

Discusión

Doctor Ucrós. — Comenzamos a discutir el trabajo presentado por la A.C.D., en forma tan objetiva y tan bien ilustrada por lo cual felicito muy sinceramente al doctor Sánchez y a sus colaboradores. Hay una pregunta que tiene la mesa y dice: ¿Qué papel tiene el factor neuropático en las enteropatías? (Para el doctor Mario Sánchez).

Doctor Sánchez. — La enteropatía es una neuropatía diabética.

Doctor Reyes Leal. — La pregunta fue dirigida por mí; me llama la atención que sobre 50 casos 40 hayan mejorado y 10 no. Me pregunto si en la enteropatía diabética que mejoró, el factor infeccioso era determinante y en la que no mejoró el factor neuropático que era el más importante.

Doctor Sánchez. — La revisión hecha con Cortázar descartó todas las infecciones. Seleccionamos exclusivamente lo que era enteropatía; la razón por la cual no mejoró la enumeramos; evidentemente hay otros factores concomitantes en la neuropatía enteropática diabética, si la podemos llamar así, que intervienen en la mejoría determinada.

Doctor Ucrós. — Una pregunta para el doctor Bahamón que dice: ¿Debe dilatarse siempre para el examen del fondo de ojos?

Doctor Bahamón. — Indudablemente. Hay múltiples componentes o drogas para producir la miotriasis; el objeto del examen del fondo de ojo es hacerlo detenido, eliminar todos los problemas de tal suerte que una buena luz tiene que pasar por una buena amplitud. La dilatación de la pupila al máximo es lo más conveniente. Aconsejamos la neosinefrina al 10% y el miotriasis o tropicamida al 1%.

De tal suerte que sí es fundamental dilatar el fondo de ojo para un examen del mismo.

Doctor Ucrós. — El diagnóstico diferencial de hemorragia y trombosis cerebrovascular a veces es difícil clínicamente, ¿cómo cree usted que debe hacerse este diagnóstico?

Doctor Ramírez. — Muchas veces hay estados premonitorios, manifestaciones en fondo de ojo, porque la lesión no es únicamente local, es una manifestación y observación local si, pero de un trastorno general, del cual es una de las expresiones. Las hemorragias se inician en las capas superficiales de la retina y van alterando al mismo tiempo la pared del vaso de tal suerte que las mismas extravasaciones los mismos problemas de hemorragia o de trombosis en el fondo del ojo sirven para un diagnóstico retrospectivo con relación al problema vascular.

Pero desde luego contamos con los procedimientos exhaustivos clínicos y de laboratorio incluyendo la punción lumbar, (punción lumbares claras con síndromes neurológicos vasculares regresivos, no mortales, fueron clasificadas como trombosis y las hemorragias exclusivamente cuando encontramos líquido cefalo.

rraquídeo hemorrágico y desde luego los signos físicos de las hemorragias especialmente la nuca rígida y sangre en el líquido cefalorraquídeo).

Doctor Ucrós. — Favor explicar la fisiopatología de la disminución de la agudeza visual al iniciarse el tratamiento contra la diabetes.

Doctor Bahamón. — Exactamente uno de los problemas primordiales y tal vez la primera manifestación de alteración con relación al polo posterior y la agudeza visual es la alteración de la misma; muchas veces el paciente antes de ir a un laboratorio, antes de ir a un diabetólogo, antes de ir a un internista, un cardiólogo, va donde el oftalmólogo porque únicamente, exclusivamente la disminución de la agudeza visual, exactamente una hemorragia en el seno macular una congestión de la mácula por un trastorno metabólico en el mismo sitio o un exudado o microexudado que se acumulan van alterar y a producir la disminución de la agudeza visual total. Esto es el primer paso, muchas veces hacemos un diagnóstico por la disminución de la agudeza visual y nos valemos de la misma para saber si el paciente recupera o no recupera el polo posterior.

Entonces ya, el trastorno de la agudeza visual, es por trastornos de los medios refringentes del ojo directamente en el cristalino. El individuo si es hipermetrope se vuelve miope; si es miope se vuelve más hipermetrope; si está en el paso de la prebicia a premiopía, entonces a la primera toma de cualquier clase de hipoglucemiantes o la primera inyección de la insulina misma, en cuestión de horas o minutos, indudablemente va alterar el problema de enfoque visual. De ahí depende desafortunadamente que muchos pacientes diabéticos rechazan el tratamiento de la insulina creyendo que la lesión es debida a la insulina.

Doctor Ucrós. — Una pregunta para el doctor Mario Sánchez, del doctor Christian de Nogales, dice así: Considera o no el autor que se configuran dos tipos de diabetes; una en el que la óptima compensación clínica puede prevenir las complicaciones tardías y otra en el que las complicaciones no son evitables por la mejor de las compensaciones posibles.

Doctor Mario Sánchez. — Evidentemente existen enfermos que se pueden seleccionar tardíamente para ser compensados; la selección que hemos hecho a los pacientes que han sido presentados bien compensados han sido aquellos cuyo tratamiento fue precoz pese a que su diabetes hubiera aparecido hace 2, 3 hasta 14 años. Dentro del grupo de los enfermos controlados durante 12 años hay unos 3 pacientes cuyas diabetes habrán aparecido 7 años antes; de manera que filosóficamente se puede aceptar este postulado que hay enfermos que nosotros podemos compensar porque llegaron un poquito mejor a la Asociación y otros que llegaron sumamente descontrolados ya muy agravados con la retinopatía, cuya compensación no puede efectuarse. Enfermos que llegan tardíamente con complicaciones ya vasculares y glomeruloesclerosis diabética o angiopatía diabética es muy difícil compensarlos y mejorarlos.

Doctor Ramírez. — Yo considero agregarle puntos a esto porque precisamente esas aseveraciones están demostradas en unos trabajos de Partimián. El analiza 58 casos y demuestra cómo hay factores que se relacionan directamente con la severidad de las lesiones en el diabético, la primera de ellas el factor edad: a medida que aumenta la edad estas complicaciones se van haciendo más patentes; el 2º factor es el tiempo de evolución que ha tenido esa diabetes y el tercer factor es la presencia o no de glomeruloesclerosis diabética en el paciente.

Generalmente todo parece indicar que estos pacientes están complicados en varias de sus esferas que compromete la diabetes, glomerulo, etc.

Doctor Ucrós. — Existe una mayor frecuencia de complicaciones vasculares en mujeres, dice la pregunta, puede explicar en más detalles cómo calcularon estos valores; hay correlación para la incidencia del sexo en el grupo total?

Doctor Bahamón. — No se pueden tener confirmaciones definitivas; realmente se observó este número de complicaciones en accidentes con su mayor frecuencia en accidente cerebrovasculares; pero eso no quiere decir que 14 casos puedan definir una correlación exacta en cuanto a que la mayor incidencia en mujeres que en hombres. En general el número de pacientes diabéticos que se atienden en la Asociación son mucho más mujeres que hombres y por otra parte las complicaciones que se aprecian desde el punto de vista cardiovascular se acepta que son preferencialmente, desde el principio, en las coronarias. (Y esos 14 casos no permiten decir que la mayor incidencia de accidentes de cerebrovasculares siempre se presenta en mujeres diabéticas).

Doctor Ucrós. — Vale la pena que discutamos, y, si nos quedan unos minutos para la mesa directiva, porque el doctor Soler pensó con el grupo de la Asociación que no existe la prediabetes.

Doctor Soler. — Una de las razones que nos ha llevado a ello es la ignorancia en que estamos sobre muchos de los temas, existen unas observaciones que hemos tenido sumamente llamativas de niños a quienes nosotros decidimos catalogar como prediabéticos. Una señora a quien le dijimos que su hijo era prediabético fue a dar, sin mentiras a manos del doctor Pfizer en Alemania, quien me mandó una carta muy amable que dice, "ese niño no es diabético". Entonces yo creo que vale la pena meditar un poquito sobre la clasificación de la prediabetes y analizar un poquito más en lo profundo las razones por las cuales nosotros, en una forma quizás abusiva, de su generosidad, presentamos esta inquietud para que sean estudiados con el cuerpo médico colombiano y este las modifique para poder pensar y raciocinar hechos bioquímicos y desconocidos la mayoría de las veces en la prediabetes.

Doctor Ucrós. — La primera pregunta para el doctor Ahumada, está encabezada por una felicitación y luego dice: ¿Qué fracciones protéicas muestran, en su revisión de la casuística sobre Diabetes e hipertiroidismo, los anticuerpos?

Doctor Ahumada. — En realidad, en la casuística revisada no encontré ningún dato sobre migración electroforética. En la revisión citan inicialmente el método Hyland y luego glóbulos rojos tanificados; de tal manera que no sé cual sería la respuesta a esa pregunta.

Doctor Ucrós. — Hay una pregunta del doctor Reyes-Leal, que dice: No sería mejor hablar de coincidencia hiperglicemia hipertiroidismo en vez de Diabetes-hipertiroidismo?

Doctor Ahumada. — Como hice la aclaración, el diagnóstico de las dos entidades es difícil. Lo que se ha buscado en las investigaciones citadas es hacer el diagnóstico de Diabetes en presencia de un hipertiroidismo, y se ha encontrado que esta asociación existe en un 2 o 3%. Estoy de acuerdo que en muchos casos hay hiperglicemia durante el hipertiroidismo, y por lo tanto hacer el diagnóstico de Diabetes es muy difícil.

Doctor Ucrós. — Una pregunta del doctor Max Olaya: ¿Para aclarar el diagnóstico de hiperglicemia por Diabetes o por hipertiroidismo no se podría bloquear transitoriamente, por fármacos la función Tiroidea?

Doctor Ahumada. — Es un punto interesante. Sería útil añadir algo de ese tipo en nuestro proyecto de investigación. En ese caso estaríamos comparando un estado clínico de eutiroidismo artificial.

Doctor Max Olaya. — Doctor, yo creo que no teniendo ninguna acción conocida hiperglicemiente los antitiroideos de síntesis, este procedimiento podría aclararnos el problema, ya que en el paciente diabético la hiperglicemia debe persistir. El problema consiste, me parece a mí en el hecho de que en ambas entidades se presenta o puede presentar hiperglicemia; bloqueando la que es más fácil de bloquear, es decir el hipertiroidismo, se facilitaría el estudio de la hiperglicemia.

Doctor Ahumada. — Como había mencionado, la hiperglicemia en el hipertiroidismo se controla con el tratamiento en un 70% de los casos.

Doctor Ucrós. — Una pregunta para el doctor Manrique: ¿Por qué motivo usa usted la palabra Diabetes-sacarina, no es mejor adoptar la nomenclatura usual?

Doctor Manrique. — Sí, es mejor.