

Informes SIIC

● REPRODUCCION ASISTIDA EN HOMBRES SOBREVIVIENTES DE CANCER

Análisis retrospectivo de los tratamientos de fertilidad y sus resultados en 67 parejas

Copenhague, Dinamarca :

La importancia de ofrecer la criopreservación del semen a los hombres jóvenes con diagnóstico reciente de cáncer, conocida desde hace tiempo, es destacada por los resultados del presente trabajo, donde se observa que aproximadamente el 57% de los hombres son azoospermicos luego del tratamiento oncológico.

Fuente científica:

[Human Reproduction 19(12):2806-2810,Dic 2004] – aSNC

Autores

Tryde Schmidt K, Larsen E, Bangsboll S y colaboradores

Los sobrevivientes masculinos de cáncer parecen tener buenas posibilidades de ser padres a través del espermia eyaculado fresco o el espermia criopreservado. Es importante que la opción de criopreservar el semen le sea ofrecida al paciente previamente a ser sometido al tratamiento oncológico. La cantidad de hombres jóvenes que sobreviven a una enfermedad maligna está en aumento, ya que las tasas de sobrevida de cánceres como el testicular y los linfomas han aumentado considerablemente en las últimas décadas. Desgraciadamente, las terapias químicas y radioactivas pueden tener efectos deletéreos en la espermatogénesis. El grado de lesión testicular es específico de cada droga y relacionado con su dosis. Por esto, varias clínicas ofrecen la criopreservación de espermia previamente a la quimioterapia o a la radioterapia en los pacientes cancerosos de género masculino. Los informes de sobrevivientes masculinos de cáncer que reciben tratamiento de reproducción asistida por infertilidad son escasos. Por esto, los autores del presente trabajo exponen la evolución en la fertilidad de 67 parejas referidas a un tratamiento de reproducción asistida por infertilidad del varón luego de un cáncer. El estudio fue de tipo retrospectivo, entre los años 1996 y 2003. Se analizaron los siguientes parámetros: diagnóstico, tratamiento oncológico, tipo de tratamiento de fertilidad y tipo de espermia empleado, número de embarazos y evolución de los embarazos. Los diagnósticos de mayor prevalencia fueron el cáncer testicular y los linfomas. El 90% de los hombres había recibido tratamiento adyuvante mediante quimioterapia, radioterapia o ambas. El semen fue criopreservado en el 82% de los hombres previamente al tratamiento. Luego de la terapia antineoplásica, el 43% mostraba espermatozoides móviles en el eyaculado, pero el 57% era azoospermico. Fueron realizados 151 ciclos de tratamiento de reproducción asistida (55 inseminaciones intrauterinas, 82 ICSI –sigla en inglés por inyección intracitoplasmática de espermia- y 14 ICSI con reemplazo embriológico congelado –sigla en inglés FER-). La tasa de embarazos por ciclo fue de 14.8% luego de la inseminación intrauterina, de 38.6% luego del ICSI y de 25% luego de la combinación ICSI-FER. Las tasas de partos correspondientes fueron de 11.1%, 30.5% y 21%, respectivamente. El semen criopreservado fue utilizado en el 58% de los embarazos. La tasa de partos por ciclo fue similar con el uso de espermia fresco o de espermatozoides criopreservados. Los autores concluyen este artículo resaltando la importancia de la criopreservación del semen previamente al tratamiento de un cáncer, ya que el 57% de los hombres parecen ser azoospermicos luego de esta terapia. El uso de semen criopreservado en los 67 hombres estudiados resultó en 25 embarazos y en el nacimiento de 22 bebés. La mayoría de los embarazos así obtenidos fueron el resultado de la técnica ICSI. Finalizan con la recomendación de que a todos los hombres jóvenes con un cáncer de reciente diagnóstico se les debería ofrecer la criopreservación de su semen.

DESTACAN BENEFICIOS DE LA TERAPIA CON ANDROGENOS EN EL ENVEJECIMIENTO MASCULINO

Estudio que analiza las recomendaciones del uso de terapia de reemplazo con andrógenos

Alabama, EE.UU :

Los hombres con síntomas de déficit de andrógenos y niveles bajos de testosterona, deben ser evaluados para posible terapia de reemplazo; sin embargo, los hallazgos del estudio fueron limitados e insuficientes para el establecimiento de posibles recomendaciones.

Fuente científica:

[Fertility and Sterility 82(Supl. 1):46-50, Sep 2004] – aSNC

Autores

The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine

Las recomendaciones para el uso de terapia de reemplazo hormonal en hombres de edad avanzada, han sido desarrolladas por varios grupos profesionales; sin embargo, no ha sido posible identificar hasta el momento si la declinación en los niveles de testosterona observados en hombres de edad avanzada, generan un estado de deficiencia androgénica con alteraciones de la salud, que pueda ser mejorada con terapia con andrógenos. Los autores de la presente revisión, integrantes del Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Alabama, determinaron que la deficiencia androgénica en el varón envejecido puede estar asociada a cambios en el humor, composición corporal, energía, menor rendimiento sexual y función cognitiva, así como a la pérdida de la densidad mineral ósea. La terapia de reemplazo hormonal puede ser de utilidad para producir la reversibilidad de estos signos y síntomas. Los investigadores enfatizaron la importancia que solamente hombres de edad avanzada con signos y síntomas de déficit androgénico, reciban evaluación de los niveles de testosterona sérica; en caso de hombres sintomáticos con niveles bajos de testosterona (menor de 200 ng/dl), el tratamiento debe asimismo ser considerado. Otro dato de interés fue que los pacientes con síntomas y niveles de testosterona en el límite (200-400 ng/dl), pueden ser aptos también de evaluación. Se sugiere que durante el curso del tratamiento, sean vigilados los niveles de testosterona, antígeno prostático específico, hematocrito y se realice además examen digital rectal de rutina. Los hallazgos del estudio fueron limitados y no fueron suficientes para el establecimiento de posibles recomendaciones, según señalaron los autores. Serán necesarios nuevos estudios que analicen el efecto de la terapia de reemplazo con andrógenos, en el envejecimiento masculino.

EFECTOS DE LA TERAPIA ANDROGENICA EN EL METABOLISMO DE LOS HOMBRES ANCIANOS

Estudio randomizado y doble ciego en 32 ancianos con sobrepeso

Los Angeles, EE.UU :

Los hombres ancianos con sobrepeso y bajos niveles de andrógenos podrían ver reducida su masa grasa central y apendicular luego del tratamiento con andrógenos anabólicos durante 3 meses. Más del 80% de estas reducciones parecen mantenerse luego de 3 meses de finalizado el tratamiento.

Fuente científica:

[*Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 89(10):4863-4872, Oct 2004] – aSNC

Autores: Schroeder E, Zheng L, Ong M y colaboradores

El tratamiento con un andrógeno anabólico podría producir una reducción sustancial en la masa grasa central y apendicular de los hombres ancianos con sobrepeso u obesos en riesgo de síndrome metabólico. La edad avanzada se asocia con riesgos incrementados de varios desórdenes médicos, que incluyen a la enfermedad coronaria, el accidente cerebrovascular, las complicaciones vasculares periféricas y la diabetes mellitus. La movilidad reducida, la acumulación de adiposidad central y la pérdida de masa muscular contribuyen a estos riesgos. El incremento en la adiposidad central, especialmente en el tejido adiposo visceral, producido con la edad avanzada, se asocia con un riesgo aumentado de hipertensión, resistencia a la insulina, anormalidades en los lípidos séricos y alteraciones en la fibrinólisis, características del síndrome metabólico. Estudios previos han señalado que los niveles de testosterona total y libre disminuyen con el avance de la edad. En los hombres sanos, el tejido adiposo visceral se ha visto inversamente asociado con los niveles de testosterona. En hombres de edad intermedia con adiposidad abdominal y niveles bajos de testosterona, la suplementación con andrógenos ha demostrado una reducción significativa de la mencionada adiposidad con mejoría en la sensibilidad a la insulina y reducción de su tensión arterial. Sin embargo, la relación entre el estado hormonal gonadal y el aumento del tejido adiposo relacionado con la edad y su asociación con trastornos metabólicos, no ha sido claramente establecida. Sobre la base de los estudios realizados en hombres más jóvenes con bajos niveles de testosterona y obesidad central, los autores del presente artículo plantearon la hipótesis que la terapia androgénica en los hombres ancianos podría reducir significativamente la masa grasa abdominal y apendicular, así como también mejorar los marcadores del síndrome metabólico. Con el objeto de probar esta hipótesis, llevaron a cabo esta investigación. El estudio evaluaba los efectos androgénicos hasta 3 meses de discontinuado el tratamiento. Su diseño fue de tipo doble ciego, controlado por placebo. Treinta y dos hombres con un rango etario entre 60 y 87 años y una media de índice de masa corporal de 28.1 kg/m², fueron designados de manera aleatoria a recibir oxandrolona (20 mg/día) o placebo, durante 12 semanas. El primer grupo se compuso de 20 hombres y el segundo, de 12. Se observó que la oxandrolona redujo la grasa total, de tronco y de extremidades (-1.8 kg, -1.2 kg y -0.6 kg, respectivamente), según la medición por absorción de rayos X de energía dual. Los cambios en la grasa total y de tronco fueron mayores que los cambios registrados con placebo. Por medio de Resonancia Magnética Nuclear se comprobó que disminuyeron el tejido adiposo visceral (-20.9 cm²), el tejido adiposo subcutáneo abdominal (-10.7 cm²), el cociente entre las dos anteriores medidas (de 0.57 a 0.49) y la grasa subcutánea del muslo proximal y distal (-8.3 y -2.2 cm², respectivamente). Los cambios en la grasa del muslo fueron diferentes entre los dos grupos. El índice cuantitativo de sensibilidad a la insulina mejoró con oxalondrona. Los cambios en la grasa total, abdominal y proximal de muslo se correlacionaron con los cambios en la insulina desde el inicio hacia la semana 12. Las pérdidas de grasa fueron mayores en aquellos hombres con niveles de testosterona iniciales \leq 300 ng/dl que en quienes tenían niveles superiores. Luego de 12 semanas de terminado el tratamiento, aún se mantenía el 83% de las reducciones producidas por el tratamiento con oxalondrona en la grasa total, de tronco y de extremidades. Sin embargo, los niveles de colesterol HDL disminuyeron y los de colesterol LDL aumentaron durante el tratamiento con oxalondrona. Los autores concluyen que la terapia con andrógenos en los hombres ancianos con niveles basales bajos de esta hormona y sobrepeso podría ser beneficiosa para algunos aspectos del síndrome metabólico. De esta manera, la grasa total, de tronco y de extremidades parece disminuir luego del tratamiento durante 12 semanas, asociado con una mejoría en la sensibilidad a la insulina, y este efecto parece mantenerse luego de 3 meses de finalizada la terapia en una proporción mayor a 80%.

REVISION SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA EYACULACION PRECOZ

Estudio de revisión que analiza los últimos avances en el tratamiento de esta entidad

Milán, Italia :

La asociación de varias terapéuticas y la utilización de técnicas de tratamiento psico-sexual, son recursos adecuados para el tratamiento de la eyaculación precoz, en especial en el largo plazo.

Fuente científica:

[Archivio Italiano di Urologia e Andrologia 76(4):192-198, Dic 2004] – aSNC

Autores

Piediferro G, Colpi E, Castiglioni F y colaboradores

La etiología de la eyaculación precoz es múltiple y variada; por ende, el enfoque terapéutico necesita ser actualizado en forma constante. La terapia psicológica es habitualmente necesaria, según la consideración de los investigadores de la Andrology Unit de Milán, que debe estar acompañada de otros recursos de tratamiento: rehabilitación del piso pelviano, terapia tópica local, y tratamiento con drogas orales. La rehabilitación del piso de la pelvis puede llevarse a cabo con ejercicios, electroterapia y biorretroalimentación. La utilización de anestésicos tópicos tiene sentido, en caso de hipersensibilidad de las glándulas del pene y se usan asimismo como prueba diagnóstica. Inicialmente, se sugiere la realización de una prueba con lidocaína y prilocaína, aplicado durante 20 min, para examen diagnóstico. Los pacientes que responden positivamente, son tratados subsiguientemente con aplicación progresiva de una crema, desde niveles mayores a menores de hipoestesia. Otra alternativa está basada en la realización de ejercicios para fortalecimiento de los músculos del piso pelviano, en especial en el área entre los testículos y esfínter anal. La utilización de drogas orales es controvertida; sin embargo, ha demostrado cierta utilidad. Los inhibidores de la recaptación de serotonina producen en ocasiones reaparición de la sintomatología, luego de la suspensión del tratamiento; asimismo, este tipo de tratamiento no podría ser utilizado en forma indefinida debido a que produce alteraciones de la función sexual, debido a la hiperprolactinemia. En caso de su utilización, (sertralina, fluoxetina, paroxetina), deben ser usadas en pacientes jóvenes, con formas hiperorgásmicas. Los autores destacaron que el uso de ansiolíticos, con drogas como alprazolam, en caso de ser bien tolerados por los efectos hipotensores, puede ser beneficioso; drogas inhibitoras de la 5-fosfodiesterasa (sildenafil, tadalafil), pueden ser utilizadas en sujetos mayores, con formas hipo-orgásmicas, o si la eyaculación precoz se asocia a disfunción eréctil. Aún así, sugieren el enfoque integral junto al enfoque de tratamiento psicológico.

PRECISION DE LAS TECNICAS DE IMAGENES EN LA ESTADIFICACION DE TUMORES RENALES

Estudio retrospectivo en 140 pacientes

Perugia, Italia :

En los pacientes con tumores renales, la estadificación clínica por medio de ultrasonografía y tomografía computada parece brindar información segura sobre la cual puede basarse la elección de la técnica quirúrgica. El tamaño tumoral parece ser el factor pronóstico más importante con relación a la supervivencia a largo plazo.

Fuente científica:

[Archivio Italiano di Urologia e Andrologia 76(4):167-170, Dic 2004] - aSNC

Autores

Zucchi A, Mearini E, Constantini E y colaboradores

Las técnicas de imágenes empleadas para la estadificación clínica de los tumores renales permiten la selección de la opción quirúrgica más apropiada. El tamaño tumoral aún representa uno de los factores pronósticos más importantes y parece influir tanto en el enfoque quirúrgico como en la supervivencia específica del cáncer. El uso del ultrasonido y la tomografía computada en la práctica clínica ha modificado la estadificación prequirúrgica y, en consecuencia, el enfoque quirúrgico. La nefrectomía radical es aún el tratamiento de elección para los tumores renales, a pesar de que está aumentando la práctica de la cirugía parcial, particularmente para los tumores pequeños (< 4 cm). Al existir una inseparable asociación entre la elección de la realización de una cirugía radical o una conservadora y la estadificación preoperatoria, los autores del presente trabajo evaluaron la confiabilidad de las medidas obtenidas mediante las técnicas de imágenes. Además, estudiaron si estas medidas tenían impacto en la elección de la cirugía, y si el tipo y tamaño tumoral, así como la cirugía practicada, afectaban la supervivencia específica del cáncer. El diseño del estudio fue de tipo retrospectivo. Se analizó una serie de 140 pacientes con cáncer renal, los cuales, previamente a la cirugía, habían sido evaluados para su estadificación mediante ultrasonido y tomografía computada abdominal. La comparación entre las medidas obtenidas mediante imágenes y los hallazgos quirúrgicos reveló una buena clasificación del tamaño del tumor entre los dos métodos de imágenes y el hallazgo quirúrgico. Así, entre este último y las medidas por ultrasonografía se observó un límite de coincidencia de ± 2.2 cm, mientras que este límite con respecto a la tomografía computada fue de ± 2.3 cm. La medida del tumor a partir de la cual la posibilidad de error por medio de las imágenes fue menor fue de 6 cm, es decir, los tumores pequeños determinaban una mayor probabilidad de error en su medida prequirúrgica. Luego del análisis del efecto en la supervivencia por parte de las variables edad, sitio y tamaño tumoral y tipo de cirugía realizada, se observó que sólo el tamaño del tumor se correlacionaba de manera significativa y negativa con la supervivencia a 2 y 5 años. Los autores concluyen que, en los pacientes con tumores renales, la elección de la cirugía por realizar puede basarse con cierto grado de seguridad en las técnicas de imágenes empleadas usualmente en la estadificación. El tamaño tumoral, que es el factor pronóstico más importante, parece afectar tanto el enfoque quirúrgico como la supervivencia a largo plazo relacionada específicamente con el cáncer.

TERAPIA DE RADIACION DE INTENSIDAD MODULADA EN EL CANCER DE PROSTATA

Análisis de las ventajas de esta técnica por sobre la radiación convencional

Houston, EE.UU :

La aplicación de la terapia de radiación de intensidad modulada en los pacientes con cáncer de próstata parece lograr una mejor concentración de la radiación hacia el tejido afectado con una menor irradiación de las estructuras normales circundantes, lo que resulta en menor toxicidad.

Fuente científica:

[Cancer Investigation 22(6):913-924, 2004] – aSNC

Autores

Teh B, Amosson C, Mai W y colaboradores

El tratamiento del cáncer de próstata se ha visto modificado sustancialmente con la introducción de la tecnología que permite el enfoque de la radiación sólo hacia el objetivo y la evitación de las estructuras normales. El cáncer de próstata es el cáncer no cutáneo más frecuente en los hombres. Las opciones terapéuticas incluyen la conducta expectante, la prostatectomía radical, la terapia radiante, la ablación hormonal, o una combinación de estas modalidades. A su vez, también existen múltiples opciones entre los pacientes que reciben terapia de radiación. Estas incluyen la braquiterapia, el marco de radiación externa convencional, el marco de protones, la conformación tridimensional y, más recientemente, la terapia de radiación de intensidad modulada (TRIM). La introducción de las técnicas de tres dimensiones han permitido aumentar las dosis dirigidas al objetivo y reducir la afectación de las estructuras normales. Dentro de estas técnicas, la TRIM logra la distribución de isodosis de radiación de forma cóncava, y permite la intensificación o aumento de las dosis con una minimización de la morbilidad. Esta técnica emplea marcos de radiación no uniformes, y requiere previamente a su realización del diseño de un patrón de depósito de las dosis y de un patrón de evitación de éstas. Queda así establecida una variación en la intensidad de la radiación entre los marcos. La TRIM puede ser aplicada al cáncer de próstata; este tipo de cáncer resulta óptimo para esta terapia por varios motivos. En primer lugar, dosis mayores dirigidas al objetivo son necesarias para un mejor control del tumor. En segundo lugar, el aumento de las dosis ha sido limitado previamente por el tejido normal. En tercer lugar, la próstata se encuentra rodeada por estructuras que pueden tolerar dosis modestas de radiación, y, por último, puede ser inmovilizada o localizada para el tratamiento diario. De manera similar a la tomografía computada, el tratamiento es brindado de forma axial, con el movimiento del paciente hacia adentro o afuera del dispositivo y los campos abiertos o cerrados según la rotación de la máquina. La inmovilización puede dividirse en dos partes: la posición del paciente y el movimiento de la próstata. El paciente se recuesta en posición prona en un dispositivo. La inmovilización de la próstata es esencial, ya que se ha demostrado su movimiento con la respiración, la capacidad vesical y el llenado rectal, y éste puede llegar hasta 2 cm. Los métodos empleados para inmovilizarla son la máscara pélvica, la colocación de marcadores radioopacos visualizados electrónicamente o un globo rectal, que es inflado una vez insertado. En todas las visualizaciones axiales está delineado el volumen del objetivo por tratar. El volumen por irradiar incluye el tamaño del tumor más 5 mm de margen en todas direcciones. Las dosis medias empleadas son de 76 a 78 Gy. Se dice que la TRIM consiste en un tratamiento de "planeamiento inverso", ya que comienza con la distribución de las dosis mediante las imágenes por tomografía computada, y luego se determinan los campos por irradiar y la modulación de la intensidad. Las terapias radiantes tridimensionales han logrado reducir la toxicidad producida por la intolerancia a la radiación de los tejidos normales. Dentro de ellas, la TRIM la ha logrado reducir aún más, mediante la evitación de las estructuras no afectadas. Sin embargo, debido a la extrema proximidad de la uretra, su evitación no es posible. La TRIM también se usa posteriormente a la prostatectomía. En estos casos, el delineamiento del objetivo es aún más complejo, las dosis medias son de 60 a 66 Gy y la toxicidad aguda genitourinaria resulta menor que en la TRIM primaria. Los autores concluyen que la TRIM está ganando aceptación en la comunidad de proveedores de terapia radiante. Este técnica, que es la culminación de los recientes avances técnicos, ha permitido la intensificación de

las dosis hacia los objetivos específicos y la reducción de la toxicidad en los tejidos normales. Sin embargo, señalan que aún son necesarios más datos referidos a la toxicidad tardía y al control bioquímico de esta moderna técnica terapéutica.

Trabajos Distinguidos, Serie Urología, integra el Programa SIIC de Educación Médica
Continuada