocrinólogo, especialmente la displasia nodular o Síndrome de Meador, donde la dinámica hormonal puede ser particularmente difícil de interpretar, como bien lo ilustra el presente caso.

La paciente, femenina de 31 años, inició con edemas, redistribución de la grasa corporal, amenorrea, miopatía proximal, poliuria, polidipsia, leve hirsutismo, miopatía severa e hiperpigmentación de pliegues y areolar. El ritmo circadiano fue claramente anormal, el Test de metopirona positivo y el Test de dexametasona controversial. La silla turca por radiología convencional y tomografía balonada y la agresividad del cuadro, inclinaron a hipofisectomía T.E., obteniéndose histología hipofisiaria normal. El hipercortisolismo persistente, confirmado con cateterización selectiva, nos decidió hacia adrenalectomía bilateral.

Pese a mínima respuesta post-hipofisectomía de la HGH al estímulo hipoglicémico (que mejoró posteriormente), la paciente ha persistido eutiroidea y con sangrados menstruales regulares. En la evolución se sospechó recidiva funcional en lecho de suprarrenal derecha, que desapareció posteriormente a dolor severo en región lumbar homolateral.

Se muestran los hallazgos histológicos, patognómicos y se discute la etiopatogenia de esta patología excepcional.

SINDROME DE CUSHING POR CARCINOMA SUPRARRENAL: EXPERIENCIA DE 3 CASOS

DR. O. GEI GUARDIA; DR. J. PRATT G.;
DR. C. CORDERO C.; DR. M. PONCHNER L.;
DR. G. MEJIA P.; DR. H. CHACON CH.
DR. M. MONTERO G.

Se presentan 3 casos de carcinoma suprarrenal, dos de sexo femenino de 21 y 71 años y uno masculino de 54 años. El diagnóstico de ingreso se sospechó en dos de los pacientes. Los síntomas principales fueron miopatía proximal, equimosis fáciles, edemas y obesidad centrípeta. A destacar una lumbalgia por colapso vertebral en el paciente masculino.

Al E.F. todos presentaron obesidad centrípeta, edema conjuntival (signo que destacamos), HTA (promedio de diastólicas de 110 mm Hg), equimosis y piel delgada, fina. En la paciente senil el diagnóstico fue sugerido por una alcalosis hipokalémica persistente; presentó una Strongyloidiasis diseminada y el diagnóstico fue confirmado por nefrotomografía, arteriografía y biopsia de nódulo supraclavicular izquierdo. Los otros dos pacientes fueron adrenalectomizados y los adenocarcinomas pesaron 149,5 y 228 gramos. Los tres carcinomas fueron izquierdos. La paciente de 21 años fue tratada post-adrenalectomía con op-DDD (Lysodren). La sobrevida osciló entre 2 1/2 y 28 1/2 meses.

Se discuten las dinámicas hormonales; se muestran los hallazgos histológicos y se comenta el tratamiento de esta patología.

SINDROME DE NELSON. PRESENTACION DE DOS CASOS

DR. PRADO, J.; DR. MORA, E.;
DR. MORA, B.; DR. FERNANDEZ, J.

Se presentan dos casos de tumores hipofisarios post adrenalectomía, con pigmentación cutánea, que son atendidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital Calderón Guardia.

Ambos pacientes, una de sexo femenino y otro de sexo masculino, tuvieron síndrome de Cushing, sin evidencia clínica ni radiológica de tumor hipofisario

al momento de efectuar la adrenalectomía. Dos y cuatro años después de la operación, se señala pigmentación cutánea progresiva, y cuatro y quince años después aparecen signos radiológicos de crecimiento de silla turca. En el caso del paciente de sexo masculino se le practicó hipofisectomía encontrándose tumor basófilo. El caso de la paciente femenina recientemente hizo cuadro de cefalea intensa y visión borrosa que cedió en tres días.

Ambos pacientes han evolucionado hacia la despigmentación cutánea y se mantienen con terapia hormonal sustitutiva.

PSEUDOQUISTE DE LA GLANDULA SUPRARRENAL: REPORTE DE UN CASO Y REVISION DE LA LITERATURA

DR. CLAUDIO ORLICH CASTELAN,
DR. CLAUDIO ORLICH CARRANZA
DR. RICARDO SLON H. DR. ALVARO ORTIZ O.

Resumen: Se reporta el caso de una paciente femenina de 52 años de edad que se presentó a consulta por dolor lumbar derecho asociado a síntomas digestivos vagos, con el antecedente de un accidente de tránsito en el pasado y varios partos aparentemente normales. El estudio clínico mostró una masa adrenal derecha calcificada que fue extirpada y el patólogo reportó un pseudoquiste de la glándula suprarrenal. Es importante diferenciar los tumores malignos de la suprarrenal y a pesar de los métodos diagnósticos más modernos, como la tomografía axial computarizada, se recomienda en general la exploración quirúrgica para el diagnóstico exacto. Se revisa la literatura, encontrando que es una lesión muy rara y se describen los posibles factores etiológicos.

ESTUDIO DE SECRECIÓN DE INSULINA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPOGLICEMIA REACTIVA E INSULINOMA

**DR. PABLO MORA MORA; DRA. MILAGROS
MUÑOZ VIVAS; DR. BAUDILIO MORA MORA;
DR. CARLOS CASTILLO MORALES;
DR. ERIC MORA MORALES**

Se estudió la dinámica de la secreción de insulina en 20 pacientes, en los cuales se había planteado previamente el diagnóstico de hipoglicemia reactiva o para descartar insulinoma; 16 (80%) de los sujetos estudiados correspondían al sexo femenino y 4 (20%) al sexo masculino. Los ámbitos de edad de los pacientes estudiados oscilaban entre la segunda y sexta décadas de la vida.

Además de un resumen completo de la presentación clínica, se detallan los valores de glicemia e insulinemia.

Se presentarán casos específicos de hipoglicemia reactiva e insulinoma, para la comparación en presentación clínica y resultados de laboratorio.

INSULINOMA: PRESENTACION CLINICA Y PRUEBAS DIAGNOSTICAS EN 4 CASOS CONSECUTIVOS

**DR. PONCHNER L.; DR. O. GEI G.;
DR. C. CORDERO C.; DR. J. PRATT G.;
DR. J. ARCE V.**

Presentamos 4 casos consecutivos de insulinoma estudiados entre 1980 y 1983 en el Hospital México. Todos eran de sexo masculino, con edad promedio de 39 años, (rango 23 a 67 años). La duración de síntomas de hipoglicemia antes de efectuado el diagnóstico, varió entre 6 meses y 14 años (mediana 7 meses). La sintomatología más frecuente fue coma en 3; debilidad, mareo y somnolencia en 2 y convulsiones tipo Gran Mal en 2 casos. Todos presentaban hipoglicemia sintomática en ayunas y 2 adicionalmente en otros momentos del día. Durante su internamiento, 3 experimentaron hipoglicemia espontánea durante el día o después de ayuno nocturno. Sólo un caso requirió ayuno de 17 horas para inducir hipoglicemia. Todos cumplieron la tríada de Whipple. Las glicemias en ayunas fueron $\leq$ a 30 mgr % (rango 10 a 30 mgr %), mediana 18 mgr %. La insulina sérica coincidente con hipoglicemia varió entre 23.2 y 154.0 uU/ml, promedio 60.9 uU/ml, mediana 33.3 uU/ml. (por encima del valor normal aceptado de 6 a 7 uU/ml). La relación insulina sérica en uU/ml y glucosa en mgr %, tuvo un rango de 0.9 a 15.4, promedio 4.7, mediana 1.2 (mayor que el valor excluyente de insulinoma: 0.3). Todos los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente, con comprobación histológica del tumor. Sólo en un caso se ubicó preoperatoriamente el tumor mediante T.A.C.

El diagnóstico de insulinoma en nuestro medio descansa en la demostración de niveles de glicemia bajos, coincidentes con síntomas de hipoglicemia y niveles inapropiadamente altos de insulina circulante.

**HIPOGONADISMO
HIPERAGONADOTROFICO MASCULINO.
REPORTE Y DISCUSION DE 9 CASOS
DE SINDROME DE KLINEFELTER**

DR. C. CORDERO C.; DR. O. GEI G.;
DR. M. PONCHNER

Se revisaron 9 casos catalogados como hipogonadismo hipergonadotrófico masculino, del Servicio de Endocrinología del Hospital México de la Caja Costarricense de Seguro Social, tomando en cuenta que los pacientes tuvieron cariograma reportado como 47 xxy y cromatina sexual (+). En estos 9 casos el estudio fenotípico fue completo.

Se tomaron en cuenta: edad del paciente, talla, peso, distribución de segmentos somáticos. Características como vello facial, púbico y axilar. Tamaño del pene, testículos, voz, ginecomastia, líbido y relaciones sexuales.

Se relacionó capacidad intelectual y física de los pacientes con escolaridad y actividad a que se dedica y la edad actual del paciente.

Los parámetros de laboratorio que se estudiaron fueron: LH en 6 pacientes, FSH en 6 pacientes, 17-oxos 4 pacientes; Estradiol 3 pacientes; testosterona en 7 pacientes, estudio tiroideo en 2 pacientes y espermatograma en todos ellos.

Biopsia de testículos se realizó en 6 pacientes y finalmente se da información sobre terapéutica empleada y los resultados obtenidos.

**DISGENESIA GONADAL NO
TIPO TURNER
REPORTE Y DISCUSION DE LOS
PRINCIPALES HALLAZGOS EN 6 CASOS**

DR. C. CORDERO C.; DR. O. GEI G.;
DR. M. PONCHNER

Se estudiaron 6 pacientes entre 18 y 27 años de edad, que consultaron por amenorrea primaria y esterilidad (2 de ellas solteras y 4 casadas). Cuatro fueron clasificadas como Clomifén (-), progesterona (-) y dos amenorreas primarias, (sin menarca).

En las 6 se encontraron caracteres secundarios poco desarrollados, con desarrollo mamario normal en 4, uno parcial y otra nula; en todas pezón y areola- prepúber. Cinco pacientes respondieron a la terapia secuencial con sangrado vaginal.

Los 6 casos mostraron hipergonadotrofismo, 3 casos con prueba de LRH y 2 casos con determinaciones LH y FSH basales. (Para LH las variaciones fueron de: 43.4-170 mUI/ml. y para FSH: 92-160 MUI/ml).

En todas, T3-T4 y 17-oxos fueron normales, el ITT para HGH se realizó en 3 casos, demostrándose reserva hipofisiaria normal.

Por laparoscopia se describieron en todos los casos, ovarios sustituidos por cintillas atróficas, o por ovarios rudimentarios. En 2 casos se realizó ooforectomía.

En todos los casos la cromatina sexual fue positiva en más de un 32 0/o y en 5 casos el cariograma fue normal.

SINDROME DE SILLA TURCA VACIA Y RINORARRAQUIA SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

**DR. ROBERTO CHAVERRI SOTO;
DRA. SILVIA URBINA ORTEGA**

La asociación de Silla Turca vacía y Rinorraquia fue primero reportada por Ommaya en 1968 y desde entonces pocos casos han sido reportados.

Nosotros estamos reportando un caso diagnosticado y manejado en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia con la colaboración de los Servicios de Endocrinología, ORL y Medicina Nuclear de nuestro Hospital y el Servicio de Tomografía Computarizada del Hospital México.

Analizamos el expediente clínico de un paciente femenino de 41 años con cefalea y rinorraquia espontánea de 1 año de evolución, en la cual encontramos una Silla Turca grande en Rayos-X de cráneo simple que corroboramos con una Tomografía convencional. La Tomografía Computarizada demostró una Silla Turca vacía y un tránsito Isotópico confirmó la presencia de una fístula de LCR a través del piso de la Silla Turca. La fístula fue resuelta por medio de un abordaje transesfenoidal. Reportamos también la evaluación endocrinológica pre y post-operatoria.

Se revisa el diagnóstico de estas patologías asociadas y se discuten las posibilidades de tratamiento.

ANALISIS DE LA PRESENCIA DE TSH ELEVADO EN PACIENTES CON INDICES DE TIROXINA LIBRE NORMALES

**DR. F. BERMUDEZ C., DRA. JUANITA YOCK,
DRA. SONIA CERDAS
DR. LUIS CARLOS RAMIREZ**

Se revisaron 5903 determinaciones de TSH por RIA del Hospital San Juan de Dios y se encontraron 90 casos de TSH elevados por encima de 10 uU/ml concomitantemente con índices de tiroxina libre (ETR o FTI) dentro de límites normales para nuestro laboratorio.

70 casos correspondían a mujeres y 20 a hombres, con edades promedio de 44.4 años, con un rango de un día a 73 años.

Los diagnósticos clínicos fueron:

Hipotiroidismo en 55
Hipertiroidismo en 22
Trastornos menstruales en 3
Depresión en 1
Adenoma hipofisiario en 1
Eutiroidismo en 1
o consignado en 7.

Se analizan los casos individualmente, encontrándose como causas: Hipotiroidismo temprano secundario a tiroides crónicas, hipertiroidismos tratados, tratamientos insuficientes de hipotiroidismo, cirugía tiroidea previa, errores de diagnóstico clínico y casos no precisados.

VALOR COMPLEMENTARIO DE LOS EXAMENES DE GABINETE EN LA VALORACION DE NODULOS TIROIDEOS

DR. RICARDO SLON HITTI
DR. FRANCISCO BERMUDEZ CORDERO

Con el objeto de determinar la utilidad de la centellografía y del ultrasonido en la evaluación de bocios nodulares, se revisó la anatomía patológica de aquellos pacientes, que contando con los estudios antes mencionados, fueron sometidos a tiroidectomía en el Hospital San Juan de Dios, de enero a diciembre de 1983. Del total de 238 tiroidectomías, se seleccionaron 72 que cumplían los requisitos.

Se comparan los hallazgos de la clínica y de los métodos mencionados, encontrándose que el uso combinado de estos últimos supera a la clínica y a cada uno de ellos por separado, en la detección de nódulos tiroideos.

CITOLOGIA Y BIOPSIAS CON AGUJA DEL NODULO TIROIDEO FRIO: CORRELACION CON LA BIOPSIA QUIRURGICA

DR. PEÑA, F.; DR. PRADO, J.,
DR. HERNANDEZ, M.; DR. MORA, W.

Con el objeto de determinar la sensibilidad y la especificidad de la citología y biopsia con aguja en casos de nódulo frío tiroideo único, se estudiaron 188 pacientes, que en forma consecutiva se presentaron a la Consulta del Servicio de Endocrinología del Hospital Calderón Guardia con dicho diagnóstico determinado gamagráficamente. El estudio se realizó desde el mes de junio de 1979 hasta diciembre de 1983.

El protocolo incluyó una historia clínica detallada, determinación por RIA de T4, T3, FTI o T4N, TSH y anticuerpos antiteroglobulina y antimicrosomias, y radiografía de partes blandas de cuello. Presentación de todos los casos en Clínica de Tiroides con la participación de endocrinólogos, cirujanos y especialistas en medicina nuclear; todos los pacientes fueron enviados a cirugía. Completaron los requisitos del estudio 126 pacientes. 113 mujeres y 13 hombres con edades que oscilan entre los 11 y 72 años con un promedio de edad de 38 años.

La sensibilidad se definió como la probabilidad de que una prueba está positiva cuando la enfermedad está presente y se define matemáticamente:

$$\text{sens} = \frac{\text{v.p.}}{\text{v.p.} + \text{f. n.}}$$

La especificidad se definió como la probabilidad de que una prueba sea negativa cuando no existe enfermedad y se expresa matemáticamente:

$$\frac{\text{v.n.}}{\text{v.n.} + \text{f.p.}}$$

V.P.: Verdadero Positivo
V.N.: Verdadero Negativo
F.P.: Falso Positivo
F.N.: Falso Negativo

Para la citología, la sensibilidad fue de 0.5 y la especificidad fue de 0.98. Para la biopsia por aguja, la especificidad fue de 0.97; no se pudo determinar la sensibilidad para la biopsia en el grupo de pacientes estudiados.

EXOFTALMOPATIA TIROTOXICA: ANALISIS DE 10 CASOS

**DR. EDUARDO RODRIGUEZ CALDERA,
DRA. MARJORIE HARLEY MASIS,
DR. FERNANDO VINOCOUR GRANADOS**

Se analizan diez casos de pacientes portadores de exoftalmopatía tirotóxica estudiados en la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios. Los pacientes fueron remitidos del Servicio de Oftalmología a nuestra consulta presentando la mayoría exoftalmos unilateral.

Se descartó la presencia de hipertiroidismo mediante el uso del Test de TRH y/o de la prueba de supresión de Werner sabiendo que algunos casos responden indistintamente a una u otra. Se corroboró el diagnóstico oftalmológico con tomografía axial computarizada de órbitas y ultrasonido de las mismas para medición del grosor de los músculos oculares y de la grasa retroorbitaria.

Los pacientes fueron sometidos a tratamiento con esteroides. Utilizamos dosis de sesenta miligramos de prednisona por día durante ocho días, disminuyendo luego gradualmente la dosis a razón de diez miligramos por semana. En algunos casos se logró remisión completa y en otros hubo mejoría notable. La eficacia del tratamiento se analizó de nuevo por ultrasonido.

IMPORTANCIA DE LA TAC EN EL DIAGNOSTICO DE PROPTOSIS UNILATERAL CON PATOLOGIA TIROIDEA ASOCIADA

**DR. S. CERDAS P.; DR. O. GEI G.;
DR. G. CURLING; DR. C. CABEZAS C.,
DR. C. CORDERO; DR. M. PONCHNER**

Se presentan dos pacientes (25 y 47 años, femeninas) que acudieron a la consulta de Endocrinología con historia de tres meses de evolución de proptosis unilateral. Se les documentó bocio difuso pequeño eutiroideo, anticuerpos anti-microsomas positivos (1:6400), anticuerpos anti-tiroglobulina negativos, talmometría O.D. 15 mm. O.I. 20 mm. en una de ellas y O.D. 21 mm. y O.I. 15 mm. en la otra.

Se plantearon las siguientes posibilidades diagnósticas: exoftalmopatía de Graves eutiroidea, tiroiditis de Hashimoto y masa retroorbitaria.

Las radiografías de cráneo y de órbitas y el test de TRH para TSH fueron normales. La TAC evidenció en ambos casos una tumoración intraorbitaria.

Las dos pacientes fueron sometidas exitosamente a tratamiento neuroquirúrgico, encontrándose en una de ellas un hemangioma cavernoso y en la otra un colesteatoma de órbita.

La evolución post-operatoria ha sido completamente satisfactoria con exoftalmometrías de control de 16 mm. en ambos ojos en las dos pacientes.

Estos dos casos ilustran la importancia de descartar patología tumoral intraorbitaria en todo paciente con proptosis a pesar de que la clínica y el laboratorio sugieran exoftalmopatía de etiología tiroidea. En este sentido, la TAC es un recurso diagnóstico de gran utilidad.

**CANCER DE TIROIDES
PRESENTACION DE 48 CASOS
CLINICA DE TIROIDES
HOSPITAL CALDERON GUARDIA**

DR. RODRIGUEZ, J.L., MADRIGAL, S.,
DR. PRADO J., DR. MORA, E.

En el presente trabajo se analizan diferentes aspectos en 48 pacientes con Cáncer de Tiroides, que han sido atendidos en la consulta externa del Servicio de Endocrinología del Hospital Calderón Guardia en el período comprendido entre 1971 y 1983.

De los 48 pacientes el 88 % corresponden a mujeres y las edades oscilan entre los 13 y los 74 años, (promedio 39.8 años). El aumento de consistencia del nódulo, el crecimiento lento, de dolor local, y las molestias vagas en cuello fueron signos y síntomas frecuentes. Sólo en pocos casos hubo disfonía, crecimiento rápido del nódulo y/o adherencias a planos profundos. 45 de los pacientes tenían pruebas de función tiroidea normales. Hubo predominio del bocio uninodular con nódulos gamagráficamente fríos o hipocaptantes. El mayor número de pacientes tenían cáncer papilar 37, seis tenían cáncer folicular, cuatro cáncer indiferenciado y sólo hubo un caso de cáncer medular.

Uno de nuestros pacientes, con cáncer papilar, lleva 20 años de sobrevida y uno con cáncer folicular 17 años. Todos los pacientes con cáncer indiferenciado murieron antes de los cinco meses después del diagnóstico.

**HIPERTIROIDISMO EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS**

DRA. S. CERDAS P.; DR. O. GEI G.,
DR. A. GEI B.

Se revisaron 60 casos de hipertiroidismo en pacientes mayores de 60 años: 53 mujeres y 7 hombres, con una edad promedio de 67.1 años y un rango de 60 a 84 años.

Las patologías tiroideas predominantes fueron: bocio multinodular en 27 pacientes (45 %), nódulos autónomos hiperfuncionantes en 18 pacientes (30 %) y bocio difuso en 13 pacientes (21.6 %). En 2 pacientes no se detectó aumento de la glándula. Manifestaciones oculares se presentaron en 11 pacientes (18.3 %): oftalmopatía simpática en 8 y exoftalmopatía maligna en 3 pacientes.

La forma de inicio del hipertiroidismo se caracterizó principalmente por: pérdida de peso (45 %), intolerancia al calor (45 %), compromiso del estado general (36.6 %), palpitaciones (31.6 %), ICC (26.6 %), diarrea (13.3 %), fibrilación auricular (10 %), angor (8.3 %). Por otro lado, en 9 pacientes (15 %) no se presentaron síntomas de hipertiroidismo.

En los pacientes en los que se consignó el dato (61.6 %) el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue en promedio de 1.2 años, con un rango de una semana a 10 años y una mediana de 2 años. Se excluyeron de este análisis los 9 pacientes asintomáticos.

El 48.3 % de los pacientes (29) presentó hipertiroidismo por T₃. Se concluye, en base a la casuística estudiada, que el hipertiroidismo en los mayores de 60 años se caracteriza por un alto porcentaje de síntomas cardiovasculares, aparte de pérdida de peso, intolerancia al calor, etc.; patología tiroidea nodular predominante (75 %) y una gran proporción de pacientes con aumento exclusivo del T₃. Llama la atención la incidencia de exoftalmopatía infiltrativa maligna en este grupo etario en contraste con los reportes de la literatura.

TORMENTA TIROIDEA EN EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

DR. O. GEI G., DR. J. JIMENEZ T.

La asociación de hipertiroidismo y embarazo es relativamente rara (0.075 % en las series mayores). Los reportes de la asociación tormenta tiroidea y embarazo en la literatura médica son sólo aislados. Esta condición, por su elevada mortalidad, plantea problemas diagnósticos, clínicos, de laboratorio y de tratamiento muy importantes. Nuestra paciente, de 38 años, G. IV, P. III, Ab. O, con antecedente de partos eutócicos, se presentó con un cuadro de vómitos incoercibles de 15 días de evolución, a las 16 semanas de gestación.

Se trató inicialmente como una hiperemesis gravídica. Cinco días después presenta sangrado digestivo alto, catalogado como Síndrome de Mallory-Weiss. Al décimo día se describe ictericia, taquicárdica, sudorosa, con cuadro neurológico caracterizado por bradipsiquia, bradilalia, desorientación en las tres esferas, ROT hiperactivos, tendencia a la asterixis. Pulso 140 x'. T. 38, 5°C. Se plantea la posibilidad de una tormenta tiroidea versus encefalopatía por lesión hepática. La presencia de un bocio grado I-II y especialmente la onicolisis de IV dedo, nos permitió sostener el diagnóstico de hipertiroidismo y adecuar el tratamiento, con franca mejoría clínica. Las pruebas funcionales tiroideas reportadas posteriormente confirmaron el diagnóstico: T3 600 ugr % (N1=6,4-215) T4 38 ugr % (4,5-12), TRH para TSH: 0'2,5 uUI/ml 20' 2,5, 60' 2,5. A las 38 semanas la paciente presentó parto espontáneo monitorizado, con producto masculino de 3000 gramos. Apgar 9-10, sin bocio y eutiroideo.

EXPERIENCIA EN EL USO DE HIPOYODATO SÓDICO Y DEXAMETASONA EN EL MANEJO PREOPERATORIO DE PACIENTES HIPERTIROIDEOS

DR. F. BERMUDEZ C.; DRA. SONIA CERDAS;
DRA. JUANITA YOCK, DRA. LIGIA PEREZ
DR. EDUARDO RODRIGUEZ

En base a la bien conocida acción del hipoyodato sódico (Biloptin) y la dexametasona en el metabolismo de las hormonas tiroideas, se usó un Protocolo consistente en la administración de 0.5 gm. de Biloptín cada 12 horas y 2 mg. de dexametasona cada 6 horas, ambos por vía oral, en el manejo preoperatorio de 10 pacientes hipertiroideos: 4 con Enfermedad de Graves, 2 con bocios multinodulares y 2 con nódulos únicos hiperfuncionantes. Dos se excluyeron por razones que se explicarán.

Los 8 pacientes en que se basa este reporte eran 3 hombres y 5 mujeres, con una edad mediana de 39 años y un rango de 21 a 57.

Los resultados fueron que 5 pacientes normalizaron su T3 en un promedio de 4 días con un rango de 3 a 5. Un paciente no respondió. El T4 se mantuvo elevado en 4 de 8 pacientes. En los otros 4 se normalizó en un promedio de 9 días, con rango de 7 a 10. En 5 de los 7 pacientes que mostraron mejoría clínica, los signos y síntomas de hipertiroidismo desaparecieron por completo. Un paciente no respondió del todo al tratamiento. En 7 pacientes hubo disminución evidente del tamaño del bocio.

Se concluye que el Protocolo usado tiene utilidad en el manejo de estos pacientes y que si en 10 días no han respondido, probablemente no lo harán en un plazo menor del que lo harían con tiamidas.

**HIPODATO SODICO COMO
TRATAMIENTO PREPARATORIO DE
HIPERTIROIDISMO USUARIO
DE CIRUGIA**

DR. O. GEI G.; DR. S. CERDAS P.;
DR. M. V. BOLAÑOS E. DR. R. CAMPOS R.;
DR. L. GONZALEZ C.; DR. C. CORDERO C.,
DR. M. PONCHNER L.

Estudios recientes han demostrado que el Hipodato Sódico (Biloptin, Schering A.G.), es uno de los más potentes inhibidores de la producción de T3. In vivo, el Dr. Sing-Yung Wu et. col., confirmaron en pacientes con hipertiroidismo una rápida caída del T3 sérico, después de la ingesta de 3 gramos de Hipodato sódico (la usada de rutina en colecistograffas orales). Asimismo, se constata una menor y más tardía disminución del T4 sérico y un aumento importante del rT3 sérico, que podría ejercer un efecto adicional anti-T4, como también producir una ulterior inhibición de la conversión de T4 a T3.

Presentamos 10 pacientes, 7 femeninas y 3 masculinos, de edad promedio 40.9 años, (rango 15-65 años); 7 pacientes con Enfermedad de Graves (4 con exoftalmopatía infiltrativa, 1 con alergia demostrada a PTU y Metimazole, otro con antecedente de agranulocitosis por PTU y uno puberal) y 3 casos de Plummer (2 uninodulares y 1 multinodular). Todos fueron sometidos exitosamente a cirugía.

Se muestra la evolución de las pruebas hormonales y la histopatología.

**RESULTADOS ENDOCRINOLOGICOS EN
PACIENTES CON PATOLOGIA SELLAR
ABORDADOS POR VIA
TRANS-ESFENOIDAL**

DR. ROBERTO CHAVERRI SOTO, DR. BAUDILIO MORA MORA, DR. JACOBO GUZOWSKI ROSE, DRA. SILVIA URBINA ORTEGA

En el Congreso del año pasado presentamos 20 casos de tumores hipofisarios operados en el Servicio de Neurocirugía del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia. Para ese entonces no pudimos analizar los resultados endocrinológicos de todos los pacientes debido a que no contábamos con la totalidad de los resultados hormonales post-operatorios.

El objetivo de esta presentación es analizar los resultados endocrinológicos post-operatorios de 21 pacientes portadores de patología sellar, tanto tumoral como no tumoral, y abordados exclusivamente por vía transesfenoidal.

Hemos revisado los expedientes clínicos evaluando el cuadro clínico, los hallazgos radiológicos, la condición endocrinológica pre y post-operatoria y las alteraciones oftalmológicas. Además, analizamos las complicaciones trans y post-operatorias del abordaje empleado, así como también los resultados anatómo-patológicos.

Todos los pacientes fueron manejados en conjunto por los Servicios de Neurocirugía, endocrinología, ORL, Anestesia y Anatomía Patológica, así como con la valiosa colaboración de la Unidad de Cuidados Intensivos de nuestro Hospital.

TRASTORNOS HIPOFISIARIOS EN EL HOSPITAL CALDERON GUARDIA

DR. BAUDILIO MORA MORA, DR. LUIS CARLOS RAMIREZ ZAMORA, DR. ERIC MORA MORALES

Se estudiaron 56 pacientes portadores de patología hipofisiaria funcional en el Hospital Calderón Guardia en los años comprendidos entre 1978 y 1984.

48 pacientes eran portadores de Hiperprolactinemia por Prolactinomas, cinco pacientes eran portadores de Acromegalia y tres tenían Enfermedad de Cushing.

De los pacientes con Prolactinomas, 47 eran del sexo femenino, es decir, el 97.91 %.

Un varón era portador de tumor mixto productor de Prolactina y Hormona de Crecimiento.

Las edades de las pacientes con Prolactinoma estuvieron en el rango de los 17 a los 56 años, con un promedio de edad de 31.8 años.

El síntoma más frecuente fue la galactorrea que se presentó en el 77.8 % de las pacientes (37 pacientes).

La amenorrea fue el segundo síntoma más frecuente, presentándose en 33 pacientes (68.75 %).

En conjunto, la presencia de uno u otro síntoma o los dos juntos se presentaron en 42 pacientes (87.5 %).

La cefalea se presentó en 21 pacientes, lo que constituye el 43.75 %.

Se estudiaron cinco pacientes acromegálicos, todos del sexo masculino.

Los datos clínicos y de laboratorio se mostrarán en los cuadros efectuados para el efecto.

Finalmente se estudiaron tres pacientes con Enfermedad de Cushing, del sexo femenino, cuyas características se muestran en la diapositiva correspondiente.

ESTUDIO SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTO-JUVENIL

DR. OSCAR MORERA MADRIGAL
DR. ERIC MORA MORALES

INTRODUCCION: En el campo de la biología, como un universo, y, dentro de éste, para la medicina interna y, en particular, para la endocrinología, los fenómenos inherentes al crecimiento, desarrollo y maduración, son de la mayor importancia y complejidad. Por tal motivo, despiertan gran interés en el médico. El conocimiento de la normalidad de estos procesos y su patología, nos llevará a la mejor comprensión de dichos fenómenos, y a la satisfacción de detectar sus defectos, para prevenirlos y corregirlos.

MATERIAL Y METODOS: Se estudia un grupo de niños y adolescentes de 7 a 19 años de edad, de la Consulta Externa de Endocrinología del Hospital Dr. Calderón Guardia, por retraso en el crecimiento y desarrollo.

De esta presentación se excluyen los casos de baja talla por factores familiares y/o nutricionales. Se revisarán unos 15 casos, con patología variada, que incluye: cretinismo, tiroiditis de Hashimoto con hipotiroidismo, déficit de producción de hormona de crecimiento asociada a vitiligo y tiroiditis, déficit de hormona de crecimiento con cromosomopatía y déficit de hormona de crecimiento idiopática.

PROTOCOLO DE ESTUDIO:

- 1.- A.H.F.
- 2.- A.G.O.
- 3.- A.P.P.
- 4.- Nutrición
- 5.- Desarrollo psicomotriz y dentición.
- 6.- Talla, peso, antropometría
- 7.- Revisión completa por sistemas.
- 8.- Edad ósea.
- 9.- Determinación de hormona de crecimiento
- 10.- Determinación de tiroxina, tiroestimulina y anticuerpos anti-tiroides.
- 11.- Silla turca
- 12.- Cariograma y cromatina sexual
- 13.- Curva de crecimiento.

TAC EN TRAUMA CRANEO-ENCEFALICO

DR. RAFAEL ANGEL UMAÑA UMAÑA

En 1390 TAC's de cráneo realizados a pacientes adultos del Hospital San Juan de Dios, en 203 la referencia fue por trauma cráneo-encefálico y de estos, 157 mostraron lesiones (77.34 0/o) en tanto que 46 se consideraron dentro de límites normales (22.66 0/o) Los 157 enfermos con hallazgos positivos presentaron 177 lesiones catalogadas de la manera siguiente:

- 1.- Edema cerebral: 35 (22.29 0/o de 157)
- 2.- Hematoma subdural: 55 (35.03 0/o de 157)
- 3.- Hematoma epidural: 8 (5.09 0/o de 157)
- 4.- Hematoma intraparenquimatoso: 35 (22.29 0/o de 157)
- 5.- Otras lesiones (atrofia cortical, infarto cerebral, neoplasia intracraneal, encefalomalacia): 44 (28.03 0/o de 157).

Se concluye que el examen fue muy útil tanto para detectar lesiones atribuibles directamente al trauma, como para poner de manifiesto otras lesiones no directamente relacionadas al evento traumático.