

Gral. Brig M.C. Antonio Redon Tavera  
Editor de la Revista de Sanidad Militar

Estimado Señor Editor:

Le ruego me permita comentar el interesante artículo titulado «Prolactinoma» escrito por el Tte. Corl. M.C. Emmanuel Martínez Lara y col. y aparecido en la Revista de Sanidad Militar (1997;51:192-196).

A partir del conocimiento de que había relación causal entre hiperfunción de la hipófisis para la producción en exceso de prolactina y esterilidad por desórdenes menstruales anovulatorios (oligomenorrea y amenorrea) y que éstos eran susceptibles de corrección, en porcentajes altos, mediante la administración de bromocriptina, los ginecólogos empezamos a experimentar grandes satisfacciones con esta terapéutica. Hubo por supuesto tropiezos iniciales, como lo indica el doctor Martínez Lara, dado que su empleo solía originar efectos secundarios inconvenientes y a menudo inaceptables, como náusea y jaqueca y por otra parte se hallaron ejemplos de ausencia de respuesta satisfactoria al tratamiento.

Se establecieron además polémicas sobre la conveniencia o no de continuar la administración de la bromocriptina durante la gestación, por el temor de que aparecieran fenómenos de índole teratógena. Yo formé parte de los ginecólogos que no interrumpieron su administración en el embarazo y así lo comunicamos en los 9 embarazos verificados en siete mujeres (Rev. Sanid Militar 1982; 36: 99-102), confirmando las observaciones hechas por expertos.

En efecto, no aumentó la frecuencia de abortos, embarazos múltiples, malformaciones congénitas, partos prematuros e inclusive la lactancia se llevó al cabo con éxito, luego de suspender la bromocriptina.

Mi primer ejemplo de amenorrea y galactorrea, por hiperprolactinemia consecutivo a adenoma hipofisiario, fue identificado por el doctor Leonel Fierro del Río, (q.e.p.d.) eminente endocrinólogo que atendió, con resultados excelentes, a una jovencita que tenía yo sometida a tratamiento de reemplazo hormonal, con el equivocado diagnóstico de «amenorrea por insuficiencia hipofisiaria idiopática para la producción de gonadotropinas». Para establecer el diagnóstico, en aquella época el doctor Fierro del Río dependió del examen clínico, la determinación de prolactina sérica, la campimetría y la radiografía lateral de la silla turca (no contábamos con tomografía o resonancia magnética).

En rigor, el mecanismo patogénico de la enfermedad es modificado por el medicamento y es por ello que cabría esperar que el trastorno (amenorrea-galactorrea) reapareciera al suspender el tratamiento con bromocriptina o los nuevos dopaminoagonistas.

Empero y como complemento de este relato anecdótico, mencionaré que luego de dos embarazos normales y un aborto, esta paciente, (hija por cierto de un médico militar) años después tomó la decisión de suspender el tratamiento, observando con sorpresa de todos que sus ciclos menstruales se restablecieron espontáneamente y aparecieron con razonable regularidad. Sus cifras de prolactina regresaron a valores normales. El doctor Fierro del Río comentó que habían sido publicadas comunicaciones científicas que señalaban la existencia de este fenómeno y que muy probablemente dependía de necrosis isquémica espontánea del adenoma, siendo muy favorable el pronóstico. El seguimiento que durante muchos años he tenido de esta paciente, ha confirmado el mantenimiento de su buena salud.

Al felicitar cordialmente a los autores, quiero sin embargo terminar con una atenta consideración que vale la pena tener presente. Es en verdad muy modesta la contribución de los médicos mexicanos al enriquecimiento de la literatura científica universal, pero es deseable incluir en las referencias bibliográficas los artículos nacionales, porque es la conducta deseable y no lo hacemos.

Atentamente

Tte. Corl. M.C. Ret. Raúl Fernández Doblado. Profesor emérito de la Escuela Médico Militar. Monte Blanco 225. 11000 México, D.F.