
Novedades distinguidas

● EPIDEMIOLOGIA DEL CARCINOMA DE CELULAS RENALES

Análisis de su prevalencia y de los factores de riesgo reconocidos hasta el momento

Sundsvall, Suecia :

La incidencia de carcinoma de células renales varía notablemente entre distintas poblaciones y regiones del mundo. Distintos factores ambientales y genéticos interaccionan en el riesgo de su aparición y la severidad de su evolución.

Fuente científica:

[**Scandinavian Journal of Surgery** 93(2):88-96, 2004] – aSNC

Autores

Lindblad P

La creciente incidencia de carcinoma de células renales (CCR) comprende tanto pequeños tumores incidentales como aquellos más avanzados que explican la alta mortalidad. La variedad de incidencias entre distintas poblaciones podría explicarse tanto por la exposición a factores externos como tabaquismo como por variaciones genéticas. Además, los diferentes tipos de CCR tienen características estructuras moleculares que podrían asociarse con exposición a factores ambientales específicos. Más del 80% de los cánceres renales lo constituyen CCR. En las últimas dos décadas, se ha observado un aumento de su incidencia en varias partes del mundo, lo que obliga a analizar los factores que aumentan el riesgo de padecerlo. La incidencia global de este tipo de cáncer varía considerablemente entre distintas poblaciones y regiones. Las tasas son altas en Europa del este y norte, Norteamérica, Australia y Escandinavia y bajas en Africa. Los hombres lo padecen más frecuentemente que las mujeres y dentro de la población estadounidense, la raza negra resulta más afectada. El aumento en su frecuencia podría explicarse en parte por los nuevos métodos de imágenes como tomografía computada o resonancia magnética que encuentran tumores incidentales asintomáticos. Sin embargo, también se ha observado un aumento de los casos más avanzados. La mortalidad por RCC ha aumentado conjuntamente con la incidencia, aunque en menor proporción. También varía entre distintas poblaciones, desde 3 a 10 casos cada 100 000. La supervivencia a los 5 años varía en distintos países de Europa entre 34 y 68%, con Austria entre los de valor más alto e Inglaterra en el otro extremo. Si el tumor es localizado, la supervivencia aumenta a 80 a 100%, mientras que si presenta metástasis, baja a menos del 10%. La mayoría de los CCR son esporádicos pero algunos síndromes genéticos se han asociado con esta entidad, como la esclerosis tuberosa o el síndrome de Von Hippel-Lindau. Además se ha observado un aumento del riesgo con el antecedente familiar. Muchos estudios epidemiológicos han demostrado la asociación del tabaquismo con la aparición del CCR, así como la disminución del riesgo luego de la cesación del hábito. Otro factor de riesgo comprobado para el CCR es el índice de masa corporal aumentado (obesidad y sobrepeso). El riesgo podría ser mediado por la insulina y el factor de crecimiento tipo insulina. La obesidad parece representar un riesgo de igual peso tanto para hombres como para mujeres. La actividad física también ha sido propuesta como factor protector de CCR pero aún no existen resultados consistentes. Con relación a la nutrición, los hallazgos más contundentes respecto a la asociación con CCR determinan un efecto protector de las frutas y verduras, por la acción conjunta de varios de sus componentes. Existe evidencia que muestra a algunas hormonas como relacionadas con el riesgo de CCR, pero aún con resultados inconsistentes. Se ha observado, por ejemplo, aumento del riesgo con el número de partos y

reducción con el uso de contraceptivos orales. La radiación ionizante (radioterapia) también ha sido asociada con el aumento de riesgo de cáncer renal. El CCR no ha podido asociarse significativamente con ninguna ocupación particular, aunque se ha observado cierta relación con la exposición a asbestos. La enfermedad quística adquirida del riñón se ha demostrado como factor de riesgo para la aparición y la severidad del CCR, con una incidencia notablemente mayor en hombres. Los cálculos renales y las infecciones del tracto urinario también parecen aumentar el riesgo. El uso de medicación antihipertensiva se ha relacionado con un riesgo aumentado de CCR, lo mismo que la misma hipertensión arterial. Sin embargo, resulta difícil aislar el efecto separado de cada factor. El autor concluye que la incidencia de CCR ha registrado un aumento en las últimas dos décadas. Esta incidencia, diferente en las distintas poblaciones y regiones del mundo, se explica por factores ambientales y genéticos, que, a su vez, tienen distinto peso según el tipo específico de tumor. Una investigación más profunda acerca de las características moleculares y genéticas del CCR podría brindar un mejor conocimiento sobre la aparición y progresión de este tipo de cáncer.

ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS PARA EL REFLUJO VESICoureTERAL

Estudio que analiza las nuevas estrategias para tratamiento del reflujo en la infancia

Cagliari, Italia :

La mayoría de los pediatras nefrólogos y urólogos, consideran en la actualidad al reflujo vesicoureteral primario, como un importante marcador de enfermedad generalizada de todo el tracto urinario. Se sugiere la realización de nuevos estudios que faciliten la mejor comprensión de la fisiopatología de esta entidad; destacan asimismo que hasta el momento se presentan más interrogantes que respuestas.

Fuente científica:

[**Lancet** 364(6):1720-1722, Nov 2004] – aSNC

Autores

Fanos, Vassilios y Cataldi L

El reflujo vesicoureteral (RVU), genera flujo retrógrado desde la vejiga a los uréteres; representa la anomalía urológica más frecuente en niños. Se clasifica tradicionalmente en primario y secundario. La forma más frecuente es la forma primaria y depende de estrechamiento de la capa mucosa; la forma secundaria, resulta de la mayor presión de la vejiga por anomalías neurológicas u obstrucción. La asociación entre RVU e infección del tracto urinario, predispone al padecimiento de pielonefritis, cicatriz renal, hipertensión y enfermedad renal crónica. Anteriormente cualquier niño portador de infecciones urinarias recurrentes, era investigado para la existencia de reflujo vesicoureteral; en caso de diagnóstico positivo, se realizaba corrección quirúrgica. En la actualidad, la más adecuada estrategia de tratamiento para niños con RVU, es objeto de estudio y controversia. Las alternativas sugeridas oscilan entre: ningún tratamiento, profilaxis con antibióticos a largo plazo, cirugía, o bien una combinación entre profilaxis antibiótica y cirugía. La mayoría de los pediatras nefrólogos y urólogos, consideran en la actualidad el RVU primario, como un importante marcador de enfermedad generalizada de todo el tracto urinario, que incluye el haber nacido con displasia renal o hipoplasia, reflujo primario, alteración de la función y contractilidad de la vejiga, y tal vez una cierta predisposición a la presentación de infección urinaria, que no mejora o cede con la corrección quirúrgica. Debido a que el riesgo de aparición de problemas en el largo plazo: reducción de la función glomerular e hipertensión, se relaciona con el grado de daño renal permanente, el foco de los pediatras para el tratamiento del RVU debería ser la prevención de la enfermedad renal. Esta prevención debería ser realizada con: identificación de los mecanismos del daño renal, reconocimiento precoz de los pacientes en riesgo, prevención de la

recurrencia de las infecciones urinarias, así como rápido y efectivo tratamiento, reparación de la disfunción vesical, y uso racional de inhibidores de la angiotensina. Los autores sugirieron la realización de nuevos estudios que faciliten la mejor comprensión de la fisiopatología del RVU, que a su vez beneficie a los individuos; destacaron asimismo que hasta el momento, se presentan más interrogantes que respuestas.

CIRUGIA DE MINIMO ACCESO PARA EL TRATAMIENTO DEL CANCER UROLOGICO

Revisión de la evidencia existente en la literatura

Edimburgo, Reino Unido :

Las técnicas quirúrgicas de mínimo acceso para el tratamiento del cáncer urológico parecen ser seguras para los tumores de bajo grado y estadio. Las metástasis en el sitio de entrada de las laparoscopias podrían ser evitadas por el operador. Las tasas de recurrencia y sobrevida no son diferentes significativamente respecto a las de la cirugía convencional.

Fuente científica:

[**European Urology** 46(4):415-420, Oct 2004] – aSNC

Autores

Stewart G y Tolley D

El tratamiento quirúrgico del cáncer urológico por medio de técnicas de mínimo acceso parece estar en vías de convertirse en el método terapéutico estándar para una gran cantidad de pacientes. La endoscopia y la cirugía percutánea deben ser evitadas en los casos de tumores de alto grado y gran volumen, pero fuera de estas excepciones, sus resultados terapéuticos y su frecuencia de recurrencia local no parecen diferir de los correspondientes a la cirugía convencional. Los beneficios de la cirugía de mínimo acceso son conocidos: estancias hospitalarias más cortas, menor morbilidad, y retorno rápido al trabajo. Sin embargo, por su aplicación en los casos de cáncer surgen inquietudes respecto de su seguridad oncológica. Por esto, en Escocia se realizó una revisión de la información relativa a este tópico existente en Medline. Particularmente se investigó acerca de la asociación de este tipo de cirugías con metástasis en el sitio de ingreso, recurrencia local del tumor y sobrevida a largo plazo. La metástasis en el sitio de acceso es una complicación de la cirugía laparoscópica. Su prevalencia ha sido estimada en 1 a 2% de los pacientes oncológicos que son sometidos a este tipo de intervención. Varias teorías han sugerido que el procedimiento laparoscópico provocaría esta complicación. Los factores causales parecen ser la técnica quirúrgica, el abordaje del tumor y el efecto del neumoperitoneo –pérdida de gas alrededor del sitio de entrada-. Otros mecanismos conocidos son la exfoliación aumentada de células tumorales por falta de sensibilidad táctil o la siembra de células malignas durante el pasaje del tumor resecado a través de una incisión muy pequeña. Por medio del perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, el riesgo de la recurrencia en el sitio de entrada podría reducirse sólo al grado y estadio del tumor primario. Con el objeto de analizar los resultados a largo plazo del uso de la laparoscopia en los tumores urológicos se han realizado estudios comparativos con los resultados correspondientes a la cirugía convencional. Se ha concluido que no existen diferencias significativas entre las sobrevidas y las recurrencias tumorales de ambos grupos en los tumores renales y de células transicionales del tracto urinario superior. Las técnicas endourológicas menos invasivas como la ureteroscopia y el manejo percutáneo podrían ser aplicadas en los casos de tumores de células transicionales del tracto urinario superior que sean de bajo grado. Algunos casos de siembra de células malignas durante procedimientos percutáneos han sido informados. Sin embargo, todos ellos se trataban de tumores de alto grado histológico, por lo cual no puede asegurarse que esa no haya sido la causa principal. La frecuencia de recurrencia tumoral también parece estar asociada al grado y estadio del tumor. Con relación a los procedimientos

endourológicos, no se han registrado diferencias significativas en la sobrevida de los pacientes que se han sometido a una ureteroscopia respecto de los que no lo han hecho. Los autores concluyen que la cirugía de mínimo acceso para el tratamiento del cáncer urológico es una técnica segura y con varios beneficios para el paciente. Aplicada según los principios de la cirugía oncológica y mediante una cuidadosa selección de los pacientes, se está convirtiendo en un tratamiento estándar.

EFECTOS DE LA OBESIDAD SOBRE LA FERTILIDAD MASCULINA

Estudio transversal

Copenhague, Dinamarca :

El índice de masa corporal elevado podría explicar la disminución del recuento espermático en hombres jóvenes.

Fuente científica:

[**Fertility and Sterility** 82(4):863-870, Oct 2004] – aSNC

Autores

Jensen T, Andersson A, Jorgensen N y colaboradores.

La obesidad aparenta estar asociada con una disminución en el recuento espermático (RCE) en pacientes jóvenes. En caso de existir esta asociación muchos casos de infertilidad masculina podrían evitarse. Estudios recientes demostraron que el recuento espermático bajo es común entre los daneses jóvenes aunque se desconoce la etiología de estos trastornos. Otro problema que se observa en los países de Europa occidental es el aumento de la prevalencia de obesidad. En investigaciones previas se relacionó a la obesidad con la disminución de la fertilidad femenina sobre todo en aquellas con un índice de masa corporal (IMC) mayor de 25kg/m², pero no se estudió al relación entre la obesidad con la fertilidad masculina y la calidad del semen. Con el objetivo de investigar la relación entre el IMC y la calidad del semen se llevó a cabo un estudio transversal en hombres daneses jóvenes. Mil quinientos cincuenta y ocho sujetos sanos fueron reclutados a partir de la convocatoria para el examen físico del servicio militar. En todos los casos se obtuvieron muestras de semen para el recuento espermático, muestras de sangre para el dosaje hormonal y se realizó el examen físico. En este último se evaluó el estadio de Tanner, la presencia de patología testicular, la talla y el peso y se calculó el IMC. El IMC se clasificó en: menor de 20 (bajo peso), 20-25 (normal) y mayor de 25 (sobrepeso). A través del análisis multivariado se estudió la relación entre el IMC y el RCE y se controlaron las variables de confusión. En este estudio se detectó una asociación significativa entre el RCE y el IMC. En los pacientes con IMC bajo o alto el volumen y el recuento espermático fueron menores que en los hombres con IMC normal y estas diferencias fueron significativas, sin embargo la motilidad y morfología de los espermatozoides no se vieron afectadas. Estudios anteriores demostraron que el RCE en un número importante de pacientes obesos puede ser menor de 40 millones de espermatozoides/ml y que estos podrían presentar dificultades para concebir. El dosaje de hormonas involucradas en la reproducción también varió en los distintos grupos de IMC y este desbalance hormonal podría estar involucrado en las alteraciones en la calidad del semen en los grupos con IMC mayor de 25 Kg/m² o con IMC menor de 20 Kg/m². Entre los pacientes con sobrepeso se observaron: niveles inferiores de testosterona sérica, de globulina ligadora de hormonas sexuales y de inhibina B con niveles elevados de estradiol. Se cree que si estos pacientes bajaran de peso podría lograrse la normalización de estos niveles, aunque se desconoce si esto podría mejorar la calidad del semen. Los hombres con bajo peso presentaban niveles aumentados de FSH. Los autores concluyen que el aumento en la prevalencia de la obesidad en algunos países de Europa occidental podría explicar las alteraciones observadas en el recuento espermático de hombres jóvenes.

ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE LA PROSTATA

Revisión de técnicas de ablación tisular con los cambios térmicos

San Francisco, EE.UU :

La ablación prostática puede alcanzar reducción efectiva del volumen tumoral, sin mayor morbilidad. El uso combinado de ambos recursos, radiación y ablación, representan opciones adecuadas para pacientes con riesgo de recurrencia intermedio a elevado.

Fuente científica:

[**International Journal of Hyperthermia** 20(7):679-697, Nov 2004] – aSNC

Autores

Shinohara K

Las enfermedades de la próstata, benignas o malignas, son muy prevalentes. La evidencia patológica de hiperplasia prostática benigna (HPB), se observa en más del 80% de la población de 75 años o más. El cáncer de próstata es la segunda causa de fallecimiento, cercano al cáncer de pulmón. La próstata se localiza en la pelvis y es fácilmente accesible a través del recto o la uretra. Con la utilización de la ecografía transrectal, es posible asimismo el acceso a la próstata, por vía percutánea a través del perineo. El objetivo del presente estudio de revisión, conducido por un investigador del Department of Urology, University of California, fue la determinación de los beneficios alcanzados con la utilización de técnicas de ablación tisular, con la utilización de cambios térmicos, aplicados al tratamiento de las afecciones de la glándula prostática. Las técnicas analizadas en la investigación correspondieron a: crioablación, láser y radiofrecuencia, entre otras. La fácil y relativa accesibilidad de la próstata, en relación con su ubicación anatómica, permitió no sólo la utilización del calentamiento, sino también la congelación, como recurso de utilidad. Las técnicas de ablación, en la opinión del autor, requieren control más estricto de la energía, para la prevención de la lesión uretral o esfinteriana; algunos estudios sugirieron que la recurrencia de patología luego de la radiación local, podría ser tratada con seguridad, con estas nuevas modalidades terapéuticas. El autor concluyó que la ablación prostática puede alcanzar reducción efectiva del volumen tumoral, sin mayor morbilidad. El uso combinado de ambos recursos, radiación y ablación, representan opciones adecuadas para pacientes con riesgo de recurrencia intermedio a elevado. Otro dato de interés se relaciona con el advenimiento del mapeo termal, basado en las características de la fuente de energía; esta estrategia permitirá en un futuro cercano, delinear con precisión la localización del tumor, en el seno glandular. En el caso del establecimiento de esta tecnología, se introducirá un concepto nuevo relacionado con la ablación focal, en el interior de la próstata.

FALLA BIOQUIMICA LUEGO DE LA RADIOTERAPIA EN EL CANCER DE PROSTATA

Estudio en 544 pacientes sobre el efecto de los niveles de PSA y el momento de la intervención en la supervivencia

Vancouver, Canadá :

Del total de pacientes con carcinoma prostático que se someten a una terapia de radiación externa y presentan como consecuencia una falla bioquímica, aquellos con tiempo de duplicación del antígeno prostático específico más rápido parecen tener baja tasa de supervivencia. La intervención temprana también parece asociarse con una mayor mortalidad.

Fuente científica:

[**International Journal of Radiation Oncology Biology Physics** 60(2):463-469, Oct 2004] – aSNC

Autores

Kim-Sing C, Pickles T y Prostate Cohort Outcomes Initiative

Del total de hombres con falla bioquímica luego de la radioterapia con dispositivos externos por cáncer prostático, aquellos con menor tiempo de duplicación del antígeno prostático específico (en inglés PSA) luego de la caída producida posterior a la terapia, parecen tener peor pronóstico con respecto a su supervivencia. El PSA es utilizado para vigilar la respuesta de los pacientes con carcinoma de próstata que han sido sometidos a tratamiento radical. La falla bioquímica en aquellos pacientes sometidos a la radioterapia con dispositivos externos ocurre entre un 15% y un 75% de los casos. Una vez determinada la misma, el clínico debe decidir cuándo y cómo intervenir. Algunos pacientes son sometidos a prostatectomía mientras que la mayoría es candidata a ablación androgénica. Varios factores intervienen en la decisión del momento de la intervención, como el valor del PSA, el tiempo de duplicación del PSA, el grado de Gleason, etc. El propósito de este estudio fue investigar el momento adecuado de la intervención ante la falla bioquímica luego de la radioterapia para los pacientes con cáncer prostático localizado y analizar el impacto en la supervivencia. Fueron incluidos en el estudio 544 hombres tratados con radioterapia externa desde los años 1994 a 2000 que mostraron caída del PSA. Para examinar el efecto del momento de la intervención y la supervivencia por esta causa, fueron evaluados los factores pronósticos, el momento en el cual la falla del PSA se descubrió y el tiempo de duplicación del PSA posterior a esta caída. El tiempo medio entre el momento en el cual se descubrió la falla y la intervención fue de 30 meses. El único factor asociado con una intervención temprana, según un análisis de multivariantes, fue la rápida duplicación del PSA. El 75% de las intervenciones ocurrieron con una duplicación del PSA más rápidas de 12 meses. La supervivencia específica por el cáncer a los 5 años fue de 89%. Un riesgo aumentado de muerte por esta causa se asoció significativamente con una rápida duplicación del PSA, un alto puntaje Gleason y una intervención temprana. Cuando la duplicación del PSA fue < a 3 meses, la supervivencia a los 5 años fue de 19%. Cuando fue entre 3 y 6 meses, la supervivencia fue de 84%, mientras que la supervivencia fue de 93% cuando la duplicación se produjo entre 6 y 12 meses, y de 98% cuando el tiempo fue > a 12 meses. Los autores concluyen que los hombres con un tiempo de duplicación del PSA > de 1 año luego de la caída de sus niveles producida por la radioterapia con dispositivos externos presentan una supervivencia a los 5 años de 98%. Una duplicación rápida y una intervención temprana se asocian con una mayor mortalidad específica por el cáncer de próstata de base.

INCREMENTO DE LA RESISTENCIA BACTERIANA EN INFECCIONES URINARIAS

Estudio en Japón

Kitakyushu, Japón :

La emergencia de cepas bacterianas resistentes a antibióticos para el tratamiento de infecciones urinarias está en aumento, y preocupa especialmente la aparición de cepas de *Escherichia coli* resistentes a fluoroquinolonas en infecciones urinarias no complicadas.

Fuente científica:

[**International Journal of Antimicrobial Agents** 24(Supl. 1):28-31, Sep 2004] – aSNC

Autores

Muratani T y Matsumoto T

Casi todos los organismos que causan infección urinaria (IU) provienen de la materia fecal o del ambiente periuretral y ascienden por el tracto urinario desde la uretra o desde catéteres. Las IU se clasifican en no complicadas y complicadas. Las IU no complicadas, sin enfermedad de base, comienzan de forma aguda e incluyen a la cistitis aguda y a la pielonefritis aguda no complicadas. Las IU complicadas se subdividen en cistitis crónica complicada y pielonefritis crónica complicada y ocurren en el contexto de trastornos preexistentes del tracto urinario o del uso de catéteres. Las IU crónicas pueden presentar exacerbaciones agudas. Los autores realizaron un estudio para investigar la resistencia antimicrobiana de cepas urinarias de pacientes con IU complicada y no complicada en Japón. La *Escherichia coli* representó el 80% de los organismos aislados en las IU no complicadas, seguida por *Staphylococcus* spp. -especialmente *S. saprophyticus*- Y *Proteus mirabilis*. El faropenem fue el más efectivo para las cepas de *E. coli* de IU no complicada. Hasta 1999, no se observaban cepas resistentes a fluoroquinolonas en pacientes con IU no complicada, pero en 2001, emergieron cepas de *E. coli* resistentes a fluoroquinolonas en 8% de los casos. En los pacientes con IU complicada se aislaron varios tipos de bacterias, entre ellos, los más frecuentes -44.6%- resultaron: *Enterococcus faecalis*, *E.coli* y *Pseudomona aeruginosa*. En los pacientes sin catéteres, la *E.coli* representó el 23%, mientras que en aquellos con catéter, sólo el 2%. Entre los antimicrobianos orales, faropenem mostró el menor índice de resistencia por *E. coli*. Desde 1998 hasta 2001, aumentó rápidamente el índice de cepas de *E.coli* resistentes a fluoroquinolonas y cefpodoxima. Las cepas de *P. aeruginosa* resistentes a fluoroquinolonas representaban el 40% en 2001. Entre estas especies, la amikacina fue el antimicrobiano más efectivo entre los probados, seguida por imipenem, meropenem y cefozopran. Alrededor de 17% de las *Pseudomonas* fueron resistentes a carbapenem. Ocho mg/l de ampicilina pudieron inhibir a las cepas de *E.faecalis*; alrededor del 60% de las cepas de *Enterococcus faecium* resultaron resistentes a ampicilina. Los porcentajes de cepas de *E.faecalis* y *E.faecium* resistentes a levofloxacin fueron de 38% y 97%, respectivamente. Las IU por enterococos resistentes a Vancomicina son raras en Japón. Los autores concluyen que la emergencia de bacterias resistentes a varios antimicrobianos es un problema importante en el tratamiento de las IU. En Japón, el índice de cepas de varios organismos resistentes a fluoroquinolonas ha aumentado rápidamente y la aparición de cepas de *E.coli* resistentes a fluoroquinolonas en pacientes con IU no complicada constituye un serio problema terapéutico en la actualidad.

INFECCION URINARIA BAJA EN PACIENTES CON LESION DE MEDULA ESPINAL

Estudio con ciprofloxacina oral

Manitoba, Canadá :

En los pacientes con lesión de medula espinal e infección urinaria baja, el tratamiento con ciprofloxacina oral por 14 días tiene mejor resultado que el tratamiento corto.

Fuente científica:

[**Clinical Infectious Diseases** 39(5):658-664, Sep 2004] – aSNC

Autores

Dow G, Rao P, Harding G y otros

Aunque la infección urinaria (IU) es actualmente una causa poco frecuente de muerte en los pacientes con lesión de la médula espinal (LME), la urosepsis es una causa importante de morbilidad y mortalidad. Los pacientes con LME e IU corren un doble peligro, ya que la LME promueve la infección urinaria por la alteración del vaciado de la vejiga y oscurece los típicos signos y síntomas de IU. La incidencia de IU es de alrededor de 1.8 episodios/persona-año. La fiebre y escalofríos se asocian con 10% de episodios de IU sintomáticos y señalan compromiso del tracto urinario superior. Aunque más del 50% de los pacientes con LME pueden tener bacteriuria significativa, no es beneficioso tratar la bacteriuria asintomática en esta población. Los estudios sobre el uso prolongado de profilaxis antibiótica en pacientes con LME evidenciaron una modesta reducción en la IU sintomática, pero también un aumento de la resistencia bacteriana y de efectos adversos por drogas. Todavía no se ha determinado la duración apropiada de la terapia antimicrobiana para la IU aguda sintomática en un paciente con LME. El tratamiento corto de tres días es efectivo para la cistitis aguda no complicada y se lo ha propuesto como un régimen apropiado para pacientes con LME con síntomas de cistitis. Los beneficios potenciales de la terapia corta podrían incluir la disminución de efectos adversos, de resistencia bacteriana y de los costos. Los autores realizaron una investigación para determinar si el tratamiento con ciprofloxacina por 3 días es tan efectivo como el tratamiento por 14 días para personas con LME que tienen síntomas urinarios bajos. Los participantes debían tener bacteriuria documentada y se excluyeron aquellos con pielonefritis, litiasis, hidronefrosis, catéteres de uso prolongado, infección sistémica, embarazo o deterioro de la función renal. Los 60 pacientes fueron asignados al azar en dos grupos de 30 a recibir 250 mg de ciprofloxacina oral dos veces por día por 3 días o 250 mg de ciprofloxacina oral dos veces por día por 14 días. Los organismos hallados fueron: *Klebsiella*, *Enterococcus*, *Escherichia coli* e infecciones polimicrobianas. La cura microbiológica a largo plazo fue mejor en los pacientes que recibieron el tratamiento de 14 días que en los de 3 días. Luego de 6 semanas de seguimiento, la recaída microbiológica y sintomática fue más frecuente en los pacientes tratados por 3 días. La reinfección ocurrió con una frecuencia similar en los pacientes de ambos grupos. Los autores concluyen que el tratamiento de la IU baja aguda sintomática por 14 días con ciprofloxacina en los pacientes con LME tiene mejores resultados clínicos y microbiológicos en comparación con el tratamiento corto de 3 días.

LA RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA PRODUCE MENOR INCONTINENCIA

Estudio comparativo que analiza la evolución clínica de pacientes con cáncer de próstata, tratados con prostatectomía radical o radioterapia

Bethesda, EE.UU :

Los hombres con prostatectomía radical por cáncer de próstata localizado, experimentaron síntomas de incontinencia urinaria de mayor severidad, en comparación con los sujetos tratados con radioterapia; sin embargo, en ambas condiciones se evidencia reducción general de la función sexual.

Fuente científica:

[**Journal of the National Cancer Institute** 96(18):1358-1367, Sep 2004] – aSNC

Autores

Potosky A, Davis W, Hoffman R y otros

La radioterapia para el tratamiento del cáncer de próstata, se acompaña de menor cantidad de manifestaciones de incontinencia urinaria, en comparación con los síntomas existentes en pacientes con prostatectomía radical. Investigadores de la Division of Cancer Control and Population Sciences, National Cancer Institute, desarrollaron el presente estudio comparativo, para la valoración del tratamiento específico y resultados del mismo, en pacientes inicialmente tratados con prostatectomía radical o radioterapia externa. Las variables analizadas se ajustaron por múltiples factores clínicos de pronóstico, variables socioeconómicas y demográficas. La cohorte de pacientes seleccionada fueron hombres entre 55 a 74 años, con diagnóstico reciente de cáncer de próstata localizado, tratados con prostatectomía radical (n = 901), o radioterapia externa (n = 286). Se consideraron datos clínicos y de calidad de vida, recopilados previamente en el momento del diagnóstico y a los dos y a los cinco años de seguimiento, para la comparación de manifestaciones intestinales, urinarias y función sexual. Los resultados del seguimiento a cinco años, revelaron que la función sexual general declinó en ambos grupos a niveles similares; sin embargo, a cinco años del diagnóstico la disfunción eréctil fue más elevada en el grupo con prostatectomía radical. La urgencia intestinal y la aparición de hemorroides fue a diferencia de la condición anterior, más frecuente en el grupo con radioterapia. Todas estas diferencias permanecieron estadísticamente significativas, luego del ajuste de variables. Los autores concluyeron que a cinco años luego del diagnóstico, los hombres en tratamiento con prostatectomía radical, para el cáncer de próstata localizado, experimentaron síntomas de incontinencia urinaria de mayor severidad, en comparación con los sujetos tratados sólo con radioterapia; sin embargo, en ambos grupos se evidenció reducción general de la función sexual.

LOS BIFOSFONATOS DISMINUYEN LAS COMPLICACIONES OSEAS DEL CANCER DE PROSTATA

Efecto sobre la calidad de vida

Denver, EE.UU. :

Las complicaciones óseas del cáncer de próstata incluyen osteopenia, metástasis, dolor y fracturas patológicas y pueden prevenirse con el uso de bifosfonatos, como el ácido zoledrónico.

Fuente científica:

[**European Urology Supplements** 3(5):10-15, Nov 2004] – aSNC

Autores

Crawford D

Cada año se diagnostican 500 000 casos de cáncer de próstata (CP) en todo el mundo y se producen más de 200 000 muertes por esta patología. Los pacientes pueden presentar complicaciones esqueléticas durante el curso de su enfermedad como consecuencia de las metástasis óseas -que se presentan en 65 a 75% de los pacientes con cáncer avanzado- y de la pérdida de hueso -provocada por las terapias antiandrogénicas. Las complicaciones esqueléticas -fracturas patológicas, compresión de la médula espinal y dolor óseo debilitante que requiere del uso de radioterapia- tienen un efecto negativo en la calidad de vida y constituyen una causa significativa de morbilidad y mortalidad. La morbilidad asociada con las complicaciones óseas puede ser problemática, especialmente por el largo tiempo de sobrevida luego del diagnóstico. Considerando todos los estadios, la sobrevida a 5 años es de 98%; a 10 años, de 84% y a 15 años, de 56%. La terapia de privación de andrógenos (TDA) incluye orquiectomía, agonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante, antiandrógenos y estrógenos. Esta terapia es efectiva para disminuir los niveles de testosterona pero puede provocar pérdida de hueso -mayor que la observada en mujeres posmenopáusicas- y aumentar el riesgo de fracturas. Estas últimas pueden influir en el descenso en la sobrevida: 10 a 20% de los ancianos mueren luego de 6 meses de una fractura de cadera. Los bifosfonatos son potentes inhibidores de la resorción ósea producida por los osteoclastos y constituyen el tratamiento indicado para lesiones óseas malignas en pacientes con mieloma múltiple y cáncer de mama. El ácido zoledrónico, un bifosfonato de nueva generación, reduce y retrasa las complicaciones esqueléticas y alivia el dolor óseo en pacientes con metástasis de CP. Además 4mg de ácido zoledrónico durante 15 minutos de infusión cada 3 meses aumenta la densidad mineral ósea en pacientes con CP que reciben TDA. Al momento del diagnóstico, muchos hombres con CP ya presentan osteopenia u osteoporosis que progresa con la adición de la TDA. Las fracturas osteoporóticas disminuyen la calidad de vida. Las fracturas vertebrales se asocian con dolor lumbar severo, compresión de la médula espinal, alteraciones posturales, deterioro funcional, invalidez. Las fracturas torácicas múltiples pueden provocar enfermedad pulmonar restrictiva. Los sitios típicos de metástasis del CP son la columna lumbar, las costillas y la pelvis, y pueden provocar fracturas patológicas y dolor óseo. La mayoría de las fracturas metastásicas nunca curan y requieren tratamiento quirúrgico. El dolor óseo suele ser severo, resistente a opioides, y plantea la necesidad de radioterapia paliativa. El autor concluye que los bifosfonatos deben indicarse al inicio del tratamiento del CP para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas con las complicaciones óseas.

ORIGEN DE LA DISFUNCION ERECTIL LUEGO DE LA RADIOTERAPIA EN EL CANCER DE PROSTATA

Revisión de la literatura

Rotterdam, Holanda :

La disfunción eréctil luego de la radioterapia en los pacientes con cáncer de próstata aparenta ser por múltiples causas. La evaluación de las consecuencias del tratamiento debe realizarse al año teniendo en cuenta la disfunción sexual previa del paciente.

Fuente científica:

[**Hospital Medicine** 65(10):605-608, Oct 2004] – aSNC

Autores

Incrocci Luca

La incidencia de la disfunción eréctil luego de la radioterapia aparenta alcanzar su máximo a los 18-24 meses posradiación siendo más frecuente en individuos con disfunción sexual previa. Un aspecto importante y subestimado es el impacto del tratamiento del cáncer de próstata sobre la función sexual. La incidencia de disfunción eréctil luego de la radioterapia es alta pero los resultados de los estudios publicados son controvertidos. Con el propósito de entender los mecanismos involucrados en la disfunción se llevó a cabo una revisión crítica de la literatura. La disfunción eréctil es la imposibilidad permanente para alcanzar y mantener la erección que permita la actividad sexual satisfactoria. La mejor manera de evaluar esta disfunción es a través de cuestionarios. En estos las pruebas deben ser breves teniendo en cuenta los distintos aspectos de la disfunción. En la mayoría de los estudios publicados, los sujetos fueron evaluados mediante variables poco definidas como impotencia o potencia sexual. A su vez, la evaluación de la disfunción sexual en una población de pacientes con cáncer difiere del resto de la población y se deben considerar los factores sociales, las secuelas de la enfermedad y las consecuencias del tratamiento. Si se compara la braquiterapia con la radioterapia externa, la frecuencia de disfunción eréctil posterior al tratamiento es inferior con la primera. Algunas investigaciones sugieren que el origen de la disfunción eréctil luego de la radioterapia externa aparenta ser arterial. Resulta importante determinar las características de la función sexual antes del tratamiento ya que el 60% de los pacientes pueden presentar dificultades en la erección y estos aparentan ser los sujetos susceptibles a la disfunción eréctil posradiación. Igualmente arribar a una conclusión final es difícil debido a que en la mayoría de los trabajos la evaluación de las consecuencias de la radioterapia se realizó en forma temprana y la aparición de disfunción eréctil alcanza su mayor frecuencia luego de 18 o 24 meses posradiación. Un ensayo doble ciego demostró que sildenafil mejoró la erección en forma significativa en la disfunción eréctil secundaria a la radioterapia, demostrando ser efectivo tanto en pacientes que recibieron radioterapia externa o braquiterapia. También el médico tratante debe proveer la información necesaria acerca de los efectos de la radioterapia en la función sexual y brindar asesoramiento al paciente teniendo en cuenta los aspectos sociales y psicológicos de esta enfermedad y del tratamiento. Por último, los autores señalan que la etiología de la disfunción eréctil posradiación es de origen arterial aunque en realidad podría ser por múltiples causas y manifestarse al año de la radioterapia. La evaluación previa es importante, debido a que los individuos afectados con anterioridad son el grupo vulnerable para la disfunción eréctil luego del tratamiento.