

Actualidad

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

11 - La Incontinencia Urinaria y la Vejiga Hiperactiva Deterioran Notablemente la Calidad de Vida

European Urology 43:535-538, 2003

Las mujeres con vejiga hiperactiva experimentan menor deterioro en la dimensión física de la calidad de vida en comparación con las que padecen incontinencia urinaria.

La calidad de vida (CDV) se convirtió en un punto de sumo interés en la evaluación del impacto de las enfermedades, particularmente de las patologías benignas. Aunque varios estudios analizaron la CDV en mujeres con incontinencia urinaria (IU), muy pocos compararon pacientes con IU o vejiga hiperactiva (VHA) con controles. En la presente experiencia el doctor F Chiapparino y un equipo de colaboradores del Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (Universidad de Milán, Italia) efectuaron esta comparación.

Los casos incluyeron 1062 pacientes mayores de 40 años que recibieron asesoramiento o tratamiento durante el período de estudio. Las mujeres con IU experimentaron pérdida involuntaria de orina en el último mes, mientras que aquellas con VHA se caracterizaron por más de 8 micciones diurnas, más de una micción nocturna, o ambas, y por síntomas de tenesmo vesical. El grupo control fue conformado por 1 143 mujeres. El ginecólogo entrevistó a los casos y controles sobre sus características generales y hábitos y se confeccionaron las historias ginecológicas y obstétricas. Todas las participantes completaron el cuestionario SF-12, un instrumento desarrollado a partir del SF-36 como alternativa válida y confiable para determinar aspectos subjetivos de la salud y la CDV. El cuestionario valora la CDV a partir del funcionamiento físico y mental en las 4 semanas previas. La información de 6 puntos permite determinar la salud física (PCS-12), mientras que el resto incluye medidas de salud mental (MCS-12). Los puntajes varían de 0 a 100 (CDV óptima) para cada dimensión. Las participantes también consignaron los síntomas urinarios (polaquiuria, tenesmo, nocturia y pérdida involuntaria de orina con el esfuerzo, tos o estornudo) de acuerdo con una escala visual analógica. Según las respuestas, la sintomatología fue clasificada como "intensa", "bastante intensa" y "extremadamente intensa". Posteriormente los casos fueron entrevistados con el cuestionario propuesto por Wein y Rovner para diagnosticar el tipo de IU (de esfuerzo, mixta o de urgencia).

En general, los casos tendieron a poseer un nivel de educación inferior y a presentar con mayor frecuencia ciertas patologías crónicas, con inclusión de histerectomía, infecciones urinarias recurrentes, trauma perineal y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los puntajes del cuestionario SF-12 fueron significativamente inferiores en los casos; los valores medios de la dimensión física en controles, VHA, IU de urgencia, IU de esfuerzo e IU mixta ascendieron a 48.3, 45.6, 42, 44.5 y 40, respectivamente. Las pacientes con IU de esfuerzo evidenciaron puntajes más elevados en la esfera mental respecto de las mujeres con los otros tipos de IU. Los casos con IU mixta tendieron a exhibir menores puntajes en las dimensiones física y mental. En el análisis de la CDV de acuerdo con el nivel de intensidad de la percepción de los síntomas, las dimensiones física y mental de los casos disminuyeron notablemente con el incremento de la intensidad de la sintomatología, sin diferencias importantes entre los distintos tipos de IU.

La presencia de incontinencia urinaria o de vejiga hiperactiva deteriora notablemente el funcionamiento físico y mental. Sin embargo, las pacientes con vejiga hiperactiva experimentan menor compromiso de la esfera física. Este fenómeno indicaría que la pérdida de orina involuntaria probablemente sea el factor debilitante. Respecto del tipo de incontinencia, la de esfuerzo afecta en menor medida la calidad de vida, probablemente debido a que la pérdida de orina es evitable en cierta medida mediante la limitación de la actividad física.

12 - Diagnóstico Temprano del Reflujo

renal adquirida. Desde entonces, se han hecho grandes esfuerzos en la mayoría de los países desarrollados para impedir la afectación del parénquima renal en estos pacientes; las intervenciones tienen el objetivo de asegurar que a cada niño que recibe el diagnóstico de la primera infección del tracto urinario también se le realicen los estudios tendientes a detectar la presencia de reflujo vesicourinario.

Sin embargo, no está aclarado hasta qué punto la extensión de las actuales recomendaciones para la detección del reflujo son puestas en práctica; este aspecto es importante, porque tiene una lógica influencia sobre la edad del diagnóstico. Por otra parte, tampoco existe información disponible que respalde el concepto de que el diagnóstico precoz y la institución de terapia reduzcan la lesión renal en niños con reflujo urinario.

Este ensayo, realizado por el Departamento de Pediatría, Unidad Renal Pediátrica de la Clínica De Marchi (Milán, Italia), se concentra en el primero de los temas mencionados, es decir en la asunción de que la detección temprana del reflujo y su manejo por medio de la higiene, la profilaxis antimicrobiana o la corrección quirúrgica, son necesarios para el mantenimiento de la función renal.

Los resultados del estudio comprobaron que el reflujo vesicoureteral es actualmente diagnosticado y tratado más tempranamente que en el pasado, lo que constituye un paso previo para la reducción de la incidencia de las consecuencias renales de la enfermedad. Se incluyeron en el análisis 126 pacientes con reflujo primario diagnosticado por medio de la cistouretrografía, luego de una infección del tracto urinario. Para la comparación estadística se utilizaron el test de Wilcoxon y el de Mann-Whitney, de acuerdo con la necesidad.

La detección más temprana del reflujo probablemente se deba a la diferente actitud hacia la pesquisa de las condiciones y los cambios socioeconómicos desde 1970. Actualmente, la difusión de los exámenes de monitoreo por ecografía del feto, frecuentemente llevan al reconocimiento temprano del reflujo, aún en los individuos no infectados. Por otra parte, existen evidencias crecientes acerca del origen genético de dicho reflujo, por lo que su detección se propone frecuentemente en los hermanos asintomáticos de niños con reflujo.

Es todavía motivo de debate si el diagnóstico actualmente aconsejado y el tratamiento del reflujo posterior a la infección del tracto urinario, se acompaña de reducción en la incidencia de enfermedad renal crónica inducida por dicho reflujo, probablemente debido a que existe un considerable período de tiempo entre el primero y el último.

En conclusión, señalan los autores, este análisis sugiere que el reflujo vesicoureteral es detectado actualmente en forma más temprana, lo que podría llevar a reducir la incidencia de las consecuencias renales de la enfermedad. Los efectos beneficiosos de los nuevos diagnósticos y de las prácticas terapéuticas, deberían poder comprobarse en los registros de trasplantes y de diálisis en unos pocos años, especialmente en el caso de las mujeres.

13 - Determinan la Existencia de Anomalías Obstructivas en Hombres con Azoospermia

Human Reproduction 18(12):2534-2539, Dic 2003

La criptorquidia bilateral es habitualmente una disfunción secretora testicular; sin embargo, la extracción del esperma testicular permite la recuperación de un amplio número de espermatozoides.

La azoospermia se clasifica habitualmente, según sus causas, como obstructiva y no obstructiva. Por otra parte, la criptorquidia bilateral está asociada con disfunción secretora; en estos casos, los parámetros del semen están alterados y la consecuencia son tasas disminuidas de paternidad.

Aproximadamente el 10% de los pacientes con infertilidad que buscan asistencia médica refieren historia de criptorquidia y la azoospermia está presente en el 20% de los casos.

Investigadores del Departamento de Medicina Reproductiva, Istituto Clinico Humanitas en Milán, Italia, llevaron a cabo un estudio para determinar si el antecedente de orquidopexia bilateral representa un factor de mal pronóstico en los hombres con azoospermia que se someten a extracción de espermatozoides.

A los fines del estudio se obtuvieron datos de 107 pacientes, 77 con presunción de azoospermia no obstructiva, según los parámetros clínicos convencionales (volumen testicular, FSH, historia clínica), que se sometieron a una biopsia testicular para la extracción de esperma. Los demás pacientes, 30 hombres (28%), presentaron el antecedente de orquidopexia bilateral por criptorquidia.

Los resultados del estudio mostraron que se diagnosticó espermatogénesis normal o ligeramente menor en 12/30 pacientes con antecedentes de criptorquidia y en 7/77 hombres con diagnóstico presuntivo de azoospermia no obstructiva. En 53/107 pacientes (49.5%) fue posible recuperar esperma. Se observaron gametas sexuales masculinas en 22/30 pacientes con antecedentes de criptorquidia y en 31/77 pacientes con azoospermia no obstructiva.

Los hallazgos del estudio mostraron que en ausencia de una evaluación testicular histológica, la variable clínica orquidopexia bilateral no representa un valor pronóstico negativo para la posibilidad de extracción de semen testicular, en pacientes con azoospermia. Este tipo de azoospermia no debe ser automáticamente incluida en las causas secretoras y se asocia en ocasiones a anomalías obstructivas de los conductos seminales.

Se sugiere la evaluación cuidadosa de la inflamación e infección silente en pacientes con presunción de azoospermia no obstructiva, dado que constituye un factor pronóstico positivo para la recuperación de espermatozoides en la población masculina de pacientes.

14 - Cambios en la Morfología de las Células Espermáticas en la Prostatitis

Andrologia 35(5):288-293, Oct 2003]

El síndrome de dolor pelviano crónico produce un efecto deletéreo en la morfología de las células del espermatozoide, en comparación con los resultados observados en los casos de un grupo control.

El posible efecto negativo del síndrome de dolor pelviano crónico, en especial en la morfología de los componentes del semen, permanece aún poco claro. La inflamación y la infección del aparato genital del hombre representa un factor de importancia en la infertilidad masculina, que en ocasiones responde satisfactoriamente a los diversos tratamientos. El efecto de la prostatitis crónica sobre el semen es objeto de debate; una de las posibles explicaciones es la dificultad para la clasificación de este proceso inflamatorio.

Una clasificación aprobada por consenso y confirmada por los National Institutes of Health (NIH) divide las prostatitis en cuatro categorías: NIH I, que corresponde a la prostatitis bacteriana aguda; la NIH II, de tipo bacteriana crónica; NIH III, denominada prostatitis crónica abacteriana o síndrome de dolor crónico pelviano (SDCP), que a su vez se divide en A y B según la existencia o no de compromiso inflamatorio; y NIH IV, prostatitis inflamatoria asintomática.

Investigadores del Department of Obstetrics and Gynaecology, Tygerberg Hospital, en Sudáfrica, desarrollaron un estudio para la determinación del efecto de las diferentes variedades de prostatitis, según la clasificación de los NIH, sobre los parámetros morfológicos del semen. La población fue cuidadosamente seleccionada y los resultados se compararon con los datos de la bibliografía.

Se obtuvieron muestras de semen de 34 hombres con síndrome de dolor crónico pelviano (NIH III A), 18 hombres con SDCP (NIH III B) y 17 hombres controles. En la comparación de la morfología del espermatozoide, según el criterio de la Organización Mundial de la Salud, no se apreciaron diferencias; sin embargo, una evaluación más rigurosa, conforme a los criterios de los National Institutes of Health, mostró que en el grupo NIH III A existió una tendencia a la presencia de un menor porcentaje de espermatozoos morfológicamente normales, en comparación con el grupo control.

Se observó además un porcentaje mayor estadísticamente significativo de espermatozoos elongados en el grupo III A respecto de los controles; en el grupo NIH III B, se observaron valores intermedios.

Los autores concluyeron que el síndrome de dolor crónico pelviano, según la clasificación NIH III A, tiene un efecto negativo significativo en los parámetros morfológicos del espermatozoide y en grado menor en los casos de SDCP (NIH III B), en comparación con los resultados obtenidos de un grupo control.

15 - Compresión de la Médula Espinal en el Cáncer de Próstata con Metástasis

European Urology 44(5):527-532, Nov 2003]

El pronóstico en los pacientes con compresión de la médula espinal producida por metástasis del cáncer de próstata es malo, por lo que se sugiere orientar los esfuerzos a la prevención de esta manifestación.

La compresión de la médula espinal es una complicación neurológica frecuente de las lesiones malignas avanzadas y debe ser considerada una emergencia oncológica.

La frecuencia de aparición de la compresión, en pacientes portadores de cualquier tipo de lesión de tipo maligna es del 5% a 10%.

El cáncer de próstata es la segunda causa más frecuente, luego del cáncer de pulmón, de compresión de la médula. Se considera que alrededor del 1% al 12% de los individuos con cáncer de próstata desarrollarán esta complicación.

La historia natural relativamente lenta del cáncer de próstata justifica la realización de un tratamiento agresivo a fin de preservar y recuperar la función neurológica, aliviar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes. A pesar del advenimiento de numerosos progresos en las técnicas de imágenes, no ha habido muchos cambios en relación con la mejoría neurológica.

Investigadores del Service d'Urologie, Centre Hospitalier Universitaire Pontchaillou, en Francia, investigaron la evolución y pronóstico de los pacientes afectados por compresión de la médula espinal en una experiencia de carácter retrospectivo.

Se obtuvo información de 24 pacientes hospitalizados con compresión de la médula espinal por metástasis de cáncer de próstata, entre el año 1987 y 2001. Al ingreso 3 pacientes deambulaban y presentaron déficit neurológico leve; en 12 pacientes se determinó la existencia de paraparesia y 9 estuvieron parapléjicos. El diagnóstico fue establecido por imágenes de tomografía computada y resonancia magnética nuclear.

Se observó que 8 pacientes no estaban en tratamiento hormonal antes de la aparición de la compresión y 19 pacientes presentaron dolor dorsal o lumbar, que requirió tratamiento opiáceo durante un promedio de 60 días antes de la aparición de los síntomas neurológicos (rango, 10 a 840 días).

Todos los pacientes recibieron tratamiento con esteroides; los 8 pacientes sin tratamiento previo hormonal fueron sometidos a orquidectomía bilateral. Otro hallazgo que los autores destacaron fue que 12 pacientes recibieron radioterapia sola y 9 pacientes radioterapia más laminectomía. Se determinó el estado terminal en dos pacientes, que recibieron tratamiento único con esteroides.

Luego de cada tratamiento indicado, 15/24 pacientes

podieron deambular y la mejor respuesta se registró entre los pacientes que recibieron una combinación de radioterapia y laminectomía. Durante el período de seguimiento fallecieron 17 pacientes, con una supervivencia media de 4 meses (2 semanas a 49 meses). Los 7 pacientes que permanecían vivos en el último control presentaban una media de seguimiento en ese momento de 10 meses.

Los autores concluyeron que el pronóstico de los pacientes con compresión de la médula espinal es malo y sugieren orientar los esfuerzos a la prevención de esta manifestación. Otra recomendación se relaciona con la necesidad de solicitar estudios de imágenes en pacientes con cáncer de próstata resistente a hormonas, que desarrollan dolor dorsal persistente. La identificación de metástasis óseas con estas técnicas requiere la indicación de radioterapia local profiláctica a nivel de la región medular.

16 - La Obtención de 21 Muestras Mediante Biopsia por Punción Aumenta la Tasa Diagnóstica del Cáncer de Próstata

Urology 61(6):1181-1186, 2003

La obtención de 21 muestras mediante la biopsia por punción mejora la tasa de detección del cáncer de próstata sin aumentar la morbilidad del procedimiento.

Los hombres con niveles elevados de antígeno prostático específico (APE) o que presentan hallazgos anómalos en el tacto rectal deben ser evaluados mediante biopsia por punción en sextante guiada por ecografía transrectal para la detección de cáncer prostático. El método, introducido en 1989 por Hodge y col., apunta a la toma de muestras en una zona periférica rica en células tumorales mediante la dirección de la aguja a lo largo del plano parasagital en las regiones basal, media y apical de ambos lados de la próstata. Al limitar la cantidad de cilindros biopsados a 6 se minimizan la morbilidad y la detección de neoplasias clínicamente insignificantes, maximizando el diagnóstico de tumores más importantes. Sin embargo, los autores destacan que la sensibilidad de la biopsia sextante puede ser subóptima, especialmente en glándulas de forma alargada y excéntrica; la tasa de falsos negativos pueden alcanzar el 23%. Cabe destacar que entre el 13% y el 41% de los pacientes con resultados falsos negativos de acuerdo con este procedimiento presentan resultados positivos en una segunda biopsia. Además, varios investigadores recomendaron el incremento de la cantidad de biopsias en la zona anterior o de transición o la modificación del

ángulo de la aguja para tomar muestras de la periferia de manera más eficaz. El empleo de ambas estrategias aumenta la tasa de detección de 20.4% a 41%. Los autores diseñaron un procedimiento que comprende la biopsia por punción con 21 muestras (B21) en pacientes con sospecha de cáncer de próstata. En la presente exposición informan la tasa de detección de la neoplasia y de morbilidad en una extensa población de estudio.

Entre diciembre de 2000 y mayo de 2002, 303 pacientes fueron evaluados mediante B21. En primer lugar se llevaron a cabo 6 biopsias sextantes (ángulo de 45°), seguidas por 3 biopsias en cada zona periférica con un ángulo de 80° de la base al ápex, 3 biopsias en cada zona de transición de la base al ápex y finalmente 3 biopsias en la línea media de la zona periférica. La tasa de diagnóstico de cáncer de próstata fue 31.3%, vs. 22.7%, 28.3% y 30.7% con 6 (sextante sola), 12 (sextante más laterales) y 18 biopsias (sextante más zona de transición), respectivamente. Por lo tanto, el procedimiento aumentó la tasa de detección en 37.9% con respecto a la biopsia sextante. El análisis reveló que las muestras provenientes de la zona periférica lateral produjeron esta diferencia.

Los resultados del tacto rectal influyeron notablemente en la tasa de detección; 68 (28.7%) de los 237 pacientes con enfermedad en estadio T1c presentaron cáncer de próstata en comparación con 27 (42%) de los 64 sujetos con enfermedad en estadio T2a-b.

La tasa de detección también fue superior en los pacientes con volumen prostático mayor de 40 cm³, estadio T1c, sometidos a una segunda biopsia, y niveles de APE mayores de 10 ng/ml, con aumentos respectivos de 48.3%, 44.9%, 66.2% y 38.5%.

La presente experiencia revela que la biopsia por punción con 21 muestras, que incorpora las zonas laterales, de transición y media, es un procedimiento bien tolerado que mejora la tasa de detección del cáncer de próstata. Los autores consideran que los pacientes con riesgo elevado de tumor localizado, los que presentan enfermedad en estadio T1c o tienen un volumen prostático mayor de 40 cm³ deberían ser evaluados de manera rutinaria mediante la obtención de 6 muestras adicionales laterales en la zona periférica y 6 en la zona de transición.



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