

De periódicos.

Patogenia de la diabetes insípida

La diabetes insípida tiene como carácter fundamental la poliuria, que va acompañada, más o menos, de síntomas de tipo diabético. En cierto número de casos se observa en individuos neuropatas como fenómeno primitivo la polidipsia, seguida de la poliuria correspondiente; pero, según Umber, sólo deben considerarse como casos de diabetes insípida verdadera aquellos en que el síntoma primitivo es la poliuria.

Los autores no están todos de acuerdo respecto a la patogenia de la enfermedad, ni al sitio que debe asignársele en la clasificación de las enfermedades internas. Según unos, es una acción de los riñones, debida a que estos órganos han perdido su propiedad de concentrar la orina (Mayer y Talquist), o a que han adquirido una irritabilidad anormal, a la que responde hiperdíuresis más intensa que la de los estimulantes ordinarios (Forsback y Weber). Algunos creen que es una enfermedad del sistema nervioso, y de la nutrición, según otros.

En estos años últimos las investigaciones clínicas y anatómopatológicas han demostrado la existencia de relaciones tan íntimas entre la poliuria esencial y las alteraciones de la hipófisis, que es lógico atribuir a esta glándula una parte importantísima en su patogenia.

Uno de los argumentos más convincentes es la gran frecuencia con que se observan lesiones hipofisarias en los individuos que padecen diabetes insípida. Las lesiones más frecuentes han sido los tumores bien primitivos de la hipófisis (Lobel, Creutzfeld, Burnier), o de la parte inmediata del cerebelo (Berblinger, Romer), o metastáticos (Rosenhaupt, Simmonds, Goldzieher, etc). Haushalter y Lucien han encontrado en la hipófisis un tubérculo; Goldzieher, en otro, una goma. Cushing ha observado en el hombre, al operar en la región hipofisaria, que basta la manipulación más ligera del lóbulo posterior de la glándula para provocar la diuresis. El caso de Franck tiene un valor experimental. La poliuria en este enfermo fue consecutiva a una herida de la cabeza por arma de fuego; el proyectil, según demostró la radiografía, quedó alojado en la región de la silla turca y lesionó ligeramente la hipófisis.

En la acromegalia se observa con cierta frecuencia la poliuria sola, o acompañada de glucosuria. En el gigantismo puede existir también la poliuria.

La fisiopatología experimental confirma la influencia especialísima de la hipófisis sobre la eliminación urinaria. Shaper, Lewis, Matthews, Cushing, han producido en los animales poliuria

bastante intensa y duradera, lesionando la hipófisis con el termocauterio o mecánicamente. Parece, por lo tanto, indudable que las lesiones de la hipófisis intervienen en la producción de la diabetes insípida. ¿Se trata de hiperfunción o de hipotunción de la glándula?

Las primeras observaciones experimentales y químicas hicieron creer que, según toda probabilidad, se trataba de una hiperfunción. En el sujeto normal la administración del extracto hipofisario produce casi constantemente poliuria marcada. El efecto máximo se obtiene con la inyección endovenosa; con la hipodérmica, los efectos son más ligeros, y con la administración oral, mucho más.

Según sabemos, los tocólogos emplean con frecuencia las inyecciones hipodérmicas de extracto de hipófisis (pituitrina), para estimular las contracciones del útero durante el parto, y han observado casi siempre que producen una acción diurética notable.

Parece, por lo tanto, lógico creer, puesto que la administración de la sustancia hipofisaria aumenta la secreción de la orina, que el aumento morboso de ésta se halle relacionado con la exageración funcional de la hipófisis. Nuevos hechos, de observación reciente, no concuerdan con semejante hipótesis. Al contrario de lo que era de suponer, se ha observado que en los enfermos de diabetes insípida la administración del extracto de hipófisis, en vez de aumentar la cantidad de orina eliminada, la disminuye de un modo notable, o la normaliza. Poliurias abundantísimas, rebeldes a los tratamientos más variados, han desaparecido rápidamente con la pituitrina administrada en inyección hipodérmica. El efecto es rápido, quizá inmediato. Lereboullet y Faure-Beaulieu han observado en un niño que la cantidad de orina disminuyó de ocho litros a dos en las veinticuatro horas que siguieron a la inyección. Es verdad que en la mayor parte de los casos este efecto fue transitorio, y desapareció en cuanto dejó de administrarse el extracto hipofisario. Sin embargo, en algunos el resultado terapéutico fue duradero.

Fundándose en estos datos y en la frecuencia con que se descubren lesiones destructoras de la hipófisis en los sujetos que padecen diabetes insípida, lesiones que no se concilian bien con la hipótesis de una exageración funcional del órgano, se cree hoy que dichas diabetes deben considerarse como una enfermedad endocrina debida a la hipofunción hipofisaria.

Según Schafer, con quien concuerdan todos los autores, la porción diabetógena de la hipófisis es la media. Esta glándula puede considerarse como compuesta de tres porciones: una anterior, formada por epitelio vásculo-glandular; otra media, formada por epitelio poco vascularizado que segrega en abundancia una sustancia coloide, y otra posterior o nerviosa, formada por neuroglia y algunos elementos nerviosos; esta parte es atravesada por la sustancia coloide que segrega la porción media y que se vierte en el tercer ventrículo. Las dos porciones, media y

posterior, pueden considerarse, desde el punto de vista práctico, como una sola. Los experimentos de la poliuria experimental indicados y los químicos referentes a la acción terapéutica de la sustancia hipofisaria en la diabetes insípida, confirman de una manera innegable que el centro diabetógeno está localizado en la porción media, puesto que sólo los extractos de las porciones media y posterior son activos desde este punto de vista. Las observaciones anatómicas publicadas precisan muy poco la localización de las lesiones; sólo en la de Berblinger se indica con toda exactitud que el tumor (un glioma) interesaba la porción media y posterior.

¿Por qué mecanismo la secreción interna de la hipófisis influye sobre la diuresis? Según la hipótesis de Meyer y Talquist, aceptada por la mayor parte de los autores contemporáneos, la fisiopatología de la diabetes insípida consiste, en su esencia, en la pérdida de la capacidad normal del riñón de concentrar la orina. Puede, por consiguiente, suponerse que la hipófisis segrega un hormón que en estado normal obra sobre los riñones, regulando dicha capacidad; la falta o la deficiencia del hormón referido produce, por lo tanto, la emisión abundante de una orina más diluída. Sea éste u otro el mecanismo íntimo de la intervención hipofisaria, es indudable que los riñones toman parte en el fenómeno. Magnus y Shafer han demostrado que inyectando extracto hipofisario se dilatan los vasos renales y aumenta el volumen del riñón. Pascual y Marañón han observado lesiones evidentes en los riñones de los animales tratados con la pituitrina.

A pesar de los hechos indicados, algunos autores creen que la hipófisis no interviene en la producción de la poliuria y que la causa del síndrome es la lesión de ciertos centros poliúricos situados en la base del encéfalo. Camuz y Roussi, en particular, han insistido sobre este punto de vista. Tanto en los casos de tumores como en las lesiones experimentales de la hipófisis, han observado lesiones de este centro, situado en la región óptico-peduncular. Dicho centro nervioso poliúrico ha sido estudiado por Bechterew y Schafer, y su existencia es innegable, pero esta hipótesis puede conciliarse con la de la secreción interna hipofisaria. No es posible excluir una colaboración de los factores neurosis y endocrinos, ni admitir el criterio de Camuz y Roussi, quienes niegan toda intervención de la hipófisis en la génesis de la poliuria insípida.

La patogenia hipofisaria de esta forma morbosa es indudable, según el estado actual de la ciencia, aunque quedan aún algunos hechos por resolver. Quizá intervenga en el proceso alguna otra glándula endocrina, puesto que en muchas observaciones se indica la insuficiencia genital como acompañante de la lesión hipofisaria. Benario cita algunos casos de diabetes insípida que fue acompañada de bocio. Ebstein admite la posibilidad de una patogenia pluriglandular.