

S U M A R I O

I .- I N T R O D U C C I O N .

II.- M A T E R I A L Y M E T O D O S .

III.- R E S U L T A D O S .

IV.- D I S C U S I O N .

V .- R E S U M E N Y C O N C L U S I O N E S .

VI.- B I B L I O G R A F I A .

- - - oOo - - -

## INTRODUCCION



La diabetes mellitus es una enfermedad tan antigua como la humanidad ya que 1,152 años antes de J.C., fue descrita en el papiro de Ebers.

La base de nuestros actuales conocimientos sobre la diabetes ha tenido inicio en el año 1889, con Von Mering y Minkowski quienes produjeron la enfermedad en el perro, practicando una pancreatectomía.

En el año 1921 Banting y Best aislaron la insulina y en el año 1955 Sanger identificó el esquema de aminoácidos de la hormona contribuyendo de esta manera a hacernos comprender la complejidad de esta enfermedad.

La diabetes humana se observa en los dos sexos, en todas las razas y todas las edades. Se ha visto aparecer tanto en el recién nacido como en personas de cien años de edad, aunque demuestra preferencia por determinados períodos de la vida.

La asociación del embarazo con la diabetes mellitus representa un caso particular ya que la gestación puede ser considerada como un evento diabetogénico. El mecanismo

de esta tendencia hacia la diabetes es desconocido, aunque se presume sea el resultado de influencias hormonales.

Que aparezcan o no anormalidades de tolerancia a los carbohidratos, en mujeres gestantes, dependerá probablemente del estado funcional de los islotes de Langerhans antes de la concepción; los islotes normales satisfacen la demanda de la gestación, no así los islotes funcionalmente inadecuados con la consecuente hiperglicemia.

Después de haber abordado ligeramente algunos datos históricos de la diabetes, debemos referirnos a las diferentes pruebas de tolerancia a la glucosa como son: tolerancia a la glucosa por vía oral, intravenosa, acompañada con cortisona, prueba de tolerancia a la tolbutamida, así como la resistencia a la insulina y otros factores extrapancreáticos que posiblemente contribuyen al efecto diabetogénico del embarazo, y también brevemente al binomio herencia-diabetes.

#### PRUEBAS DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA DURANTE EL EMBARAZO

Burt (1), Kaplan (2) y Magen (3) han empleado pruebas de tolerancia a la glucosa administrada por vía endovenosa, sin encontrar cambios significativos en la tolerancia

a la glucosa durante la gestación normal, mientras que se ha reportado, con mucha frecuencia, pruebas de tolerancia a la glucosa anormales por vía endovenosa en mujeres gestantes seleccionadas sobre la base de historia familiar de diabetes, glucosuria en una gestación anterior o previos alumbramientos de bebés grandes (4, 5).

Las pruebas de tolerancia orales han arrojado de 10 por ciento (6) a 81 por ciento (7) de incidencia de curvas a normales, particularmente en el segundo y tercer trimestre. Cuando se seleccionan mujeres sobre la base de historia familiar de diabetes, glucosuria en una gestación anterior, por haber alumbrado bebés grandes, y por historias obstétricas desfavorables (muertes intrauterinas inexplicables, períodos repetidos de pre-eclampsia, alta mortalidad pre-natal) la incidencia de pruebas de tolerancia anormales es alta (8, 9).

Wilkerson (10) estimó una incidencia de 6.2 % de pruebas de tolerancia anormales a la glucosa por vía oral en 17,000 gestaciones no seleccionadas y reportó una incidencia más alta conforme progresaba la gestación: 1.5 % de 134 pruebas de tolerancia de glucosa negativas en el primer trimestre se volvieron positivas en el segundo, y 10 % de 1,253 pruebas de tolerancia a la glucosa negativas en el segundo, se tornaron positivas en el tercer trimestre (11). Se ha de-

mostrado en forma repetida que una prueba de tolerancia de glucosa negativa no excluye la posibilidad de una curva anormal, más tarde en el curso de la gestación (12, 13), pues el deterioro de la tolerancia tiende a progresar con el avance de la gestación (14). En contraste, Copley y Lancaster (15) realizaron mensualmente pruebas de tolerancia a la glucosa por vía oral en 158 mujeres normales a través de toda la gestación y encontraron sólo pequeñas anormalidades del metabolismo de los carbohidratos.

Es generalmente aceptado que cuando la tolerancia a la glucosa está disminuída durante la gestación, el deterioro tiende a manifestarse con incrementada severidad en las gestaciones siguientes (16, 17). Aunque la mayoría de mujeres con sólo una prueba de tolerancia anormal a la glucosa o diabetes transitoria durante la gestación revertirán a una tolerancia normal a los carbohidratos en el puerperio (18), a menudo la diabetes permanente sobreviene (19). John (20) encontró que el 60 % de un grupo de diabéticas gestantes con diabetes transitoria durante la gestación desarrollaba diabetes permanente en 1 a 25 años; O'Sullivan (21) usando el método de la tabla de la vida para la incidencia acumulativa de la enfermedad, estimó que las dos terceras partes de un grupo de 141 mujeres gestantes asintomáticas con pruebas anormales de tolerancia a la glucosa desarrollan diabetes permanente en 5 años y medio.