

Viene de página 254

Birmingham, 03-10-2000

Estimada

Dra. Jacqueline Jorges:

Mucho agradecemos al Dr. Pardo-Palma la atención prestada y los comentarios críticos en relación al artículo "Síndrome de ovario poliquístico: evaluación diagnóstica, tratamiento y pronóstico. Revisión"(1).

En los siguientes párrafos intentaremos dar respuesta a sus planteamientos.

El citrato de clomifeno (CC) fue sintetizado por primera vez en 1956, introducido en ensayos clínicos en la década del sesenta y aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) para su uso clínico en Estados Unidos de America en junio de 1969 (2,3). En el segundo párrafo correspondiente a la sección de tratamiento hacemos mención al CC exponiendo que no es la intención del artículo hacer un análisis exhaustivo de los agentes inductores de la ovulación en el síndrome de ovario poliquístico (SOP).

El troglitazone fue aprobado por la FDA en enero de 1997 como agente terapéutico indicado en el manejo de la diabetes mellitus tipo II. Posteriormente la droga fue empleada en varios ensayos clínicos relacionados con el manejo de pacientes con SOP (4-7). Entre enero de 1997 y junio de 1999 la FDA realizó varias modificaciones en cuanto al uso, dosis y monitoreo de las pruebas hepáticas durante el tratamiento con el medicamento. Watkins y Whitcomb notaron que entre 2150 pacientes (primariamente individuos con DM tipo II) 1,9% desarrolló incrementos en los valores de las pruebas hepáticas mayores a 3 veces el límite superior normal (8). El 21 de marzo del presente año Warner-Lambert (compañía elaboradora del producto) voluntariamente discontinuó la venta del medicamento Rezulin® (troglitazone) en el mercado estadounidense.

Finalmente, si bien es cierto que la hemorragia uterina disfuncional se encuentra más frecuentemente asociada con ciclos menstruales anovulatorios, pensamos que su manejo requiere una revisión aparte. No obstante, estamos de acuerdo en que los anti-conceptivos orales tienen un papel determinante en

el manejo de las irregularidades menstruales asociadas al SOP.

Hemos intentado clarificar sus dudas tanto como nos ha sido posible, y esperamos haber satisfecho sus inquietudes.

Cordialmente,

Luis Alfredo Sánchez, MD

REFERENCIAS

1. Sanchez LA, Azziz R. Síndrome de ovario poliquístico, evaluación diagnóstica, tratamiento y pronóstico. Revisión. Rev Obstet Ginecol Venez 2000;60:47-56.
2. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Fifth edition. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins. 1994.
3. Mosby's GenRx. The comprehensive reference for generic and brand drugs. 10th edition. Mosby Inc. 2000.
4. Dunaif A, Scott D, Finegood D, Quintana B, Whitcomb R. The insulin-sensitizing agent troglitazone improves metabolic and reproductive abnormalities in the polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 1996;81:3299-306.
5. Ehrmann DA, Schneider DJ, Sobel BE, Cavaghan MK, Imperial J, Rosenfield RL, Polonsky KS. Troglitazone improves defects in insulin action, insulin secretion, ovarian steroidogenesis, and fibrinolysis in women with polycystic ovary syndrome. J Clin Endocrinol Metab 1997;82:2108-16.
6. Hasegawa I, Murakawa H, Susuki M, Yamamoto Y, Kurabayashi T, Tanaka K. Effect of troglitazone on endocrine and ovulatory performance in women with insulin resistance-related polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 1999;71:323-7.
7. Mitwally MF, Kucsu NK, Yalcinkaya TM. High ovulatory rates with use of troglitazone in clomiphene-resistant women with polycystic ovary syndrome. Hum Reprod 1999;14:2700-3.
8. Watkins PB, Whitcomb RW. Hepatic dysfunction associated with troglitazone [letter]. N Engl J Med 1998;338:916-17.