

Actualidad

Artículos escogidos, recientemente editados por revistas estratégicas. Las novedades de la sección son redactadas por los médicos que integran la agencia SNC, brazo periodístico de SIIC.

13 - Función Sexual Aceptable luego de Prostatectomía Radical

Journal of the Chinese Medical Association 66(1):13-18, Ene 2003

Históricamente, el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata provocaba efectos adversos severos, como incontinencia e impotencia. La prostatectomía radical retropúbica es una técnica quirúrgica que evita dañar los nervios que controlan estas funciones.

Los informes sobre series en que cirujanos experimentados aplicaron este procedimiento en centros con gran volumen de pacientes revelan tasas de potencia entre 62% y 68% y de continencia entre 92% y 95%. Sin embargo, otros estudios encontraron porcentajes de potencia entre 10% y 30%. La explicación de esta discrepancia podría encontrarse en el número de cirugías efectuadas en los distintos centros o en la selección de individuos más jóvenes y sanos.

Para proveer más evidencia acerca de este enfoque quirúrgico, científicos de la División de Urología del Kaohsiung Veterans General Hospital evaluaron 44 pacientes operados por un solo cirujano entre 1996 y 2000. La edad promedio de los pacientes fue de 68.7 años. De estos 44 enfermos, 8 refirieron ser impotentes antes de la cirugía. En 18 pacientes se logró realizar la cirugía conservadora de los nervios sin inconvenientes, mientras que en los 18 restantes no se pudieron respetar las estructuras nerviosas por dificultades técnicas.

Entre éstas se encontraron un campo operatorio confuso por la presencia de sangre, adherencias severas provocadas por una resección transuretral previa, lesión del paquete vasculonervioso y sospecha de cáncer localmente avanzado. La función sexual postoperatoria fue evaluada mediante el International Index of Erectile Function (IIEF-6) y la referencia de los pacientes sobre la recuperación de la misma.

Se logró conservar los nervios en forma bilateral en 9 pacientes, mientras que en otros 9 se lo hizo unilateralmente. El seguimiento promedio fue de 14.4 meses. Los puntajes del IIEF y los porcentajes de recuperación de la función sexual fueron significativamente mejores en los pacientes en los que se respetaron los nervios. El 22.2% de ellos tuvieron erecciones espontáneas y actividad sexual satisfactoria. Un 44.4% de los mismos lograron mantener relaciones sexuales con la ingestión de sildenafil o la inyección intracavernosa de alprostadilo. Otros 4 sujetos (22.2%)

refirieron erecciones parciales pero prefirieron no recibir tratamiento para optimizarlas. Sólo dos de los enfermos en que se realizó la técnica quirúrgica que respeta los nervios presentaron impotencia completa. El tiempo medio hasta recuperar una función sexual estable fue de 11.6 meses. El hallazgo de un nivel posoperatorio promedio de antígeno prostático específico (PSA) de 0.1, similar al del grupo en que no se respetaron las estructuras nerviosas, demuestra que el control del cáncer obtenido fue aceptable. Sin embargo, se necesitan períodos de control más prolongados para poder ratificar un adecuado resultado oncológico.

Varios tratamientos se han propuesto para el cáncer de próstata localizado.

Entre ellos se encuentran la observación con controles periódicos, la terapia radiante (radioterapia externa o braquiterapia) y la cirugía. Valorar los beneficios y las desventajas de cada uno es dificultoso. La calidad de vida tiene un rol preponderante en la toma de decisiones. En los últimos tiempos, la incidencia de adenocarcinoma de próstata y la mortalidad específicamente relacionada con él han aumentado en Taiwan. Además, al igual que en los países occidentales, se ha incrementado sensiblemente la tasa anual de detección, con una tendencia firme a diagnosticar la neoplasia en pacientes más jóvenes con estadios más tempranos y con características menos agresivas.

Si bien la cirugía tiene el potencial de causar incontinencia e impotencia, un estudio anterior concluyó que la braquiterapia combinada con radioterapia externa logra peores índices de calidad de vida que la cirugía. Esto se debe a que el tratamiento radiante provoca mayores efectos irritantes sobre el tracto urinario y digestivo, además de provocar problemas miccionales de tipo obstructivo.

El sildenafil ha sido utilizado para tratar la disfunción eréctil luego de la cirugía prostática. El porcentaje de respuesta fue de 80% en los pacientes en que se conservaron los nervios en forma bilateral, 50% en los que se respetaron de un solo lado y 15% en aquellos enfermos en los que se seccionaron las estructuras nerviosas. Aparentemente, el prerrequisito para que esta droga ayude a lograr y mantener la erección es la conservación de los nervios.

La calidad de vida y el control oncológico logrados con la prostatectomía radical retropúbica con conservación de los nervios son buenos. La mayoría (66.67%) de los operados logró relaciones sexuales satisfactorias. Por lo tanto, los autores consideran que es una técnica adecuada para tratar el adenocarcinoma de próstata localizado.



Ante cualquier consulta o duda sobre los textos de esta edición, comunicarse con atencion@lector@siicsalud.com

14 - Comparan los Efectos de la Lubricación y de la Anestesia Uretral durante Procedimientos Vesicales

European Urology 43:194-196, 2003

La evidencia no parece justificar el uso de gel con anestésico local ya que una buena lubricación uretral se asocia con menor malestar y reduce el riesgo de efectos adversos.

Expertos del Craigavon Area Hospital Group Trust, de Irlanda del Norte, demostraron en un estudio aleatorizado y a doble ciego que la colocación de un gel con fines de lubricación se asocia con menos malestar local que la aplicación de la misma cantidad de gel con lignocaína al 2%. Además, se reduce el riesgo de reacciones alérgicas a los anestésicos locales y el costo de los procedimientos cistoscópicos.

La aplicación de un gel con lignocaína es un procedimiento considerado estándar antes de la colocación de un catéter en la uretra para efectuar cistoscopia. Paradójicamente, el propio gel parece ser causa de bastante malestar, por mecanismos que no se comprenden por completo. Es posible que su composición química y la distensión que ocasiona intervengan en la sensación dolorosa. Con la finalidad de esclarecer este punto y de determinar si realmente está justificado el uso de anestésicos locales, los especialistas estudiaron 100 pacientes consecutivos que serían sometidos a cistoscopia con endoscopio flexible. No se incluyeron individuos con antecedente de patología uretral ni los que recibían analgésicos. Los participantes fueron asignados a 11 ml de un gel con lignocaína al 2% o al mismo volumen de un gel acuoso, ambos a 4 °C. Inmediatamente después de su colocación, los enfermos refirieron el dolor en una escala visual analógica.

De esta forma pudieron comprobar que el uso del gel sin anestésico se asocia significativamente con menos dolor y molestia respecto del gel con lignocaína al 2%.

El uso de lignocaína fue introducido en 1949. Sin embargo, en 1954 un estudio encontró que casi un tercio de los urólogos no consideraba necesario el uso de anestésicos tópicos ya que la lubricación *per se* era suficiente para aliviar el malestar asociado con el pasaje del cistoscopio por la uretra. Más recientemente, con el uso de dispositivos flexibles, otros grupos demostraron que el procedimiento es mucho más tolerable y que la colocación del gel con lignocaína al 2% durante 15 minutos no se asocia con ventajas notables. No obstante, los resultados no fueron completamente homogéneos y otros investigadores consideran que el anestésico es de mayor beneficio.

El estudio realizado por los especialistas irlandeses confirmó las primeras observaciones al revelar que la colocación del anestésico local no se acompaña de

ventajas adicionales respecto de la correcta lubricación. Esta última, además, reduce el costo de los procedimientos y la probabilidad de que el enfermo presente reacciones adversas a los anestésicos locales, concluyeron.

15 - Solución Quirúrgica de la Fractura de Pene

International Braz J Urol 29(1):35-39, Ene Feb 2003

La fractura de pene es una lesión urológica infrecuente. Su diagnóstico es eminentemente clínico y su manejo debe ser quirúrgico e inmediato, para evitar las complicaciones relacionadas con la disfunción eréctil.

La fractura de pene es definida como ruptura del cuerpo cavernoso por un traumatismo romo sobre el pene erecto. No incluye las lesiones en el pene flácido ni los desgarros del ligamento suspensor del pene. Las relaciones sexuales vaginales son la causa más frecuente, aunque la masturbación también ha sido descrita. Con menor frecuencia podría ocurrir durante una erección nocturna si el paciente gira sobre su cuerpo.

La fractura peneana tiene una presentación clínica típica. Los individuos refieren un chasquido seguido de dolor e inflamación del miembro viril.

Posteriormente se desarrollan hematoma y deformidad del pene. En los casos en los que se asocia una lesión uretral (10% a 20%) se observan sangrado por la uretra, hematuria y dificultad para orinar.

Médicos de la División de Urología del Hospital Municipal Souza Aguiar investigaron en forma retrospectiva 56 fracturas de pene ocurridas en 55 pacientes entre 1982 y 2002. La edad osciló entre 18 y 63 años, con una media de 33. La fractura fue causada por un traumatismo sexual en el 94.7% de los casos y por la manipulación del miembro en el 5.3%. El tiempo transcurrido desde el evento hasta la consulta varió entre dos horas y 3 semanas. El diagnóstico se realizó principalmente en forma clínica, mediante el interrogatorio y el examen físico. En dos casos se utilizó la ecografía para confirmar la disrupción de la túnica albugínea, lo cual se logró solamente en uno. Otro paciente fue sometido a una resonancia magnética para confirmar la lesión. En siete sujetos se sospechó daño de la uretra. En ellos se procedió con una uretrrocistografía, la cual mostró extravasación del material de contraste en 6 casos.

De las 56 fracturas evaluadas, 49 fueron exploradas quirúrgicamente. El 95.9% presentó disrupción de la túnica albugínea (45 unilaterales, 2 bilaterales), mientras en 4.1% sólo se encontró un desgarró de la vena dorsal. Las lesiones de la uretra se observaron en seis pacientes, todas ellas acompañadas de daño del cuerpo cavernoso. Ambos casos de lesiones bilaterales se asociaron a alteraciones uretrales. El tamaño del desgarró varió desde 3 mm hasta 4 cm.

Entre los pacientes operados no hubo episodios de disfunción eréctil luego de la cirugía. Solamente dos pacientes presentaron una curvatura leve del pene, que



Ante cualquier consulta o duda sobre los textos de esta edición, comunicarse con atencionlector@siicsalud.com

no impedía las relaciones sexuales. De los siete pacientes manejados en forma conservadora por decisión del urólogo al ingreso, tres han sido operados para corregir la curvatura ventral del pene y las erecciones dolorosas.

La técnica quirúrgica utilizada consistió en una incisión subcoronal, con retracción de la piel del pene y exposición de los cuerpos cavernosos y la uretra. El sondaje vesical se realizó en forma rutinaria, excepto en los pacientes en que se sospechaba una lesión de uretra. Las lesiones de los cuerpos cavernosos fueron tratadas con puntos separados de poliglactina 3-0. Las lesiones uretrales fueron corregidas con puntos separados de poliglactina 5-0.

En los casos en que el único hallazgo fue la ruptura de la vena dorsal del pene, ésta fue ligada. La sonda vesical se retiró a las 12 horas de terminada la cirugía. En los enfermos en que se descubrieron lesiones uretrales parciales se dejó por 7-10 días, mientras que en las secciones totales de este conducto se mantuvo por 21 días.

La fractura de pene es una entidad de diagnóstico primordialmente clínico, cuyo manejo debe ser quirúrgico e inmediato. De esa manera se evitan alteraciones que desembocan en la disfunción eréctil. Si se sospecha lesión de la uretra, se recomienda realizar una uretrocistografía. En caso de duda diagnóstica se puede solicitar una ecografía o una resonancia magnética por imágenes.

16 - Disminuye el Número de Cirugías en la Hipertrofia Prostática Benigna: Revisión de las Indicaciones Quirúrgicas

The Kaohsiung Journal of Medical Sciences 19:49-53, Feb 2003

El tratamiento médico de la hipertrofia benigna de próstata es el elegido por la mayoría de los pacientes. La resección transuretral debería limitarse a los casos refractarios y a la hipertrofia con complicaciones tales como obstrucción completa, infecciones o litiasis vesical.

Un estudio retrospectivo de todos los pacientes que fueron operados por hipertrofia benigna de próstata (HBP) mediante resección transuretral de próstata (RTUP) en el Kaohsiung Medical University Hospital de Taiwan (n = 111) analizó las indicaciones por las que se les practicó la intervención. Los autores consideraban que las innovaciones registradas en la última década habían introducido modificaciones en las indicaciones quirúrgicas, lo que justificaba una revisión sobre el tema. En su opinión, la cirugía debe efectuarse (RTUP) en aquellos casos en los que haya fracasado el tratamiento médico o cuando tengan indicaciones absolutas, tales como obstrucción completa, infección recurrente, hematuria, insuficiencia renal o litiasis vesical.

El treinta y uno por ciento de los casos revisados presentaba retención urinaria aguda, 42% sufría de prostatismo sintomático, 5% presentaba litiasis vesical,

con divertículos de la vejiga o sin ellos y 12% hematuria recurrente. La piuria fue un hallazgo frecuente en los que se presentaron con retención urinaria aguda, y la anemia fue prevalente en aquellos con complicaciones crónicas. En el posoperatorio observaron mayor riesgo de complicaciones en el grupo operado por retención urinaria aguda.

La prevalencia de HBP es alta en la población masculina y se incrementa con la edad. Muchas veces es causa de sintomatología progresiva crónica del tracto urinario inferior o de complicaciones crónicas. La RTUP ha sido el método más empleado para resolver esta afección. Tiene un resultado favorable sobre los síntomas y complicaciones de la HBP a cinco años de evolución y supera a la conducta menos agresiva de observar y esperar. La RTUP tampoco ha mostrado incrementos del riesgo de incontinencia o alteraciones eréctiles.

Sin embargo, en los últimos años se ha producido una disminución sumamente importante de la RTUP, desde que aparecieron tratamientos médicos eficaces (antagonistas de los receptores adrenérgicos alfa 1 y finasteride) y procedimientos mínimamente invasivos tales como el láser y la terapia de onda corta. Dadas estas innovaciones, los autores consideraron que era necesario analizar nuevamente las indicaciones por las que efectuaron RTUP, teniendo en cuenta que ya se advertían modificaciones en ellas como consecuencia de los avances mencionados.

Varias publicaciones registran observaciones sobre la disminución muy marcada de los procedimientos quirúrgicos para la HBP; en algunas son de hasta 60% en el número de RTUP comparando la última década con la anterior. Por otro lado, hace 20 años la cantidad de fracasos con tratamiento médico era mucho mayor que en la actualidad y un número mayor concurría a la cirugía por complicaciones de su HBP.

En su mayor parte, los pacientes fueron tratados médicamente por al menos 6 meses antes de indicar la intervención. Los afectados por retención urinaria aguda fueron los que recibieron un tratamiento médico más breve, antes de realizar la RTUP.

Los autores sugieren que en todos los casos que vayan a cirugía se debería realizar un estudio urodinámico, a efectos de descartar una disfunción concomitante de la vejiga, y en aquellos casos con piuria, administrar un tratamiento antibiótico profiláctico.

17 - Todas las Edades Están Expuestas a la Balanitis Xerótica Obliterans

Southern Medical Journal 96:9-11, Ene 2003

El estudio epidemiológico de la balanitis xerótica obliterans demostró que puede presentarse a cualquier edad y con predominio en latinoamericanos y afroamericanos de entre 21 y 30 años.

Los autores, todos ellos médicos del ejército de los EE.UU., realizaron una pesquisa informática retrospectiva de los pacientes atendidos en consultorios externos de la

fuerza en Brooke Army Medical Center, entre los años 1997 y 1999, por balamitis xerótica obliterans (BXO). La búsqueda permitió el rastreo de 153 432 pacientes varones naturalmente vinculados a las fuerzas armadas, y entre ellos se detectaron 108 casos de BXO; es decir, la incidencia en el grupo poblacional analizado fue de 0.07% (o 7 casos por cada 10.000).

El trabajo contradice una noción que existía sobre la BXO respecto a que predominaba en hombres blancos de edad media, ya que la mayor incidencia fue encontrada en jóvenes de 21 a 30 años y especialmente de origen latinoamericano y afroamericano. La incidencia en estas dos etnias duplicó la de los blancos no latinos.

La incidencia promedio de 7 casos por 10 000 se eleva a casi 14 casos en 10 000 en el grupo etario comprendido entre 21 y 30 años. Los restantes grupos presentan frecuencias similares entre sí.

La BXO, descrita inicialmente por Stühmer en 1928, no es una patología tan infrecuente como originalmente se pensó. Reafirmando este concepto, se observa que es la causa más común de estenosis meatal y uretral adquirida en niños y adultos.

Está caracterizada por la aparición de un fenómeno inflamatorio en la zona del glande, el prepucio y el meato uretral y hasta puede alterar la arquitectura peneana. Las lesiones son blanquecinas y de tipo papuloso y costroso. Además de las lesiones visibles, los pacientes se quejan de picazón, erecciones dolorosas, dificultad para retraer el prepucio y pérdida de la sensibilidad en el glande. La afección del meato puede crear síntomas vinculados a la micción.

La BXO debe diferenciarse, mediante biopsia, de la lesión del líquen plano, eritroplasia de Queyrat y leucoplasia, similares en la inspección visual.

Lo más característico en el examen histopatológico de la BXO es la intensa hiperqueratosis coexistiendo con un epitelio adelgazado y una capa subepidérmica compuesta de un homogenizado de fibras colágenas y edema. Tampoco falta en la dermis un infiltrado de linfocitos y células plasmáticas que aparece en estadios más tardíos de la evolución de la enfermedad.

La BXO es considerada actualmente, desde el punto de vista clínico e histológico, como sinónimo de líquen escleroso atrófico del tracto genital masculino.

Los autores analizan las razones por las que encontraron mayor incidencia entre afroamericanos y latinoamericanos residentes en EE.UU. y en la segunda década de la vida. Una de las explicaciones postuladas consiste en que el servicio militar permite un mejor acceso a prestaciones de salud a minorías étnicas, lo que incrementa el reconocimiento de la afección que antes pasaba desapercibida.

La segunda explicación que intentan es de naturaleza cultural: la circuncisión temprana (al nacimiento), es más frecuente en blancos no latinos. Por lo tanto, la fimosis y la circuncisión tardía son más frecuentes entre afroamericanos y latinoamericanos. La circuncisión tardía es una de las causas etiológicas propuestas para el desarrollo de la BXO.

Tanto el cáncer de pene como la BXO son más frecuentes en climas calurosos de tipo tropical o subtropical. La importancia del factor climático es un tema todavía no investigado en profundidad.

La BXO no tiene aún una etiología claramente identificada, pero no existen dudas sobre su naturaleza inflamatoria crónica. La autoinmunidad parece explicar la progresión del proceso. Algunos autores consideran el papel del trauma y la cicatrización como posibles responsables.

Uemura y colaboradores describen la aparición de BXO en 3 casos de cirugía por hipospadias, sobre una población total de 796 casos, lo que indica una incidencia de 4 en 10 000.

Diversas investigaciones han tratado de inculpar a varios microorganismos, tales como el papilomavirus humano, espiroquetas y micobacterias atípicas en la progresión de la enfermedad, pero hasta el presente no existen evidencias que permitan sostener estas ideas.

En el trabajo, el 35% de los pacientes con BXO presentó historia de circuncisión tardía, trauma genital o cirugía por estrechez uretral.

18 - Valor de los Exámenes Urinarios para Detectar Infecciones de Transmisión Sexual por *Chlamydia trachomatis*

Clinical Microbiology and Infection 9(3):194-201, Mar 2003

Los test urinarios para el diagnóstico de infecciones de transmisión sexual provocadas por Chlamydia trachomatis son un buen complemento, pero no reemplazan a los hisopados de cuello y uretra.

La sensibilidad y especificidad de los test urinarios mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) e inmunoensayo enzimático (EIA) para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual secundarias a *Chlamydia trachomatis* fue valorada en un estudio realizado en el Statens Serum Institut y el Rigshospitalet, Copenhague, Dinamarca.

Según refieren los autores, las infecciones provocadas por *C. trachomatis* constituyen la patología de transmisión sexual más frecuente en el mundo occidental. En los últimos años, la prevalencia de esta enfermedad ha disminuido aproximadamente un 3.5%, tal vez debido a que se ha controlado a un mayor número de pacientes.

La utilización de un método de diagnóstico no invasivo es particularmente útil en este tipo de patologías que afectan a una gran parte de la población, debido a que se abaratan los costos y se hace posible extender las medidas de control a más personas. La realización de PCR o EIA en muestras de orina de los pacientes es extremadamente sencilla; los pacientes pueden recolectar la muestra en su domicilio, lo cual aumenta el índice de cumplimiento de los controles realizados. En el presente estudio se evaluaron los resultados de 410 pacientes consecutivos (243 hombres y 167 mujeres), que concurrieron de manera ambulatoria al departamento de



Ante cualquier consulta o duda sobre los textos de esta edición, comunicarse con atencionlector@siicsalud.com

enfermedades venéreas.

Trescientos veinte completaron un cuestionario dirigido a detectar síntomas y determinar si se trató de controles, contactos o abortos. Posteriormente se les tomaron muestras de orina para PCR y EIA y se efectuaron hisopados uretral y cervical (para PCR y cultivo). La prevalencia de las infecciones por *C. trachomatis* fue de 11.5%, y 40% de los pacientes no presentaron síntomas al momento de realizar el control. Los test urinarios tuvieron menor sensibilidad que los hisopados para detectar la infección (85% vs. 91%; $p = 0.5$), y la PCR fue más sensible que el EIA tanto en hombres como en mujeres (PCR 66.7% en mujeres y 71.9% en hombres y EIA 40% en mujeres y 62.5% en hombres; $p = 0.4$ y 0.7); las diferencias no fueron significativas. En el caso de los hisopados y cultivos, la sensibilidad de la PCR fue de 93.3% en las mujeres y del 87.5% en los varones. El 3.3% de los controles y el 35% de los contactos tuvieron un test positivo.

En conclusión, los autores mencionan que los exámenes urinarios por PCR y EIA, si bien no reemplazan a los hisopados de cuello y uretral, son herramientas útiles y prácticas para la detección de infecciones de transmisión sexual secundarias a *C. trachomatis*, tanto en pacientes sintomáticos como en aquellos que no presentan síntomas de enfermedad. Debido a que se detectó 35% de casos positivos entre los contactos, los autores también sugieren que sería útil realizar controles luego de cumplido el tratamiento con una dosis única de azitromicina o luego de una semana de doxiciclina.

19 - Escasa Eficacia de los Anticolinérgicos en la Vejiga Hiperactiva

British Medical Journal 326:841-844, Abr 2003

Los autores observaron mínimas diferencias entre 2 grupos de pacientes con vejiga hiperactiva (uno tratado con placebo y el otro con anticolinérgicos) en una revisión y análisis de los estudios publicados en la literatura médica.

Realizada la pesquisa bibliográfica y analizadas 32 publicaciones en la materia, los autores llegaron a la conclusión de que, si bien desde el punto de vista estadístico existieron diferencias entre dos grupos de pacientes con vejiga hiperactiva, tratados con placebo en un caso y anticolinérgicos en el otro, en realidad, desde el enfoque clínico, la diferencia fue escasa, salvo por una mayor sequedad bucal en el grupo anticolinérgico.

Existen dudas sobre la eficacia de los anticolinérgicos en el tratamiento de la vejiga hiperactiva, y por esa razón los autores intentaron obtener conclusiones válidas a partir de los trabajos clínicos experimentales publicados sobre el tema.

La vejiga hiperactiva es un cuadro caracterizado por extrema urgencia miccional (es casi imposible postergarla), incremento de la frecuencia urinaria nocturna o nocturia e impulsos irrefrenables de

evacuación urinaria (incontinencia).

La prevalencia de los síntomas de vejiga hiperactiva aumenta con la edad, y está incrementada también en personas con diversas afecciones neurológicas tales como esclerosis múltiple.

El aumento de la frecuencia y urgencia urinarias pueden resultar casi tan molestos para el paciente como la incontinencia, y en general los síntomas de vejiga hiperactiva causan importante deterioro en la calidad de vida. Los dos tratamientos más comunes del cuadro consisten en el reentrenamiento vesical y la administración de fármacos con acción anticolinérgica. Estos actúan bloqueando las vías parasimpáticas, con lo que reducen la fuerza de contracción del músculo detrusor de la vejiga. También se producen efectos colaterales tales como sequedad bucal u ocular, constipación y con menor frecuencia cefaleas y náuseas.

Los autores analizaron 32 trabajos sobre 64 potenciales investigaciones. Estos 32 trabajos extendían el estudio a un total de 6 800 pacientes (1 529 hombres y 3 938 mujeres; en algunos trabajos no se aclaraba el sexo). El 57% de esta población, al azar, recibió medicación anticolinérgica y el 26% placebo.

Los medicamentos anticolinérgicos utilizados fueron tolterodine (12 trabajos), oxibutinina (en 10), trospium (8 publicaciones), propiverina (5 trabajos) y bromhidrato de emepronio y propantelina (1 publicación cada una).

La medicación anticolinérgica produjo pequeñas pero significativas mejoras en la sintomatología de los pacientes en cuanto a cantidad de episodios de incontinencia en el día, cantidad de micciones y modificación favorable de los parámetros urodinámicos. La mayoría de los pacientes notó marcada mejoría, pero el hecho interesante radica en que los tratados con placebo también manifestaron alivio sintomático similar.

La medicación activa produjo marcado incremento de la capacidad vesical máxima (incremento de 43 a 66 ml). El principal efecto colateral observado en este grupo fue la sequedad bucal. Sin embargo, esta queja también fue encontrada en pacientes de edad avanzada que recibían placebo.

Los autores observaron que la mayoría de los trabajos publicados tenían escaso seguimiento de los pacientes tratados; esto último, unido al hallazgo de resultados parecidos con la administración de placebo, les lleva a plantear la escasa utilidad clínica real de los anticolinérgicos en la vejiga hiperactiva.

La diferencia observada entre el grupo tratado con placebo y el que recibía anticolinérgicos fue de una magnitud menor que la esperada, conforme a la experiencia clínica.

Muchas de las personas medicadas con anticolinérgicos por padecer de vejiga hiperactiva reciben al mismo tiempo reentrenamiento vesical. Los trabajos analizados, en cambio, excluyeron a aquellos pacientes que habían reentrenado su vejiga y no brindaron ningún tipo de reentrenamiento a los pacientes en estudio. A la fecha no existe ningún estudio comparativo entre medicación anticolinérgica y reentrenamiento vesical. Una revisión sistemática mostró que el reentrenamiento vesical comparado con placebo podría arrojar resultados similares a los evidenciados aquí.

20 - Diagnóstico y Tratamiento del Absceso de Próstata

International Braz J Urol 29(1):30-34, Ene Feb 2003

El absceso de próstata es infrecuente y difícil de diagnosticar, ya que los síntomas tempranos se confunden con los de otras enfermedades del tracto urinario inferior. El tratamiento médico quirúrgico brinda buenos resultados en la actualidad.

Las tasas de complicaciones por abscesos prostáticos han sufrido un gran cambio en las últimas décadas. En los años cuarenta, la mortalidad variaba entre 6% y 30%. El microorganismo causante detectado más a menudo era la *Neisseria gonorrhoea*. Hoy en día la mortalidad oscila entre 3% y 16% y la lista de gérmenes que la originan está encabezada por las enterobacterias. *Escherichia coli* tiene la mayor prevalencia, alrededor del 70%.

Investigadores del Hospital São Rafael de Salvador, Bahía, revisaron en forma retrospectiva las historias de 9 pacientes tratados en ese centro entre 1998 y 2000 con diagnóstico de absceso de próstata. La edad media fue de 52.7 años (rango, 37 a 73). Se puede considerar que cuatro tenían factores de riesgo. Uno de ellos estaba infectado por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), y presentó un absceso prostático simultáneamente con un absceso pararrenal. En ambos sitios se aisló el mismo agente etiológico. Otros tres pacientes sufrían diabetes mellitus, uno de los cuales además había sido sometido a biopsia prostática. Otro de los pacientes diabéticos refirió infección cutánea dos semanas antes de la molestia prostática.

Al inicio del cuadro todos los pacientes presentaron síntomas compatibles con prostatitis, incluyendo disuria, fiebre y dolor al examen digital. En el 100% se detectó aumento del número de leucocitos en la orina. Los siete pacientes con lesiones de mayor tamaño evolucionaron con retención urinaria. El diagnóstico fue confirmado en 7 sujetos con ecografía transrectal, en dos por ecografía abdominal realizada al ingreso en la sala de urgencias y en un caso fue necesaria una tomografía para identificar la enfermedad. En el otro individuo el diagnóstico se hizo durante una prostatectomía. El hallazgo en la ultrasonografía transrectal es la presencia de una o más zonas hipoecogénicas, de diversos tamaños, que contienen un líquido espeso, principalmente entre la zona de transición y la zona central de la próstata. Si bien las imágenes son características, se puede plantear en algunas ocasiones el diagnóstico diferencial con quistes prostáticos y neoplasias.

En todos los casos se inició el tratamiento con antibióticos intravenosos. Siempre se usó ciprofloxacina, a veces asociada a amikacina o metronidazol. En dos pacientes se rotó la terapia a ceftriaxona por falta de respuesta. Dos enfermos tenían microabscesos y tuvieron buena evolución con tratamiento antibiótico

exclusivo. Los otros siete pacientes debieron ser operados. En dos casos se realizó resección prostática transuretral. Otros cuatro pacientes fueron abordados por vía perineal, dejándose un catéter para drenaje. El último sujeto debió ser sometido a ambos procedimientos debido a la extensión periprostática de la lesión. En dos pacientes se descubrió que había compromiso del espacio prerrectal. El absceso perirrenal fue drenado en forma percutánea con la asistencia de imágenes tomográficas.

Todos los enfermos tuvieron buena evolución. La estadía hospitalaria media fue de 11.2 días y fueron dados de alta con antibióticos vía oral para completar 3 semanas de tratamiento. No se produjeron decesos ni complicaciones sépticas. Las bacterias cultivadas fueron *Staphylococcus aureus* (en 7 pacientes), *E. coli* (1), *Aeromonas aerophyla* (1) y *Klebsiella pneumoniae* (1). Es importante enviar material a cultivo en todos los casos para identificar el agente etiológico causante. Esto es de primordial importancia en los pacientes inmunodeprimidos.

El mecanismo fisiopatológico más probable es el flujo retrógrado de orina contaminada durante la micción. Otros autores sugieren que el absceso es la complicación de una prostatitis aguda o crónica. También se ha descrito la diseminación bacteriana hematógena desde focos infecciosos distantes, especialmente de los tractos respiratorio, digestivo, urinario y de la piel.

El absceso prostático mal tratado puede desencadenar sepsis y muerte. Por lo tanto se requiere un diagnóstico adecuado y un tratamiento eficaz. El aumento de la longevidad y la alta incidencia de pacientes inmunodeprimidos hacen necesario sospechar rápidamente esta patología en toda persona con síntomas urinarios que no mejoran con antibióticos orales.

21 - Tratamiento Electroquímico Transuretral de la Hiperplasia Prostática Benigna

Chinese Medical Journal 116(1):104-107, Ene 2003

El 69% de los individuos con hiperplasia prostática benigna sometidos a terapia electroquímica transuretral alcanza micción satisfactoria.

El tratamiento electroquímico transuretral es una alternativa mínimamente invasiva para la terapia de la hiperplasia prostática benigna. A esta conclusión arribaron investigadores de la Universidad de Pekín, quienes evaluaron la eficacia del procedimiento en 16 pacientes con retención urinaria y contraindicaciones quirúrgicas. El dispositivo utilizado consiste en un generador de corriente ajustable y un catéter balón 18 F con electrodos flexibles. Luego de la lubricación uretral con gel de lidocaína al 2% se procedió a la inserción del catéter terapéutico y ubicación de los electrodos en la uretra prostática. El tratamiento totalizó entre 60 y 220 coulombs por el lapso de 68 a 120 minutos.

Posteriormente, el catéter terapéutico fue reemplazado por una sonda Foley por 7 a 10 días, con la



Ante cualquier consulta o duda sobre los textos de esta edición, comunicarse con atencionlector@siicsalud.com

administración de antibióticos durante 3 a 5 días. Los controles se efectuaron al mes y a los 3 meses de la intervención e incluyeron evaluación del ritmo urinario, puntaje internacional de los síntomas prostáticos, uroflujometría y determinación del volumen urinario residual y del volumen prostático mediante ecografía transrectal.

Un grupo fue evaluado además mediante uretoscopia antes del tratamiento, luego de la extracción de las sondas y un mes después. Todos los pacientes completaron el procedimiento terapéutico, que se prolongó en promedio durante 82 minutos. Trece sujetos recuperaron la micción espontánea una vez retirada la sonda en el postratamiento, mientras que el resto permaneció con la sonda debido a la incapacidad para orinar espontáneamente. Dos pacientes del primer grupo debieron ser cateterizados nuevamente en el mes posterior al tratamiento debido a la aparición de síntomas obstructivos graves o a la presencia de volumen urinario residual importante. A los 3 meses del procedimiento, el 69% de los pacientes no requirió sonda y presentó micción satisfactoria.

Los volúmenes prostáticos variaron de 69.5 ml a 68.7 ml al mes del procedimiento. La uretoscopia efectuada a los 10 días reveló necrosis y exfoliación de la mucosa de la uretra prostática y al mes se observó la uretra prostática engrosada, cubierta con mucosa normal. El espasmo vesical involuntario fue el efecto adverso más frecuente durante la intervención. La hematuria fue leve y no requirió tratamiento. Por último, ningún individuo tuvo complicaciones graves como hematuria, infección urinaria o incontinencia.

El procedimiento descrito constituye una opción terapéutica para la hiperplasia prostática benigna en pacientes con elevado riesgo quirúrgico, finalizan los autores.

diagnóstica, pero según algunos investigadores esto podría aumentar también las complicaciones. Los autores realizaron un estudio comparativo con el fin de determinar si el incremento del número de biopsias se asocia con mayor morbilidad y dolor.

En el período comprendido entre 1996 y 1998 se realizaron 250 biopsias con el método tradicional (grupo A) y a partir de 1999 hasta 2001 otros 250 pacientes fueron sometidos a biopsia con el agregado de dos muestras laterales por lóbulo (grupo B). Fueron registrados el grado de aceptación del procedimiento y la magnitud del dolor por medio de escalas analógicas, así como la aparición de complicaciones.

Los resultados indicaron que en el grupo A el dolor se refirió como leve en el 21% de los casos, tolerable en el 63% y severo en el 16%, en tanto que en el grupo B los valores respectivos fueron 18%, 65% y 17%. La complicación más frecuente fue la hematospermia, que se registró en casi todos los pacientes, sin diferencias entre ambos grupos (96% y 95% respectivamente). La microhematuria se manifestó en el 25% de los pacientes del grupo A y en el 27% del grupo B. Sólo en 2 pacientes del grupo B fue necesario suspender el examen por intolerancia, y únicamente en otros 2 pacientes de este mismo grupo fue necesario colocar un catéter vesical temporario.

Los resultados indican que entre ambos métodos no se encuentran diferencias significativas, y las complicaciones fueron poco frecuentes y leves. Los autores sugieren que puede aumentarse el número de biopsias prostáticas sin temor a mayor morbilidad, aunque resta determinar si esta modificación del procedimiento convencional es de real utilidad para incrementar la precisión diagnóstica.

22 - Morbilidad y Tolerancia del Aumento del Número de Biopsias Prostáticas

Archivio Italiano de Urologia e Andrologia 74:299-301, Dic 2002

El aumento del número de muestras en la biopsia de próstata transrectal no se acompaña de aumento significativo de dolor o complicaciones del procedimiento.

El aumento del número de muestras en la biopsia prostática es bien tolerado y se asocia con complicaciones leves, señalan investigadores del Ospedale L. Pierantoni de Forli, Italia. Los autores comentan que la biopsia prostática transrectal es un procedimiento fundamental para el diagnóstico del carcinoma prostático, en conjunto con el estudio del antígeno prostático específico y la exploración rectal. Desde 1989 se ha impuesto la técnica descrita por Hodge, que consiste en la toma de 6 muestras, 3 por cada lóbulo, en el plano parasagital (muestras apical, mediana y basal). Numerosos estudios sugieren que con mayor número de muestras aumenta la seguridad