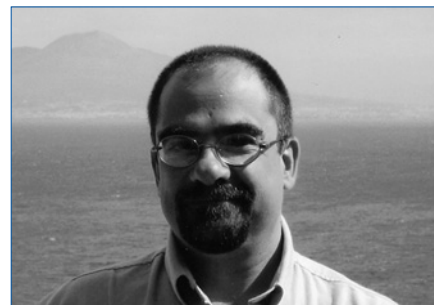


Entrevista

Entrevista al Doctor Moisés Mercado Atri

*Jefe Endocrinología Universidad Endo Experimental
Centro Médico Nacional S. XXI, IMSS, México
Profesor Medicina Facultad Medicina UNAM
Editor Jefe, Revista Mexicana de Endocrinología y Nutrición.*



1.- ¿Cuáles son los criterios de curación de la acromegalia? y ¿cuál de ellos es el más importante, según su opinión?

En las reuniones de consenso realizadas en los últimos años, la última de ellas en abril 2009, no se ha logrado un consenso absoluto respecto al punto. Sin embargo, para una persona que es operada de acromegalia el criterio de curación se basa en alcanzar la supresión de la hormona de crecimiento con la carga de glucosa. El nivel de supresión no es ahora < 1 ng/mL como se establecía, si no menor, aunque es difícil comprometer una cifra precisa dada la variedad de ensayos existentes para medir hormona de crecimiento. Queda claro que si se usan ensayos antiguos la cifra es < 1 ng/mL, pero que el nivel de corte actual, para hablar de curación postoperatoria, se sitúa debajo de 1, entre 0,6 y 0,3 ng/mL dependiendo del método utilizado. Por supuesto, la curación requiere la normalización de IGF-1.

Si tuviéramos que elegir entre la medición de GH y la de IGF-1 la evidencia a favor de IGF-1 es abrumadora. Personalmente creo que no podemos todavía prescindir de la supresión de la hormona de crecimiento por glucosa, y debemos seguir usando los dos exámenes. Sólo si la necesidad de elección estuviera motivada por limitación de recursos económicos solicitaría IGF-1 como único examen.

2.- ¿Cuál es, según usted, el rol y efectividad de los análogos de somatostatina en el tratamiento de la acromegalia?

Creo que con la perspectiva que dan más de 20 años de uso de estos análogos en el tratamiento de la acromegalia (año 1985), empiezan ellos a adquirir su justo valor y dimensión, de modo que ni son tan buenos como parecieron, ni tan malos como algunos dicen; aparece la necesidad del equilibrio entre el costo y el beneficio, de modo que en el tratamiento primario de la acromegalia los análogos de la somatostatina pueden lograr buenas metas bioquímicas en alrededor del 40 o el 50% de los pacientes. Es muy importante no sorprenderse ni deslumbrarse con los resultados

publicados en series europeas ya que ellas no han respetado todas las providencias necesarias respecto de los controles. En general, podemos decir que la mitad de los pacientes logra un control metabólico adecuado; lo importante es que cuando ellos se tratan con análogos de la somatostatina la herramienta para monitorizarlos no es la curva de supresión de la hormona de crecimiento con glucosa, si no la normalización de IGF-1 y el alcanzar niveles seguros de GH, que desgraciadamente se ha estipulado que corresponde a 2,5 ng/mL; digo desgraciadamente, porque esta es una cifra extrapolada de estudios efectuados con ensayos antiguos y no con los actuales ensayos inmunométricos. La tasa de eficiencia, referida tanto al tratamiento primario como al secundario de entrada es del orden del 50% para la normalización de IGF-1, y del 40% para la normalización tanto de la GH como de la IGF-1.

3.- En relación al tratamiento de la acromegalia ¿Cuál es su opinión en relación al uso de los agonistas dopaminérgicos?

Mi experiencia ha sido de mucha decepción con los agonistas dopaminérgicos; mi apreciación clínica es que los casos en que hay clara evidencia de que se trata de tumores del mamosomatotrofo donde hay co-secreción importante de prolactina, los agonistas dopaminérgicos son eficaces. No ocurre así con los tumores productores de hormona de crecimiento sin co-secreción de prolactina, casos en que se puede intentar usar un agonista dopaminérgico, pero con tasas de efectividad relativamente bajas. Creo que la situación podemos homologarla a una caja con distintas herramientas que sirven para tratar al paciente, y el tratante va sacando la pinza, el destornillador, el cuchillo y el serrucho, de acuerdo a como va evolucionando la enfermedad del paciente; no podemos cortar a todo el mundo con la misma tijera, y habrá pacientes en los que en el curso de su evolución decidiremos introducir o cambiar una u otra estrategia, en función que él se esté comportando de una manera particular.

4.- En relación al uso de IGF-1 ¿Cuáles cree que son las limitaciones para el diagnóstico y tratamiento de la acromegalia?

La limitación principal del uso de IGF-1 es la falta de estandarización de los ensayos que lo miden y la demostración de gran variabilidad en los resultados, determinando que los coeficientes de variación de los ensayos de IGF-1 sean muy altos, aún dentro de la misma muestra e incluso perteneciendo al mismo paciente. A este respecto, algo que no tiene que ver con planteamientos teóricos es invitar a que todos los centros que traten pacientes acromegálicos establezcan sus márgenes de normalidad de acuerdo a sus propios ensayos. Es fundamental conocer en profundidad el ensayo en uso; así, a veces un ensayo relativamente limitado puede ser excelente si se lo conoce y se aplica a su propia población, ya que aunque no sea espectacular desde el punto de vista del anticuerpo o de su curva de calibración, si está bien estandarizado respecto de la propia población de sanos, puede ser de gran ayuda. Para estandarizar los valores de población sana, no se necesita completar 2000 muestras, como aludía ayer en mi trabajo, pero sí por lo menos 400 muestras. Hecho así, es incluso más confiable que si lo mandas a Nichols Institute de California cuyos nomogramas de normalidad pertenecen a una población que genéticamente es diferente a la de nuestros pacientes. Para conseguir este tipo de muestreo de normales, la estrategia que hemos seguido es ir al banco de sangre de donadores sanos que cubre la población donante desde los 18 a los 60 años; las muestras son gratuitas y no se requiere consentimientos informados. El costo real de medir IGF-1 no debería rebasar los treinta dólares.

5.- ¿Existen diferencias en relación al diagnóstico, tratamiento o pronóstico entre el gigantismo y la acromegalia del adulto?

Creo que sí, el gigantismo es una forma muy grave de acromegalia, difícil de tratar en niños chicos; además, es mucho más raro que la acromegalia, que de por sí es ya una enfermedad rara. Los chicos con gigantismo tienen

macroadenomas muy invasores, niveles altos de hormona de crecimiento y, salvo contadas excepciones, la mayoría termina con terapias de múltiple impacto que incluyen básicamente todo lo que tenemos en el arsenal terapéutico.

6.- En relación a la controversia existente, de aumento de la incidencia y prevalencia de neoplasia maligna en acromegalia, ¿cuál es su opinión?

Es un excelente tema, ciertamente controversial. Los estudios retrospectivos mostraban que los acromegálicos tenían mayor prevalencia de tumores gastrointestinales, particularmente del colon, y de tumores polipoides que sabemos que son pólipos con capacidad de generación maligna. Los estudios prospectivos que se han realizado no han demostrado, más allá de cualquier duda que esto sea real. El último estudio endoscópico que se ha hecho en pacientes con acromegalia activa es uno italiano el año 2007, donde se presenta un seguimiento a largo plazo de pacientes con acromegalia; en él se establece que efectivamente existe un riesgo mayor de desarrollar tumores de colon, que probablemente no es tan grande como se pensaba, pero que es lo suficientemente alto como para justificar el realizar una colonoscopia en todo paciente acromegálico activo cada 2 ó 3 años. Como internistas sabemos que la colonoscopia es recomendable hacerla en la población sana a partir de los 50 años y con periodicidad de cada 5 años. La acromegalia puede condicionar o constituir un estado mitogénico, motivo por el cual creo debería efectuarse la colonoscopia. En nuestra clínica de acromegalia no hemos apreciado una mayor prevalencia de cáncer al colon, pero esto es todavía preliminar.

7.- Brevemente nos podría decir ¿cuáles son las ventajas y desventajas de la suplementación con hormona de crecimiento en el adulto mayor?

En el adulto mayor no veo ninguna ventaja ni justificación para usar hormona de crecimiento sólo por el hecho de ser adulto mayor. Es algo injustificado que puede acarrear más consecuencias negativas que beneficiosas.