

Informes SIIC

RIESGO DE CARCINOMA DE CELULAS RENALES EN FUMADORES ACTIVOS Y PASIVOS

Estudio de casos y controles

Ottawa, Canadá :

El tabaquismo activo y pasivo parece incrementar el riesgo de carcinoma de células renales en ambos sexos.

Fuente científica:

[**European Journal of Cancer** 41(5): 770-778, Mar 2005] – aSNC

Autores

Hu J, Ugnat A

La incidencia de cáncer de riñón ha aumentado sustancialmente en el mundo. El carcinoma de células renales (CCR) representa 80 a 85% de todos los tumores malignos de riñón. Varios estudios epidemiológicos indican que el tabaquismo constituye un importante factor de riesgo. Un estudio reciente mostró que dejar de fumar se asocia con una reducción lineal del riesgo de CCR. El tabaquismo pasivo ha sido relacionado con varias consecuencias sobre la salud incluyendo cáncer (de pulmón, estómago y mama). Además, recientemente se ha establecido la asociación causal entre tabaquismo activo y cáncer de riñón. El cigarrillo parece ser el factor de riesgo más importante para cáncer de riñón y explica la mayoría de los casos en casi todo el mundo. Los autores realizaron un estudio con datos del National Enhanced Cancer Surveillance System (NECSS) para evaluar el papel del tabaquismo activo y pasivo sobre el riesgo de CCR en Canadá. Para ello, 1 279 pacientes con diagnóstico de CCR y 5 370 controles completaron un cuestionario enviado por correo entre 1994 y 1997 en 8 provincias canadienses. Se recolectaron datos sobre nivel socioeconómico, tabaquismo, dieta, tabaquismo pasivo, residencia y ocupación.

Como resultado, se observó un incremento del riesgo de CCR asociado con tabaquismo activo. El riesgo elevado de CCR también fue observado con el tabaquismo pasivo: en comparación con aquellos nunca expuestos a tabaquismo activo ni pasivo, los hombres y las mujeres con 43 años o más de exposición pasiva residencial u ocupacional presentaban un odds ratio ajustado de 3.9 y 1.8, respectivamente.

El riesgo de CCR aumentó con el mayor número de cigarrillos fumados por día en el caso de las mujeres y con el mayor número de paquetes de cigarrillos fumados por año en el caso de los hombres.

El riesgo se redujo en relación con el número mayor de años desde que se abandonara el hábito, particularmente en los hombres.

Además, el riesgo de CCR se elevó en sujetos con mayor exposición ambiental al tabaco en el hogar o trabajo en ambos sexos, lo que sugiere que el tabaquismo pasivo tiene un importante papel en la aparición de CCR.

Se observó una asociación significativa entre el tabaquismo y el CCR en hombres con más de 40 paquetes de cigarrillos fumados por año y menor riesgo de CCR en hombres que habían abandonado el hábito más de 10 años atrás.

El efecto genético tiene un importante papel en el incremento del riesgo de CCR; la N-acetiltransferasa 2 está involucrada en la carcinogénesis asociada al tabaco. Los acetiladores lentos se encuentran en mayor riesgo, especialmente si son mujeres. Las nitrosaminas, que son carcinógenos del humo del cigarrillo, son carcinógenos renales en roedores.

Los autores concluyen que tanto el tabaquismo activo como el pasivo podrían tener un papel en la etiología del CCR.

FACTORES DE RIESGO PARA BACTERIEMIA POR S.AUREUS ASOCIADA A CATETER INTRAVASCULAR

Estudio prospectivo en 324 pacientes

North Carolina, EE.UU. :

El uso prolongado de catéteres intravasculares, la infección por S.aureus meticilino-resistente y la hemodiálisis constituyen factores de riesgo para bacteriemia por S. aureus.

Fuente científica:

[**Clinical Infectious Diseases** 40(5): 695-70, Mar 2005] – aSNC

Autores

Fowler V, Reller L, Day N y colaboradores

La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* (BSA) asociada con catéteres intravasculares es una enfermedad epidémica hallada en la práctica clínica moderna. Los médicos clínicos que tratan esta infección deben estimar el riesgo de diseminación hematológica por S.aureus.

La diseminación bacteriana puede estar determinada por una combinación de factores del huésped y de la bacteria.

Varios factores bacterianos -incluyendo toxinas, exoproteínas y adhesinas asociadas a la pared celular- han sido relacionados con la invasión bacteriana de tejidos del huésped. Por ejemplo, los genes que codifican 7 determinantes (*fnbA*, *cna*, *sdrE*, *eta*, *hlg* e *ica*) son significativamente más comunes en cepas de S.aureus invasivas que entre cepas halladas en portadores nasales y parecen contribuir en forma acumulativa a la virulencia.

Los factores del huésped también pueden tener influencia sobre la probabilidad de diseminación bacteriana.

En definitiva, la gravedad clínica y la evolución de una infección por S.aureus en un individuo dado depende de una compleja interacción entre el huésped y el patógeno.

Los autores realizaron un estudio para examinar el significado de los factores de riesgo de diseminación hematológica tanto del huésped como bacterianos, especialmente en relación con la BSA relacionada con catéteres intravasculares.

Para ello, reclutaron en forma prospectiva pacientes con BSA asociada a catéter intravascular en un período de 91 meses. Las muestras sanguíneas fueron estudiadas para determinar la presencia de 35 determinantes de virulencia, así como las características de los pacientes.

Como resultado, las complicaciones hematológicas ocurrieron en 42 de 324 pacientes (13%). Las características de los pacientes asociadas con complicación hematológica incluyeron inicio en la comunidad, mayor duración de los síntomas, presencia de un catéter intravascular o de una prótesis por tiempo prolongado, requerimiento de hemodiálisis y mayor puntaje Apache II.

Las características bacterianas incluyeron sea y S.aureus meticilino-resistente (SAMR). Dentro de los factores de virulencia, el sea es un gen cuyo producto es una exotoxina con actividad de superantígeno.

En el análisis multivariado, la duración de los síntomas, el requerimiento de hemodiálisis, la presencia de catéter intravascular de larga data y la infección por SAMR permanecieron asociados en forma significativa con complicaciones hematológicas.

Los autores concluyen que la BSA asociada con el uso de catéter intravascular es una complicación común, grave cuyos factores de riesgo incluyen retraso en la remoción de un catéter infectado, presencia de cuerpos extraños permanentes -catéteres u otros-, infección por SAMR y hemodiálisis y reafirman la importancia de la remoción temprana de los catéteres.

DIFERENCIAS ENTRE LOS MARCADORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Estudio en 723 hombres asintomáticos

Paris, Francia :

En hombres asintomáticos, la apolipoproteína B resulta superior al colesterol no-HDL, y éste al colesterol LDL, para predecir elevado riesgo cardiovascular.

Fuente científica:

[**Atherosclerosis** 179(2): 339-344, Abr 2005] – aSNC

Autores

Simon Alain, Chironi G, Levenson J y colaboradores

El colesterol, un importante factor de riesgo cardiovascular, circula en la sangre dentro de partículas que contienen lípidos y proteínas (lipoproteínas). Las lipoproteínas aterogénicas pueden ser estimadas clínicamente a partir de 3 marcadores plasmáticos: colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (LDLc) que es la principal lipoproteína aterogénica, colesterol no-HDL (no-HDLc) que representa a todas las lipoproteínas aterogénicas (LDLc y VLDLc) y la apolipoproteína B (apoB) que es la principal lipoproteína de todas las lipoproteínas aterogénicas. Clásicamente, las mediciones de apoB y no-HDLc tienen una utilidad clínica cuando el cálculo de LDLc es impreciso debido a la gran elevación de los triglicéridos. Excluyendo esta situación, el LDLc es considerado el principal marcador de las lipoproteínas aterogénicas y es utilizado como un factor clave en la determinación del riesgo para sustentar la decisión de tratar la hipercolesterolemia y para evaluar el objetivo terapéutico del tratamiento hipolipemiante. Sin embargo, dicha posición podría ser reconsiderada debido a datos que sugieren que apoB y no-HDLc son superiores a LDLc como marcadores de riesgo cardiovascular. Varios estudios poblacionales y clínicos han mostrado que apoB predice la enfermedad vascular mejor que el LDLc. También, un estudio mostró que el no-HDLc fue mejor predictor de mortalidad cardiovascular que LDLc.

Los autores realizaron un estudio para comparar la capacidad de apoB, no-HDLc y LDLc de predecir elevado riesgo cardiovascular mediante la evaluación del equivalente de riesgo de enfermedad coronaria (EC) y la aterosclerosis subclínica incluyendo placas extracoronarias en múltiples sitios mediante ecografía y elevado depósito de calcio coronario determinado por tomografía computada (electron beam) en 723 hombres asintomáticos.

La fórmula Friedewald se utilizó para calcular LDLc: colesterol total (CT)-HDLc-(triglicéridos/2.2). El no-HDLc fue calculado como: CT - HDLc.

Como resultado, el odds ratio (95% de intervalo de confianza) por desviación estándar de apoB, no-HDLc y LDLc de presentar equivalente de riesgo de EC fue 1.90, 1.78, 1.47; placas extracoronarias: 1.37, 1.31, 1.19 y calcio coronario elevado: 1.35, 1.33, 1.26, respectivamente. El equivalente de riesgo de EC y la aterosclerosis coronaria y periférica fueron mejor pronosticados por apoB que por no-HDLc y LDLc y mejor pronosticados por no-HDLc que por LDLc.

La superioridad de apoB respecto de la predicción del riesgo es congruente con observaciones terapéuticas previas en que apoB fue superior a no-HDLc y LDLc para determinar si la efectividad del tratamiento.

Los autores concluyen que apoB fue el mejor predictor, no-HDLc el segundo mejor y LDLc el peor predictor de elevado riesgo cardiovascular y aterosclerosis subclínica extracoronaria y coronaria en hombres asintomáticos.

RELACION ENTRE GRIPE Y TRASTORNOS CIRCULATORIOS

Análisis epidemiológico durante 6 inviernos

Birmingham, Reino Unido :

La gripe parece asociarse con incremento de la mortalidad por enfermedad circulatoria, aunque aquella patología no se asocia con aumento de nuevos episodios de patología circulatoria consultados en atención primaria ni con el número de internaciones por esta causa.

Fuente científica:

[**Epidemiology and Infection** 133(2):255-262, Abr 2005] – aSNC

Autores

Fleming D, Cross K y Pannell R

El aumento en el número de muertes por causa circulatoria parece ocurrir en el mismo período del año en que se produce un incremento en la cantidad de nuevos episodios respiratorios, lo que sugiere una propensión a la muerte rápida durante la fase aguda de la enfermedad respiratoria. Las complicaciones cardiovasculares de la gripe fueron ampliamente conocidas durante la primera parte del siglo veinte. Así, se documentaron las anomalías electrocardiográficas de los pacientes internados con gripe entre los años 1891 y 1927. La miocarditis y la pericarditis han sido señaladas como complicaciones de esa infección confirmadas por seroconversión. A su vez, un estudio dirigido a analizar el impacto en la cantidad de internaciones de ancianos luego de una campaña de vacunación en esta población, demostró una reducción del 19% en la probabilidad de los ancianos de ser internados por causa cardíaca, y del 30% de serlo por neumonía o gripe. En el presente trabajo se examina el impacto de la influenza en los trastornos circulatorios, a través del número de episodios de morbilidad, internaciones hospitalarias y muertes por enfermedad respiratoria y circulatoria durante los períodos activo e inactivo de la gripe. Fueron analizados los datos correspondientes a los inviernos sucesivos en Inglaterra de 1994/1995 a 1999/2000 a partir de 3 fuentes diferentes: registros de los médicos generalistas, datos nacionales sobre internaciones hospitalarias y datos de mortalidad nacional. La información fue evaluada de manera separada para cada uno de los inviernos.

Se observó que el número de episodios, internaciones y muertes por causa respiratoria aumentaron durante los períodos activos de la gripe; con relación a los trastornos circulatorios, se observó que durante estos mismos períodos de epidemias de gripe aumentaron moderadamente las muertes por esta causa, no así los episodios ni las internaciones. Por su parte, entre los datos provenientes de las consultas a médicos generalistas, se analizó el impacto de la gripe a través del excedente de personas durante los períodos de epidemia, por sobre las semanas no epidémicas con episodios respiratorios o circulatorios.

De esta manera se observó un excedente de episodios respiratorios, aunque no de episodios circulatorios; con respecto a las internaciones, según el mismo tipo de análisis, se observó que para las enfermedades respiratorias este parámetro mostró un excedente de personas, mientras que para los trastornos circulatorios, el impacto de la gripe sobre las internaciones por causa circulatoria fue mínimo.

Los autores concluyen que la gripe se asocia con mortalidad aumentada por enfermedad circulatoria, pero no parece asociarse con incremento en los nuevos episodios de esta enfermedad que son consultadas a los médicos generalistas, ni con aumento coincidente en el número de internaciones hospitalarias atribuibles a enfermedad circulatoria como su causa primaria. Por otra parte, las muertes por causa respiratoria y circulatoria ocurrieron durante un período de tiempo similar al de los episodios respiratorios presentados ante los generalistas.

GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA DE LA VIA AEREA Y RIESGO DE FRACTURA OSTEOPOROTICA

Estudio de casos y controles en más de 100 000 pacientes

Utrecht, Holanda :

Los pacientes con enfermedad obstructiva de la vía aérea que emplean altas dosis de corticosteroides inhalados parecen tener un riesgo aumentado de presentar fracturas osteoporóticas. Sin embargo, cuando en el análisis de esta relación se analiza la gravedad del cuadro respiratorio y el uso de broncodilatadores, esta asociación parece casi desaparecer.

Fuente científica:

[**European Respiratory Journal** 25(5):879-884, May 2005] - aSNC

Autores

De Vries F, Van Staa T, Bracke M y colaboradores

Los pacientes con enfermedad obstructiva grave de la vía aérea parecen tener un riesgo aumentado de fracturas óseas.

Los corticosteroides inhalados (CI) son frecuentemente prescritos a los pacientes que presentan una enfermedad obstructiva de la vía aérea (EOVA). A pesar que es administrada localmente, esta medicación es absorbida sistémicamente y puede inducir una supresión del cortisol plasmático, especialmente a altas dosis. Estudios previos han demostrado que entre los usuarios de CI existe una asociación entre las dosis diaria y un riesgo aumentado de fracturas; sin embargo, en estas investigaciones fue limitado el ajuste según la severidad de la enfermedad de base. Por otro lado, se ha observado que los pacientes con EOVA poseen una densidad mineral ósea reducida, independientemente del uso de medicación respiratoria. Por eso, el objetivo del presente estudio fue evaluar la relación entre la gravedad de la EOVA y el riesgo de fracturas.

El diseño del estudio fue de tipo casos y controles. Se analizaron los datos de un registro de historias médicas pertenecientes a una muestra de médicos generalistas del Reino Unido. Fueron estudiados los casos de pacientes de 18 años o mayores con antecedente de fractura osteoporótica durante el período considerado (12 años), y se incluyó un control por cada caso. Se estudió la presencia de antecedente de EOVA, su nivel de gravedad y el uso de medicación (broncodilatadores y CI).

Fueron analizados 108 754 casos. El riesgo de osteoporosis fue mayor para los pacientes con asma, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica o con ambas entidades, mientras que aquellos con antecedente de EOVA de mayor gravedad generalmente mostraron un riesgo aún más aumentado. Entre los pacientes con EOVA, el riesgo de fractura osteoporótica estaba incrementado tanto entre los usuarios de CI en el momento del estudio ("actuales") como en aquellos que los habían empleado en el pasado; a su vez, entre los usuarios "actuales", el riesgo de fracturas aumentaba con la dosis diaria. De la misma manera, los pacientes expuestos a la medicación broncodilatadora también mostraron un riesgo incrementado de fractura. Sin embargo, luego de realizar el ajuste según gravedad del cuadro y uso de broncodilatadores, la relación inicial de dosis-respuesta entre los CI y el riesgo de fractura casi desapareció.

Los autores concluyen que existe una asociación entre la exposición a altas dosis de corticosteroides y el riesgo incrementado de fractura osteoporótica.

Este riesgo parece estar relacionado con indicadores de EOVA grave, y, además, con el uso de broncodilatadores. Sin embargo, luego de ajustar según la gravedad del cuadro respiratorio y el uso de broncodilatadores, la asociación entre CI y riesgo de fractura osteoporótica parece casi desaparecer.

TASAS DE DEMOSTRACION Y DIAGNOSTICO DE CANCER COLORRECTAL A PARTIR DEL ENEMA DE BARIO DE DOBLE CONTRASTE

Estudio retrospectivo en más de 5 000 casos

Londres, Reino Unido :

Los procesos básicos para la demostración y el diagnóstico de las neoplasias colorrectales se han mantenido relativamente sin cambios en la última década.

Fuente científica:

[**Clinical Radiology** 60(5):558-564, May 2005] – aSNC

Autores

Tawn D, Squire C, Mohammed M y Adam E

Las tasas de diagnóstico y de demostración logrados con el método de enema de bario de doble contraste (EBDC) para el carcinoma colorrectal parecen haber permanecido relativamente estables en Inglaterra en los últimos 10 años.

El EBDC es una técnica estándar para la investigación de la enfermedad colónica y es ampliamente usada para el diagnóstico del cáncer colorrectal. Aunque la tasa ideal de demostración y diagnóstico de dichas lesiones mediante esta técnica es de 100%, este porcentaje no es posible de alcanzar, porque muchas lesiones no pueden ser vistas, otras no puede garantizarse que se trate de lesiones malignas, y porque existe el factor humano en el error de percepción y de informe. En el año 1995, un informe demostró que la tasa promedio de demostración en 10 departamentos de Radiología en Inglaterra fue de 92.7%, y la tasa media de diagnóstico fue de 84.6%; entonces, los autores de dicho trabajo propusieron como metas una tasa de demostración de 97% y una tasa de diagnóstico de 94%. En la presente investigación, se buscó determinar si tuvo lugar alguna mejoría en estas tasas a partir del mencionado estudio.

Participaron 131 departamentos de Radiología del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra. De cada uno de ellos se solicitó que, a través de los departamentos de Patología, se obtuviera una lista de pacientes con carcinoma colorrectal histológicamente confirmado durante el año 2001, y a partir de ésta, se analizaran los estudios de EBDC de aquellos pacientes que hubieran sido sometidos a éste antes del diagnóstico histológico. De esta manera, fueron comparados los resultados histológicos con los informes del estudio radiológico.

Se observó que, del total de 5 454 casos de carcinoma colorrectal histológicamente confirmado, la tasa de demostración (informe de presencia de lesión, con diagnóstico o no de carcinoma) fue de 92.9% y la tasa de diagnóstico fue de 85.9%. Por su parte, la tasa de equívocos (informe de presencia de lesión no definida como maligna) fue de 6.9%, la tasa de errores de percepción fue de 2.8% y la tasa de error técnico fue de 4.4%. Con relación a las tasas mencionadas, cabe aclarar que la tasa de demostración es igual a la suma de la tasa de diagnóstico y la tasa de equívocos. Los autores concluyen que las tasas de demostración y de diagnóstico de carcinoma colorrectal por parte del EBDC parecen haber permanecido relativamente estables en Inglaterra en los últimos años, según lo demuestra la comparación de los resultados de un estudio realizado en el año 1995 con el presente trabajo. Esto parece indicar que, durante dicho período, han permanecido casi sin cambios los procesos básicos de realización e informe de este método radiológico.